

1.-TITULO: Mejora de calidad en la atención a la mujer: Climaterio.

2.1 RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	Luis Hijós Larraz		
Profesión	DUE	Centro de trabajo C.S. Grañen	
Dirección	Avda. Flumen nº 9		
Localidad	GRAÑEN	Código Postal y provincia 22260 HUESCA	
Teléfono	974390176	Fax 974391287	Correo electrónico

2.2 OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA:

- Ana Mendoza Escuer (*)
 - Mariano Muniesa Abadias(#)
 - Dolores Garcia Bello(#)
 - Dolores Ledesma Romano(#)
 - Alicia Puy Cabrero(#)
 - Ana Garrido Arilla. (*)
 - Fernando Aranguren Martinez(#)
 - Domingo Ara Launa(#)
 - Angel Castellanos de Mur(*)
 - Lorenzo Rubio Buisan. (#)
 - M^a Jesus Andres Soler (*)
- (#)Medico EAP Grañen (*)DUE EAP Grañen

3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

El problema detectado es un bajo conocimiento en las mujeres climatéricas de las repercusiones fisiológicas y psicológicas y las "posibles complicaciones patológicas" que conlleva la menopausia. Analizaremos las siguientes dimensiones sobre el conocimiento de la misma: aspectos biológicos, psicosociales, riesgos de salud y cuidados y actividades de prevención y mejora de la salud.

Las oportunidades de mejora irán encaminadas a la resolución de problemas:

- **PROCESO:** Mejorar registros en las historias clínicas, mejorar la EPS, formación continuada de los profesionales, adecuación del protocolo a los resultados del proyecto.
- **RESULTADOS:** Medidas encaminadas a aumentar la cobertura del servicio Atención a las Mujeres en el Climaterio.

3.2 IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

Asumiendo que la prevención y promoción de la salud en la mujer durante este periodo debe desarrollarse en el ámbito A.P. Debemos descubrir y describir las necesidades educativas de las mujeres climatéricas para así conseguir una mejor intervención con respecto a las necesidades planteadas, evitando actuaciones innecesarias.

4. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIOS DE LAS MISMAS

- GAP protocolo de atención y valoración de la mujer en el climaterio. Huesca.
- Olazábal Ulacia J.C. et al. La atención a la mujer menopausica: un objetivo a desarrollar desde la AP. Atención Primaria vol. 26, nº 6, 405-415. Octubre 2.000
- García Padilla F.M. et al. Valoración de conocimientos sobre el climaterio en mujeres andaluzas. Atención Primaria vol. 26, nº 7. 31 de Octubre 2.000, 476-482.
- García Padilla F.M. et al. Test de conocimiento sobre el climaterio. Atención Primaria vol. 26, nº7, 31 de Octubre 2.000. 472-476.
- Solans Aísa, B. Mejora de calidad en atención primaria. UDMYC. Huesca.

5.1. PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Realización de una reevaluación interna del servicio 209 del Insalud. Atención a la mujer climatérica. NTM 209.2, 209.4.
- Valoración de las necesidades educativas de las mujeres climatéricas.
- Favorecer la instauración de un programa de mejora continua en atención a la mujer.
- Aplicación de medidas correctoras: motivar el registro de actividades, mejorar la EPS recibida por la mujer climatérica, aumentando los conocimientos sobre este tema y promocionar la formación continuada sobre diferentes aspectos del climaterio.
- Reevaluación de las necesidades educativas.

De una forma implícita reforzar la realización de evaluaciones internas y de una forma mas explicita, la consolidación del grupo de trabajo en calidad.

5.2.-PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO.

Después de crear un grupo de trabajo de mejora de calidad y estando desarrollando el proyecto de calidad sobre HTA, hemos decidido ocuparnos de otro problema específico: Bajo conocimiento en las mujeres de las repercusiones causadas por el climaterio y de las posibilidades de reducirlas para adaptarse a su nueva situación.

Después de la selección del problema procedemos a realizar las siguientes tareas.

TAREA	ENCARGADOS	Fecha probable finalización
Diseño del estudio	Grupo de trabajo de calidad y responsables del programa de la mujer	Febrero2001
Obtención del índice: -Revalidación interna NTM -Test de conocimientos sobre climaterio	EAP	Marzo 2001
Valoración de discrepancias	Grupo de Calidad	Marzo2001
Propuesta de medidas correctoras	Responsables programa atención de la mujer	Marzo-abril2001
Implantación de medidas	EAP	Un año
Reevaluación y/o monitorización.	EAP	Enero 2002

6. - RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material Inventariable		
	Ordenador portátil	350000
	Programas informáticos	150000
Material Fungible		
	Material de oficina	50000
	Impresión de carteles, trípticos...etc.	100000
	Transparencias	50000
Viajes y dietas		
	Cursos, matriculas y/o dietas	300000
Otros gastos		
	Formación continuada. Interconsultas con EA.	80000
	TOTAL	= 1080000

NOTA: Se apoyara el proyecto de Calidad en HTA, si precisa.

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

1.- TITULO

DOCUMENTO DE ASISTENCIA EN ATENCIÓN CONTINUADA, FUENTE DE INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA ASISTENCIA Y LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Carmen Quintana Velasco

Profesión Médico Centro de trabajo Centro de salud de Graus

Dirección Valle de Arán, 2

Localidad Graus Código postal y provincia 22430.Huesca

Teléfono 974540500 Fax 97454046

Correo electrónico.buzsan.cs15@gaphu01.insalud.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio García Romero	Fisioterapeuta	EAP Graus
M ^a Jesus Samper	Médico	EAP Graus
Elisa Torres Clemente	Médico	EAP Graus
Ramon Boria Avellanas	Médico	EAP Graus

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Problema detectado: Ausencia en muchos paciente atendidos en atención continuada de un documento de asistencia

Oportunidades de mejora: Impulso de la utilización del CAP59 como documento de asistencia

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

Importancia

- .- Tener su médico de familia constancia del proceso, clínica, exploración y tratamiento prescrito en ese acto medico.
- .- Dar continuidad a la asistencia.
- .- Tener, por su importancia legal, un registro de la asistencia.
- .- Valorar la frecuentación, por parte de los pacientes, de los servicios de atención continuada

Utilidad

- .- La utilización del documento puede servir como indicador de la actividad asistencia.
- .- Dentro de la prestación de un servicio sanitario, la sola utilización de un informe puede constituir un indicador de calidad.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Estudio de la calidad de los registro de atención continuada en un centro de atención primaria. Aten Primaria 1993 Sep. 15, 12 (4):241

Comentario: Pendiente de recuperar

El documento de interconsulta, fuente de información para evaluar la calidad de comunicación entre niveles de asistencia. Centros de Salud Jul 1997

Comentario: Metodología sencilla. Incluye la legibilidad como variable a medir.

¿Existen diferencias de los partes de interconsulta emitidos por los dos modelos asistenciales de atención Primaria (EAP/ modelo tradicional) Semergen 25 (3).

El p10 como instrumento para la evaluación del uso de un servicio hospitalario de urgencias pediátricas como parte de la red de asistencia primaria. Aten primaria Vol.9 mun 7 mayo 1992.

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Plan de mejora:

Al menos el 70% de los pacientes que acudan a atención continuada reciban el informe.

Los objetivos del proyecto serían:

- Que el paciente y el profesional tenga constancia de la asistencia recibida.
- Mejorar la comunicación entre profesionales al tener constancia, en sus pacientes, de los procesos atendidos en horario de atención continuada.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- .- Medición en el periodo de los 2 meses anteriores del número de pacientes que reciben parte de asistencia.
- .- Medición del cumplimiento de cada uno de los items del CAP59, tanto la parte administrativa como la parte clínica.
- .- Sesión de presentación de los resultados. Propuesta de estándares.
- .- Reevaluación y cuantificación de la mejora.
- .- Monitorización anual del % de pacientes que reciben parte de asistencia.

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

6.- RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO	
Material inventariable	<u>Pesetas</u>
Ordenador Pentium III, con impresora	200.000

TOTAL PESETAS 300.000

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)

DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Grupo de pacientes que toman varios medicamentos y que en la práctica clínica diaria se observan problemas de salud que pueden estar en relación con yatrogenia por polimedicación

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

Detectar si existen estas interacciones medicamentosas, evitar problemas de salud por yatrogenia, valorar cuales son los medicamentos más implicados, y corregir o cambiar los medicamentos implicados.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Medicine, 8ª edición: Fármacos de aplicación en cardiovascular

Medicine, 8ª edición: Fármacos de aplicación en Endocrino.

Guía para el tratamiento de la Diabetes Tipo II en la A.P.: SEMFYC

Agencia española de Evaluación de Tecnologías

Medicina Clínica: Volumen 115

Hipertensión: Revista de la

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)

**DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON****5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

- Identificar las interacciones en el 90% de pacientes hipertensos y Diabéticos
- Cambiar la prescripción en el 100% de las interacciones que supongan contraindicación absoluta
- Cambiar la prescripción en el 100% de las interacciones sintomáticas aunque no supongan contraindicación absoluta

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- Elaborar una hoja específica de registro de interacciones
- Diseño de una base de datos informatizada
- Sesiones clínicas sobre los medicamentos implicados en las interacciones
- Seguimiento de los pacientes detectados con interacciones

CALENDARIO:

Diseño: Enero 2000

Implementación: febrero a Junio 2000

Actuación: Enero a Junio 2000

Evaluación: Octubre-Noviembre 2000

Redefinición del proyecto: Enero-Marzo 2000

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)



DIPUTACION GENERAL DE ARAGON

6.- RECURSOS VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material inventariable

Ordenador personal Pentium III, impresora, programa Acces de Microsoft, disquetes de alta densidad,

Pesetas

290.000

Material fungible

Viajes y dietas

Otros gastos

TOTAL PESETAS

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)



DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- AUMENTO DESPROPORCIONADO DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN EPOCAS DE MAYOR INCIDENCIA DE IRAS VIRALES.
- DEMANDA ESPECIFICA Y AUTOMEDICACION POR LOS USUARIOS.
- NO FINANCIACION POR S.S. DE CIERTOS TRATAMIENTOS SINTOMATICOS.
- HIPERFRECUENTACION EN CONSULTA Y EN ATENCION CONTINUADA.
- ESCASA UTILIZACION DE LA Hª CL. COMO SISTEMA DE REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- ADECUACION Y MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LAS IRAS.
- MEJORAR EL USO DE LA Hª CL. COMO SISTEMA DE REGISTRO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES.
- UNIFICAR CRITERIOS ENTRE LOS CUATRO EQUIPOS QUE NOS PERMITAN CONSENSUAR PRACTICAS ASISTENCIALES COMUNES, GENERANDO CULTURA DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Saturno PJ. Curso de Calidad Asistencial en A.P.. Métodos de Evaluación, Técnicas y Herramientas para la Mejora de la Calidad Asistencial en A.P. Universidad de Murcia. Dupont Pharma 1997. (Aprendizaje Metodologico de los Ciclos de Mejora).
- Palmer. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria: Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990. (Introducción a la cultura de Calidad en A.P.)
- González Daquino A. Calidad total en A.P. de Salud. Diaz de Santos, 1994. (Introducción a la Formulación de Criterios de Calidad en A.P.)
- Saturno PJ. y cols. Prescripción inadecuada de antibióticos en el resfriado común. ¿es posible mejorar?. A.P. Vol.24. Núm.2.59:65. Junio 1999. (Valoración de estudios similares en otras Areas de Salud).
- Saturno PJ, Gascón JJ, Fonseca Y. El uso racional de medicamentos en la terapéutica de las infecciones respiratorias agudas de vías altas. Rev. Española de Quimioterapia 1994, 783), 238:245 (Protocolorización de Antibioterapia).

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)

**DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON****5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

- MEJORAR LA CALIDAD DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS.
- UNIFICAR CRITERIOS DE PRESCRIPCION SEGUN GUIA ANTIMICROBIANA DEL AREA.
- UTILIZACION DE LA HISTORIA CLINICA COMO REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.
- PROMOVER EL TRABAJO CONJUNTO ENTRE LOS EQUIPOS IMPLICADOS EN EL PROUECTO.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- LOS EQUIPOS IMPLICADOS EN EL PROYECTO SE COMPROMETEN A REALIZAR UN CICLO DE MEJORA SOBRE ESTE TEMA.
 - EN ABRIL DE 2000, TRAS UN CURSO DE MEJORA DE CALIDAD, SE DECIDE REALIZAR UN CICLO DE MEJORA CONJUNTO POR LOS CUATRO EQUIPOS.
 - EN MAYO 2000. ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS EN LAS DIVERSAS ZONAS DE SALUD POR LA TECNICA DE GRUPO NOMINAL. PRIORIZANDO Y ELIGIENDO EL TEMA DE EVALUACION.
 - JUNIO 2000. EVALUACION DE CRITERIOS Y RECOGIDA DE DATOS.
 - OCTUBRE 2000. ANALISIS Y PRESENTACION DE DATOS.
 - NOVIEMBRE 2000. IMPLANTACION DE MEDIDAS CORRECTORAS MEDIANTE SESIONES CLINICAS SOBRE LA GUIA DE PRESCRIPCION ANTIMICROBIANA.
 - JUNIO 2001. REEVALUACION DEL CICLO DE MEJORA.
- † NOTA: SE REMITIRA EL ESTUDIO CONJUNTO.

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

1 - TITULO

DEFICIENTE INTERVENCIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DIABETES

2.1 - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos **BENITO LUÑO GARCÍA**

Profesión **MÉDICO** Centro de trabajo **C.S. UTRILLAS**

Dirección **AVDA. VALENCIA S/N**

Localidad **UTRILLAS** Código postal y provincia **44760 TERUEL**

Teléfono **978 758212** FAX **978 757166** Correo electrónico **med008828@nacom.es**

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de Trabajo
LUCIA BARTOLOMÉ ALANZA	PEDIATR.	C.S. UTRILLAS
ANA CALVO ABANTO	D.U.E.	"
LORENZO CLADERA CRESPI	MEDICO	"
ALBERTO COMPES LORENTE	MEDICO	"
FRANCISCO CORTES LOPEZ	MEDICO	"
WENCELAO GOMEZ LOPEZ	D.U.E.	"
ELVIRA IBÁÑEZ CUBERO	MEDICO	"
LUIS FERNANDO MARIN HERRERO	MEDICO	"
ISABEL MINGUILLON SANZ	D.U.E.	"
M ^a ANGELES MONTON ESCOLANO	D.U.E.	"
GEORGES NASSAR AILAN	MEDICO	"
M ^a VICTORIA RUBIELLA RAMOS	D.U.E.	"
ANGELES MIGUEL	D.U.E.	"

3.1. - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

DEFICIENTE INTERVENCIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DIABETES

3.2. - IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La prevalencia de enfermedad cardiovascular en los diabéticos es cuatro veces superior que en la población no diabética. Son población de alto riesgo. La enfermedad vascular supone el 50% de las causas de amputación no traumática en diabéticos, ya que la manifestación clínica de esta patología se da en estadios muy avanzados (II-III). La cardiopatía isquémica afecta al 40% de diabéticos menores de 65 años. La enfermedad cerebrovascular, al 30%. Se trata pues de una complicación severa y silente en los primeros estadios. Es preciso establecer en Atención Primaria una guía de actuación para la intervención sobre los factores de riesgo asociados a la diabetes: dislipemia, hipertensión, obesidad, tabaquismo, hiperglucemia, hiperinsulinismo, proteinuria, hiperfibrinogenia y orientar las exploraciones clínicas hacia un diagnóstico clínico precoz de la patología cardiovascular utilizando técnicas modernas de alta sensibilidad y especificidad, como el eco-Doppler.

Por otra parte, la intervención sobre estos factores de riesgo ha de incluir la modificación de los estilos de vida nocivos, para lo que se aplicará un plan de ejercicio físico y consejo antitabaco.

Del buen uso y la práctica de estas exploraciones y pautas de actuación podrían beneficiarse otros programas para la salud en nuestro Centro.

4. - BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

La bibliografía que a continuación se relaciona, contiene afirmaciones basadas en la evidencia sobre la alta prevalencia de patología cardiovascular en la diabetes y el desglose de los factores de riesgo que se le asocian.

Aborda el tema de intervención sobre hábitos nocivos desde la práctica educativa y el tema de la terapia farmacológica desde el punto de vista eficiente-científico. Finalmente hemos traído publicaciones que avalan el uso de técnicas sencillas y específicas para el diagnóstico precoz de la patología vascular del diabético.

1.-Bundó, M et al. Arteriopatía periférica en la diabetes mellitus tipo 2. Atención Primaria 1998; 22:5-10

2.-Lara Suriñach, N. et al. La dislipemia en la diabetes tipo II. ¿Un factor de riesgo para la macroangiopatía? Atención Primaria 1996;18:3-8.

3.-Ascaso, J.F., Real, J.T., Carmona, R. Diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular. Jano 2000;1362:47-59

4.-Mur Martí, T. Et al. Macroangiopatía en la diabetes tipo II. El estudio Raval Sud. Atención Primaria 1995;16:67-72

5.-García, A.M. et al. Descripción de una población que asocia cuatro factores de riesgo cardiovascular y relación con la insulinemia basal. Atención Primaria 1996; 10:558-562

6.-Fernández de Mendiola Espino, J. Et al. Evaluación de la población diabética tipo II atendida en un equipo de atención primaria. Atención Primaria 1996; 17:432-438

7.-Fry, J. Diabetes. En: Manual Beecham de Medicina Familiar Barcelona: Ancora S.A. 1991.

8.-Pérez, M.C. y Díaz Escandón, C. Uso del índice tobillo/brazo (t/b) obtenido por eco-Doppler como método diagnóstico en arteriopatías periféricas en atención primaria. Atención Primaria 1998; 2:101-104.

9.-Serna Arnaiz, C. et al. ¿Cuántos pacientes precisan tratamiento para la hipercolesterolemia? Atención Primaria 2000; 6: 395-398

10.-Vilaseca Canals, J. et al. ¿Tienen riesgo coronario los pacientes que tratamos con fármacos hipolipemiantes? Atención Primaria 1997; 20: 49-53.

11.-Cabezas Peña, C. et al. Validez del registro de las actividades preventivas en las historias clínicas. consumo y consejo antitabaco. Atención Primaria 1996; 6: 309-313

12.-Guiu Vilaplana, A. et al. Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en atención primaria. Atención Primaria 1998; 8: 486-490.

5.1 - PLAN DE MEJORA OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General:

- Mejorar el riesgo cardiovascular del diabético mediante la intervención sobre sus factores de riesgo

Objetivos específicos:

- El 80% de los diabéticos tendrá calculado en tanto por cien el riesgo cardiovascular y anotado en su historia clínica.
- El 90% debe tener, al menos una determinación anual de tensión arterial
- El 80% debe tener calculado en su historia el índice de masa corporal.
- El 80% debe tener anotado el número de cigarrillos consumidos y recibir consejo antitabaco documentado.
- El 80% habrá recibido consejo dietético y sobre el estilo de vida
- El 10% debe tener, al menos una determinación de índice tobillo/brazo.
- El 25% habrá disminuido su riesgo cardiovascular en un 20%

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- diciembre 2000: Inclusión de objetivos
Confección del proyecto y presentación.
- febrero 2001: Sesiones formativas
Adiestramiento a los profesionales en el manejo de eco-Doppler
- marzo 2001 Sesiones formativas
Puesta en marcha de las exploraciones específicas
Dessarrollo de las actividades del programa.
- septiembre 2001: Evaluación interna intermedia
- noviembre 2001: Evaluación

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

6.- RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material inventariable

Pesetas

Eco-Doppler portátil

160.000

Material fungible

Transparencias y material de diseño gráfico

10.000

TOTAL PESETAS

170 000

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)

DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Mala calidad de la Educación para la salud que ofertamos a los usuarios de medicación por vía inhalatoria de nuestra Zona Básica.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

Se detalla en la memoria adjunta.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Se detalla en la memoria adjunta

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)



DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

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

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

Se detalla en memoria adjunta

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)



DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON

6 - RECURSOS DE VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material inventariable

Pesetas

EQUIPO INFORMATICO: Ordenador, impresora
color y scanner

303.000

MESA Y SILLA ORDENADOR

48.110

CAMARA DIGITAL

79.000

PROYECTOR DIAPOSITIVAS

16.300

Material fungible

CARTUCHO TINTA IMPRESORA COLOR

5.900

CARTUCHO TINTA NEGRO

5.100

TRANSPARENCIAS (50 hojas)

6.900

Viajes y dietas

Otros gastos

TOTAL PESETAS

464.810

ANEXO 2

1.- TITULO : DEFICIENTE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DIETETICO EN EL PACIENTE DIABETICO

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO :

Nombre y apellidos: José M^a Lucas Boronat
Profesión: Médico titular de Noguerauelas
Centro de trabajo: Equipo de atención primaria de Mora de Rubielos.
Dirección: Pedro Estebán 4
Localidad: Mora de Rubielos. CP: 44400
Teléfono: 978804125 y 978806201. Fax: 9788062009

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA :

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de Trabajo
Carlos Vilaplana Bernabeu	Médico	Mora de Rubielos
Domingo Mora Palomares	Médico	Mora de Rubielos
Luis Costat Tafalla	Médico	Mora de Rubielos
Juan Guell Ayuda	Médico	Mora de Rubielos
María Antonia Roca Muñoz	A.T.S	Mora de Rubielos
Luisa Argilés Hernández	A.T.S	Mora de Rubielos
José Aznar Morro	A.T.S	Mora de Rubielos
Manuela Larrred Gómez	Aux.Adm	Mora de Rubielos

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS:

Tras haber realizado un detenido análisis del problema y al no disponer de datos a priori el Diagrama de Causa- Efecto nos ha permitido identificar causas sobre las que podemos intervenir para realizar la mejora propuesta. En este caso vamos a actuar mediante " La Educación Sanitaria al Paciente Diabético " en relación a la adhesión al tratamiento dietético en el paciente diabético.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO :

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que más ha aumentado su prevalencia en este siglo, constituyendo la alteración metabólica grave más común en la población adulta, lo que

nos indica la importancia de nuestra intervención, así como la utilidad de nuestro proyecto basado principalmente en la Educación Sanitaria sobre uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la enfermedad " La alimentación y los hábitos dietéticos " .

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA :

1. Krans HMJ, Porta M, Keen H. Diabetes Care and Research in Europe: The Saint Vincent Declaration Action Programme. Implementation Document. WHO Regional Office for Europe, Copenhague 1992.
2. Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Informático GEDAPS. Mejora continua de Calidad del cuidado del diabético en Atención Primaria de Salud, 1996.
3. Panel de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes. Atención Primaria 1996; 17 : 471-479.
4. American Diabetes Association. Position Statement. Standard of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20 (suppl 1): s5-s13.
5. Saturno PJ. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Pharma. Madrid 1997.
6. Cano Pérez J. y Trilla Soler. Diabetes Mellitus. En Martín Zurro, A. Cano Pérez J. Manual de Atención Primaria 4ª Edición Barcelona, Harcourt Brace 1999.
7. Farreras Rozman. Medicina Interna. Vol. 2. 13ª Edición. Harcourt Brace 1995 pág, 1946.
8. Programa de Diabetes Mellitus. Centro de Salud de Mora de Rubielos.

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO :

1. *Objetivos generales:*
 - Mejorar el control metabólico del paciente diabético.
 - Normalización del peso tanto por defecto como por exceso.
2. *Objetivos específicos:*
 - Conseguir que el 80 % de los pacientes diabéticos en programa hayan recibido Educación Sanitaria.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO :

1. *Plan de mejora: los componentes de la evaluación de nuestro ciclo de mejora se basaran en:*

- a) **Criterios:**
- En la consulta se pesa al paciente y se registra en la historia clínica.
 - En cada consulta se registra en la historia clínica que se explica al paciente la dieta, frecuencia de comidas y dudas.
 - A todo paciente se le pasará una encuesta (1º estudio de corte previo a la intervención) y cada seis meses para evaluar si las comidas que han consumido se ajustan a la dieta explicada en lo referente a encuesta dietética.
- b) **Dimensión estudiada:** Calidad Científico-Técnica.
- c) **Tipos de datos:** de proceso.
- d) **Unidad de estudio:**
- Proveedor: Centro de Salud. Todos los profesionales.
 - Pacientes: Diabéticos de la zona de salud de Mora de Rubielos.
 - Ventana temporal: Pacientes que llevan más de seis meses en programa.
- e) **Fuentes de datos:**
- Registros específicos de diabéticos.
 - Historias clínicas.
 - Encuesta dietética.
 - Cumplimiento dietético.
- f) **Marco muestral:**
- Totalidad de pacientes diabéticos de la zona.
 - Número de casos 60.
 - Variable cualitativa.
- g) **Muestreo:**
- Aleatorio.
 - Estratificado por consulta profesional.
- h) **Evaluación:**
- Retrospectiva.
 - Interna.
 - Mixta (cruzada y autoevaluación).

2. Actividades:

- a) Diseño de la encuesta.
- b) Encuesta a la totalidad de diabéticos de la zona
- c) Evaluación de los conocimientos.
- d) Educación Sanitaria individual y colectiva por los profesionales sanitarios, con los mismos contenidos y de forma homogénea.
- e) Segunda realización de la encuesta.
- f) Reevaluación de los conocimientos, esperando haber logrado los objetivos propuestos. En caso contrario proseguir con el ciclo.

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

6.- RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADOMaterial inventariable

MATERIAL EXPOSICION DE EDUCACION PARA LA SALUD :

TELEVISOR

VIDEO REPRODUCTOR

REPRODUCTOR DE TRANSPARENCIAS

PANTALLA

BALANZA DE COCINA

CALCULADORA PARA JMC

ORDENADOR

TOTAL

Pesetas480.000Material fungible

MATERIAL DE OFICINA

POLIOS

CARPETAS

BOLIGRAFOS

LAPICES ---- ETC

TOTAL

20.000Viajes v dietas

REUNIONES CON TECNICO DE SALUD Y OTROS RESPONSABLES DE SALUD

15 REUNIONES

ASISTENCIA A CURSOS --- ETC

TOTAL

30.000Otros gastos25.000

TOTAL PESETAS

605.000

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)
---------	---

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>Control inadecuado del plan terapéutico farmacológico en los pacientes que usan la cartilla de largo tratamiento.</p>
--

<u>2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>			
Nombre y apellidos	JULIO GARCÍA-ARÁEZ LÓPEZ		
Profesión	Médico	Centro de trabajo	C. DE SALUD DE CALANDA
Dirección	C/ SAN JORGE, 2		
Localidad	CALANDA	Código postal y provincia	44570 TERUEL
Teléfono	978 84 34 20	Fax	978 84 70 45
		Correo electrónico	

<u>2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Sanz Almalé, Alfredo	Médico	C.S. Calanda
Guallar, Mariano	Médico	C.S. Calanda
Chamocho, Elvira	D.U.E.	C.S. Calanda
Dobato, M ^a Ángeles	D.U.E.	C.S. Calanda
Llorca Camarasa, Miguel	D.U.E.	C.S. Calanda
Ponz Espallargas, Charo	Aux. Adm	C.S. Calanda

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)
---------	---

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Las cartillas de largo tratamiento no son controladas periódicamente por los médicos de cabecera, ya que se emplean fuera de las consultas.
- No se actualizan en la historia clínica las modificaciones terapéuticas que se anotan directamente en la cartilla de largo tratamiento.
- Los pacientes con cartilla de largo tratamiento acuden con menos frecuencia a las consultas programadas, ya que tienen asegurada la renovación de las recetas.
- Mantenimiento prolongado de tratamientos, que dejan de ser necesarios.
- Riesgo aumentado de interacciones farmacológicas, duplicación de medicamentos y automedicación.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- Con este ciclo de mejora se pretende mejorar el control médico del consumo de medicamento en los pacientes afectados de patologías crónicas, evitando el mantenimiento de tratamientos en situaciones en los que ya no son necesarios, así como detectar precozmente los efectos secundarios e interacciones farmacológicas.
- Al controlar la medicación de los pacientes crónicos se mejorará el uso racional de los medicamentos, así como el gasto farmacológico.
- Se pretende potenciar la consulta programada y mejorar la utilización del tiempo de consulta.
- Se mejorará la utilización de la historia clínica como sistema de registro.
- Se pretende potenciar el trabajo en equipo entre los miembros del E. A. P. de Calanda.

4.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Saturno P.J. Curso de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Métodos de Evaluación, Técnicas y Herramientas para la Mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Universidad de Murcia. Dupont Pharma. 1997 (Conocimientos básicos de la Mejora de Calidad)
- Palmer. Evaluación de la asistencia ambulatoria: Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1990
- Marquet R, Avellana E, Davins J. La Calidad en Atención Primaria: nuevas perspectivas. I. La planificación de la calidad. FMC 1994; 1: 7-18. (Conocimiento de la Mejora de Calidad en A.P.)
- Avellana E, Pico JA, Urís J. La calidad en Atención Primaria: nuevas perspectivas. II. La medida de la calidad. FMC 1994; 1: 75-85. (Conocimiento de la Mejora de Calidad en A.P.)
- Avellana E, Davins J, Marquet R. La calidad en Atención Primaria: nuevas perspectivas. III. La mejora de la calidad. FMC 1994; 1: 94-156 (Conocimiento de la Mejora de Calidad en A.P.)
- Azagra R, Bonet JM, Bravo ML, Freixas M, Campanera MT, Fuentes M. Seguimiento de la calidad de la prescripción de medicamentos: el CAP de Ciudad Badia. Aten Primaria 1992; 10: 707-711
- Calvo Pardo A, Badia Tahull M, Callau Puente J, Capella Callaved E, Isanta Pomar C. Estudio de la calidad de las cartillas de largo tratamiento en un centro de salud. Centro de Salud 1997; 5(6):376-378 (Estudio de problemas similares a los que motivan este ciclo de mejora)
- Martín Araujo, J. Trabajo con demanda excesiva. FMC 1998; vol 5 nº 9, pag 572 (Actividades en la consulta para mejorar la efectividad)

5.1- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General:

- Mejorar el control terapéutico de los pacientes con cartilla de largo tratamiento

Objetivos específicos:

- El 90% de los pacientes con cartilla de largo tratamiento tendrán anotada en su historia clínica la medicación indicada por su proceso crónico.
- El 80% de los pacientes con cartilla de largo tratamiento tendrán realizada una consulta programada médica en los últimos seis meses.
- En el 80% de las cartillas de largo tratamiento no habrá medicamentos duplicados (se entiende como duplicados a dos medicamentos diferentes que sirvan para lo mismo)
- En el 80% de las cartillas de largo tratamiento no habrán medicamentos que presenten interacciones farmacológicas graves.

5.1- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2000: Elaboración del ciclo de mejora. Consensuar criterios a evaluar.
- ENERO DE 2.001: Recogida, análisis y discusión de datos de la primera evaluación.
- FEBRERO DE 2.001: Diseño de las actividades de intervención.
- MARZO A DICIEMBRE DE 2.001: Realización de las actividades de mejora.
- ENERO DE 2.002: Reevaluación

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)
---------	---

<u>6.- RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO</u>	
<i>Material inventariable</i>	<u>Pesetas</u>
ORDENADOR PORTATIL	400.000
<i>Material fungible</i>	
DISEÑO E IMPRESIÓN DE NUEVAS CARTILLAS DE LARGO TRATAMIENTO	25.000
<i>Viajes y dietas</i>	
<i>Otros gastos</i>	
Bibliografía	50.000

<u>TOTAL PESETAS</u>	475.000
-----------------------------	---------

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)



3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Aumento del gasto en hipolipemiantes del 39% en el Centro de Salud de Andorra entre los años 1997 y 1999. El inicio de este periodo ha coincidido con la adopción de los criterios NCEP (M.Zurro, industria...) de control de las dislipemias por parte de la mayoría de los componentes del equipo
- El pasado año se realizó un trabajo (no concluido) sobre el RCV de los pacientes en programa de hiperlipemia con y sin tratamiento farmacológico en el que observamos que en ocasiones no se valoran los otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y no siempre se recomiendan medidas higiénico-dietéticas de forma continuada, como se puede comprobar indirectamente por la existencia de numerosos casos de dislipemia en los que no consta el peso.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

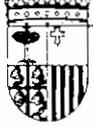
Aunque la hipercolesterolemia - al igual que otros FRCV (1) - es un factor de alta prevalencia en España, y por ello buena parte de nuestros recursos se utilizan para su control, nuestro país se encuentra a la cola de mortalidad por cardiopatía isquémica en Europa y se ha reflejado que a iguales concentraciones de colesterol tenemos una mortalidad inferior a los países donde se hacen estudios con hipolipemiantes (2). Las últimas revisiones del PAPPs hablan que si el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) con la tabla de Framingham puede sobreestimar el riesgo España, los criterios NCEP (basados fundamentalmente en el nivel de LDL) aún los sobreestiman más: es posible que estemos tratando con fármacos a numerosos pacientes con RCV bajo (p. ej. en el grupo de las mujeres con colesterol HDL elevado). El proyecto debe servir para basar las decisiones de tratamiento en protocolos con evidencia científica demostrada, que se hayan mostrado eficientes en nuestro país. Está previsto iniciar otro ciclo con pacientes hipercolesterolémicos sin tratamiento farmacológico.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Recomendaciones preventivas cardiovasculares: aplicaciones prácticas del riesgo cardiovascular. Villar Alvarez F. et al. Grupo de expertos del PAPPs. Aten Primaria 1999; 24:66-75. : recomiendan utilizar criterios basados en la valoración del riesgo CV mediante la tabla de Framingham (además España tiene una alta prevalencia FRCV). Incluso se considera que esta tabla puede sobreestimar el riesgo absoluto en poblaciones con bajo riesgo de desarrollar la enfermedad como es la española. : los criterios NCEP sobreestiman más el RCV que la ecuación del estudio Framingham.
2. ¿Tienen riesgo coronario los pacientes que tratamos con fármacos hipolipemiantes? J. Vilaseca, C. Buxeda et al. Aten Primaria 1997; 20:97-103. (Ya comentado). Tratamiento sin RCV alto indicado si COI > 300 de forma persistente (probable hiperlipemia familiar ver referencia siguiente-) y diabéticos con COI > 250 de forma persistente (declaración de St Vincent).
3. Consenso para el control de la hipercolesterolemia en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid, mayo 1989.
4. Krans H. et al. Diabetes care and research in Europe. The Saint Vincent Declaration Action Programme. Ginebra: WHO Regional Office for Europe 1992.
5. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Pyörälä K. Et al. Eur Heart J 1994; 1300-1331. Recomendaciones de la Task Force Europea. Propone actuar en hipertensión y dislipemias fundamentalmente en función del riesgo cardiovascular.
6. Prevención on coronary heart disease in clinical practice. Wood D. et al. Eur Heart J 1998; 19: 1434-1503. Recomendaciones de la Task Force Europea. Actualización del anterior. Coronary Risk Chart. Actualización de protocolos.
7. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Plaza Perez J. Et al. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 815-137. Consenso Español del 2000, más de lo mismo.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)

**DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON****5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO**Objetivos:

1. Conseguir que las decisiones de tratamiento se basen en el RCV (Framingham) de cada paciente, con excepciones detalladas en protocolo (ver memoria) y tabla de criterios.
2. Que todos los pacientes reciban consejo mantenido en el tiempo sobre medidas higiénico dietéticas y se compruebe su cumplimiento.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIOPlan de mejora. Actividades y calendario.

1. Elaboración de criterios, y nuevo protocolo de hipercolesterolemia (ya realizados, ver memoria que se adjunta).
2. Diseño de estudio del nivel de calidad (ya realizado, ver memoria)
3. Recogida, análisis y discusión de los datos: Enero-Febrero 2001
4. Diseño de intervención (basado en el protocolo nuevo ya realizado) y de fusión del mismo: Febrero-Marzo 2001
5. Implantación de la intervención: Marzo- Septiembre 2001
6. Reevaluación del nivel de calidad: Octubre- 2001

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)


**DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON**

 Departamento de Sanidad,
Consumo y Bienestar Social
1.- TITULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DISLIPEMICO

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ALEJANDRO GUALLAR BLASCO

Profesión MEDICO Centro de trabajo CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Dirección Avda. HUESCA, 7 3º-A

Localidad ALCAÑIZ Código postal y provincia 44600 TERUEL

Teléfono 978-831136 Fax 978-834629 Correo electrónico camino ocjms.com

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ABOS ZUECO, Antonio	Médico	C. S. Alcañiz
BURGUES VALERO, Carmen	A.T.S.	"
CID CASTRO, Rafael	Médico	"
CUESTA SAMPER, Maite	Residente	"
FRAI VALLE, Mª Mar	"	"
GOTOR LASANTAS, Agustín	Medico	"
SAENZ GUALLAR, Rafael	"	"
SANCHO PELLICER, Antonio	Residente	"

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)
---------	---



**DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON**

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Inadecuación del tratamiento farmacológico en los pacientes dislipémicos del Centro de Salud de Alcañiz.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

Es uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares modificables.

La reducción de la colesterolemia produce una disminución de la incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular en general.

La prevalencia de hipercolesterolemia en la población española de 35 a 64 años es del 18 (18,6 en los varones y 17,6 en mujeres).

Es la primera causa de gasto farmacéutico por importe en el Centro de Salud de Alcañiz.

4.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Recomendaciones preventivas cardiovasculares: aplicaciones prácticas del riesgo cardiovascular (Del Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPS.)

HIPERCOLESTEROLEMIA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)

Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular (Ignacio Plaza Pérez, Fernando Villar Álvarez, Pedro Mata López, et al.)

Implicaciones en la práctica clínica de los megaestudios sobre prevención primaria con estatinas (Carlos Brotons Cuixart.)

Segundo Informe del Comité de Expertos sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipercolesterolemia en Adultos

Tratamiento farmacológico de las dislipemias (X. Pintó Sala)

Prevención del riesgo cardiovascular mediante el tratamiento de las dislipemias (L. Masa Martín)

EVIDENCIAS QUE AYUDAN A MEJORAR LA SALUD DE SUS PACIENTES ESTATINAS (E. Bernal Delgado, Félix Pradas Arnal, Marisol Galeote Mayor)

Apexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)



DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Que el 90 de los pacientes incluidos en programa cumplan los criterios de inclusión.
- Que el 80 de los pacientes incluidos en programa tengan registrado en la Historia Clínica por un método cuantitativo el riesgo cardiovascular.
- Que el 80 de los pacientes incluidos en programa deberán tener fijado en la Historia Clínica un objetivo terapeutico de colesterol LDL.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

ELABORACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD Responsable Alejandro	INICIO 01-12-00	FINAL 15-12-00 D 14
PILOTAJE DE LOS CRITERIOS Responsables M ^a Mar, Maite	INICIO 02-01-01	FINAL 15-01-01 D 13
ELABORACIÓN DE GUÍA PRÁCTICA TTO. Responsables Agustin, Antonio A, Rafael C.	INICIO 01-12-00	FINAL 30-01-01 D 60
ESTUDIO DE ADECUACIÓN DEL TTO PREVIO Responsables Rafael S. , Antonio S.	INICIO 02-01-01	FINAL 30-01-01 D 29
ADECUACIÓN DE LOS CRITERIOS Responsables M ^a Mar, Maite, Alejandro	INICIO 15-01-01	FINAL 17-01-01 D 2
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE C Responsables M ^a Mar, Maite	INICIO 18-01-01	FINAL 31-01-01 D13
DISEÑO DE ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTA LA GUÍA DESARROLLO DE ACTIVIDADES	INICIO 01-02-01	F28-02-01 D 27
ESTUDIO DE ADECUACIÓN DEL TTO. Responsables Rafael S, Antonio S	INICIO 14-02-01	FINAL 17-01-02 D 337
REEVALUACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE C: Responsables Residentes	INICIO 18-01-02	FINAL 31-01-02 D 13

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)



6 - RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material inventariable

		<i>Pesetas</i>
ORDENADOR PORTATIL AIRIS		
Procesador Pentium III 700 Mhz		
Pantalla TFT 13.3" (1024*768)		
Modem interno 56 Kb		
Bolsa de transporte	312.000 + IVA	361.920 ₧
VIDEO- PROYECTOR SONY VPLCS2		
(600 ansilúmenes)	445.500 + IVA	561.780 ₧

Material fungible

FOTOCOPIAS COLOR A-4 100 ₧ X 50		5.000 ₧
PLASTIFICACIÓN A-4 125 ₧ X 50		6.250 ₧

Viajes y dietas

Otros gastos

889.950 ₧

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

1.- TITULO	“EVALUACIÓN DE LA APLICABILIDAD DE UN NUEVO MÉTODO TERAPÉUTICO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA LUMBALGIA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA”
------------	---

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO		
Nombre y apellidos: ADELA RUIZ DE LA CUESTA MARTÍN		
Profesión: MÉDICO	Centro de trabajo: C.S. ARRABAL.	
Dirección: ANDADOR ARAGÜÉS DEL PUERTO, s/nº.		
Localidad: ZARAGOZA.	Código postal y provincia: 50015 (ZARAGOZA).	
Teléfono: 976-731500.	Fax: 976-733324.	Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Rosa Magallón Botaya	Médico	C.S. ARRABAL
Jose María Vergara	Neurofisiólogo	H.U. MIGUEL SERVET
Encarna Cambra Cambra	Enfermera	C.S. ARRABAL
Sara López	Fisioterapeuta	C.S. PICARRAL

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Las lumbalgias crónicas son patologías de gran incidencia y prevalencia en nuestra sociedad y muchas de ellas no ceden con el tratamiento médico habitual. Este hecho no sólo repercute en el propio individuo, que ve limitada su actividad física, horas de sueño reparador e interferida su vida psico-socio-laboral y familiar. En definitiva: La alta incidencia y prevalencia de las lumbalgias crónicas en nuestro medio cursan con un deterioro de la calidad de vida del paciente.
- Además, los médicos de Atención Primaria disponen de pocas armas terapéuticas y escaso nivel de formación para afrontar el manejo de esta patología, lo que genera un aumento de la frecuentación de estos pacientes a las consultas y una insatisfacción de los mismos al no poder resolver su problema.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- Por esto consideramos muy importante intentar paliar estas deficiencias desde la Atención Primaria, usando la analgesia eléctrica que tan buenos resultados (2, 3, 4, 5, 7) ha dado en otros países. Con estos nuevos métodos de bajo coste y fácil aplicación, en la Atención Primaria de otras naciones han conseguido un descenso significativo en el consumo de AINES y una mejora sustancial de la calidad de la asistencia médica que se presta a los pacientes.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- 1.- Melzack R. Wall PD: Pain Mechanisms. A new theory. Science. 1965; 150: 971-979.
- 2.- Ahmed HE. Craig WF. White PF, et al. Percutaneous electrical nerve stimulation: an alternative to antiviral drugs for acute herpes zoster. Anesth Analg. 1998; 87:911-914.
- 3.- Melzack R. Vetere P. Finch L. Transcutaneous electrical nerve stimulation for low back pain. Phys Ther. 1983; 63: 489-493. 10.- Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. Spine. 1.987; 12: 632-644.
- 4.- Lehmann TR. Russell DW. Spratt KF et al. Efficacy of electroacupuncture and TENS in the rehabilitation of chronic back pain patients. Pain. 1.986; 26: 277-290.
- 5.- Sun R. Kim DW. White PF. Craig WF. Taylor S. Handel D. A randomized comparison of non - pharmacologic therapies for the relief of chronic back pain [abstract]. Anesth Analg. 1.997; 84:S339.
- 6.- Ware JE. Sherbourne CD. The MOS 36- item short - form health survey (SF-36). I: conceptual framework and item selection. Med Care. 1.992; 30: 473-483.
- 7.- Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. Spine. 1.987; 12: 632-644.

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Conocer los beneficios reales que el P.E.N.S. (estimulación eléctrica percutánea) aporta, en nuestro medio, a los pacientes con lumbalgia crónica que no mejoran con el tratamiento analgésico habitual.(1).
- Cuantificar esos beneficios en términos de “salud percibida” (disminución de los síntomas, mejoría psicológica secundaria a la disminución - desaparición de las molestias, mejoría en la vida social, familiar y laboral, así como disminución del absentismo laboral por dicha causa, etc.).
- Determinar si la aplicación del P.E.N.S. en nuestro medio mejora la calidad de vida del paciente con lumbalgia crónica que no mejoraba con el tratamiento analgésico habitual.
- Valorar la factibilidad de aplicación de este aparato, de escaso coste, en nuestro medio.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- Elección de una encuesta de calidad de vida ya validada en nuestro país (“SF-36”) y escala analógica visual (“E.A.V.”) para aplicarla en Atención Primaria a los pacientes seleccionados. Febrero 2001.
- Determinación del tamaño de la muestra necesaria, escogiéndola entre la población que cubren los Centros de Atención Primaria Arrabal y Picarral (pertenecientes a las áreas II y V de Zaragoza). Febrero y Marzo 2001.
- Complimentación inicial del cuestionario “SF-36” y de la “E.A.V.” por los pacientes seleccionados. Abril 2001.
- Análisis inicial de los resultados de dichos cuestionarios. Abril 2001.
- Aplicación de PENS a todos los pacientes seleccionados en 9 sesiones durante 3 semanas, a lo largo de un año.
- Complimentación final del “SF-36” y de la mejoría observada.
- Recogida y análisis de los resultados. Mayo 2001.
- Informe definitivo. Junio 2001.

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

1.- TITULO

Coordinación entre los niveles de la asistencia primaria y especializada en el Centro Penitenciario de Zaragoza

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	José Manuel Arroyo Cobo		
Profesión	Médico	Centro de trabajo	Centro Penitenciario de Zaragoza
Dirección	Avda. Gómez Laguna 5 10º E		
Localidad	Zaragoza	Código postal y provincia	50009
Teléfono	976350316	Fax	Correo electrónico jmarroyo@nacom.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Manuel Becerril	médico	Centro Penitenciario Zaragoza
Marta Sanz	enfermera	Centro Penitenciario Zaragoza
José Antonio Avesa	enfermero	Centro Penitenciario Zaragoza
Pascual Alcalde	enfermero	Centro Penitenciario Zaragoza
José Manuel Arroyo	médico	Centro Penitenciario Zaragoza
Clara Gayo	médica	Servicios Centrales. Madrid *
Isabel Avendaño	enfermera	Servicios Centrales. Madrid **
Maria Candelas López	médica	Servicios Centrales. Madrid ***

* Jefa de Servicio de Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

** Directora de Programas de Enfermería. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

*** Técnica Superior. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

Anexo 2

Proyecto presentado al **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón**

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En el proyecto de este año proponemos continuar el estudio de los problemas relacionados con la calidad en el campo de la salud mental penitenciaria, pero prestando a la vez mayor atención a los aspectos generales de la coordinación entre los dos niveles asistenciales el primario y el especializado en todos los campos, no solo en el de la salud mental.

La Sanidad Penitenciaria carece de infraestructura propia en el nivel de la asistencia especializada y hospitalaria por lo que legalmente, los Equipos de Atención Primaria de los Centros Penitenciarios derivan esta asistencia a los recursos extrapenitenciarios, mayoritariamente públicos.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

Las funciones básicas del médico de atención primaria son dos, resolver un elevado porcentaje de los problemas de salud de sus pacientes y derivar adecuadamente al nivel especializado los problemas no resueltos en el nivel primario¹. Las deficiencias organizativas, formativas, y estructurales se encuentran entre los principales factores responsables de la falta de coordinación entre los niveles primario y especializado². La atención especializada se concibe como un apoyo y complemento de la primaria atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta³. En el caso de los Centros Penitenciarios se añade el factor judicial y de seguridad, como un elemento más a tener en cuenta a la hora de organizar esta coordinación unido a que la pertenencia a diferentes áreas de la administración pública del personal de atención primaria y especializada, añade dificultades a la adecuada conexión de ambos niveles. En los estudios al respecto hay amplias variaciones en las tasas de derivación entre los dos niveles, tanto en España⁴, como en otros países⁵ por lo que es obvio que se trata de un problema que sigue pendiente de la aplicación de criterios uniformes para su solución. Por todo lo anterior es urgente que se estudie en el ámbito penitenciario la manera de optimizar esta coordinación entre niveles.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

¹ Alonso JP, Febrel M, Huelin J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. Gac Sanit 2000;14 (2): 122-130

² Buitrago F, coordinador. Relación entre Niveles Asistenciales Oviedo SemFYC 1995

³ Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clin 1996; 106: 182-4

⁴ Llobera J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. Gac Sanit 1988;2:271-5

⁵ Roland M. Variations in referral rates of general practitioners: causes and their significance. En: Hopkins A, Wallace P, directores. Referral to medical outpatients. Londres: Royal College of Physicians and Royal College of General Practitioners: 1997. p 219-39

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Coordinación entre los profesionales de la sanidad penitenciaria que prestamos servicio en el Centro y el Equipo responsable del Servicio de Atención Especializada encargado de atender los problemas de los reclusos. Establecer reuniones periódicas con el/los especialistas que fueran asignados para ocuparse de la asistencia a los reclusos, como medio para mejorar esta coordinación que tendría como objeto:

- Analizar los problemas observados en la atención especializada en el Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario de Zaragoza, los procesos que se realizan y los aspectos mejorables.
- Elaborar indicadores de los niveles críticos de calidad de estos procesos.
- La puesta a punto de protocolos consensuados entre el servicio del Centro penitenciario, el de Atención Especializada y cuantas otras Instituciones intervengan en el cuidado de la salud mental de los reclusos, para el manejo de los cuadros más frecuentes, más graves o más problemáticos.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

De forma aproximada podría establecerse el siguiente calendario:

- 1- Creación de una comisión de miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario y del Equipo responsable del Servicio de Atención Especializada correspondiente para consensuar las actividades y el calendario de las mismas (6 meses)
- 2- Puesta en marcha de las mejoras en los procesos enumerados, discusión de los indicadores de medición y registro de los mismos.(6) meses
- 3- Evaluación en periodos de tiempo a determinar, de los resultados del proyecto. (12 meses)

1.TITULO:

**MEJORA DE CALIDAD DE LA
ATENCION A ENFERMOS TERMINALES**

CENTRO DE SALUD DE LUNA
AÑO 20001

2.1 RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Nombre y apellidos: Ana Isabel Echeverri Oyaga.

Profesión: Médica Centro de trabajo: C.S. Luna.

Dirección: Avda. Goya. 1

Localidad: Erla Código Postal y provincia: 50611 Zaragoza

Teléfono: 976.69.40.40 Fax: 976.68.91.82 Correo electrónico: ana@comz.org

2.2 COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESION	CENTRO TRABAJO
PILAR ABADIA PARDO	MEDICO	C.S. LUNA
ELVIRA JORDA REBOLL	MEDICO	C.S. LUNA
CONCEPCION DE PEREZ MADORRAN	MEDICO	C.S. LUNA
LUZ MARINA VALLE SERRANO	MEDICO	C.S. LUNA
BEGOÑA SAIZ PEREZ	A.T.S.	C.S. LUNA
SILVIA GIMENEZ BESCOS	A.T.S.	C.S. LUNA
JESUS ANGEL NAUDIN BERDUQUE	MEDICO	C.S. LUNA
TERESA GRACIA PELIGERO	A.T.S.	C.S. LUNA
MARTA DIEZ FLE	MEDICO	C.S. LUNA
M ^a PILAR VALERO OROS	MEDICO	C.S. LUNA
LOURDES VICIOSO ELIPE	MEDICO	C.S. LUNA
JUAN RECIO G ^o DE LA TORRE	MEDICO	C.S. LUNA
M ^a JESUS ARIZA NAVARRO	A.T.S.	C.S. LUNA
ANA ANGUAS GRACIA	A.T.S.	C.S. LUNA
M ^a LUISA SALAFRANCA NAUDIN	AUX.ADMON	C.S. LUNA
FRANCISCO CALVO SANCHEZ	A.T.S.	C.S. LUNA

3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS:

-La atención de enfermos terminales nos resulta difícil a casi todos los miembros del equipo: sentimos preocupación y agobio al tener que hablar de su situación al enfermo, acompañarle su proceso de acercamiento a la muerte, etc.

-La atención a la familia del enfermo es imprescindible, compleja y con mucha carga emocional

- La continuidad de la atención a enfermos terminales en un centro de salud, es un reto si aspiramos a mantener una continuidad de criterios y una buena accesibilidad
- Nuestro desconocimiento de los procedimientos legales de incapacitación, ingresos no voluntarios, etc que en algunas ocasiones, por ejemplo, alteración de las facultades mentales, tiene gran importancia.
- La falta de utilización del Testamento Vital
- La preparación técnica insuficiente o no actualizada en apoyo psicológico, tratamiento del dolor, prevención y tratamiento de úlceras de decubito, alimentación enteral, movilizaciones y trasferencias del enfermo, aspiraciones, claping, ayudas técnicas, acompañamiento del duelo...
- Escasez de tiempo para elaborar criterios comunes con la trabajadora social de la zona y poco acceso a recursos comunitarios (ayuda en domicilio, apoyo vecinal...) de gran importancia en algunos procesos prolongados y de gran carga asistencial o de escasa capacidad del cuidador.

3.2. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO.

La mejor atención a los enfermos terminales nos parece esencial desde la perspectiva humana por la trascendencia de esta etapa y su universalidad. Poder realizarla mejor va a ser una importante fuente de satisfacción para todos los profesionales del centro, y para las familias afectadas. Son bastantes los usuarios que si tuvieran la seguridad de que la atención y recursos técnicos fueran suficientes preferirían morir en su casa, con la consiguiente mejora para el enfermo y ahorro para el sistema. Cuenta con el apoyo mayoritario del equipo en todos sus grupos profesionales

4. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA.

No disponemos de libros ni revistas sobre mejora de calidad. Todavía no disponemos del dinero del anterior proyecto
Algunos miembros del equipo han asistido a formación sobre el tema impartida por el INSALUD y en el Congreso de Medicina Rural del 99

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Practicar la formación teórica adquirida en estos momentos dentro del proyecto de mejora de calidad, en curso.
Facilitar a los usuarios terminales y sus familias una buena atención en todos sus aspectos.
Establecer indicadores del buen funcionamiento del servicio.
Creación de materiales que permitan la evaluación permanente del servicio.
Mejora de los conocimientos técnicos relacionados.

Organizar la colaboración sistematizada con atención especializada: unidad del dolor, oncología, geriatría....

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO.

En principio estimamos que hasta junio de 2001 nos va a ocupar el proyecto actual por lo que este se iniciará en septiembre.

Una sesión al mes de 9 a 10.15 horas dedicada a trabajar las etapas del ciclo de mejora de calidad y formación en los aspectos técnicos que están relacionados con el tema y que ya hemos reseñado. Utilizaremos la reunión del equipo de los martes por la mañana. Precisaremos profesionales externos en algunos temas. Duración mínima estimada: 9 sesiones. Inicio: septiembre de 2.001.

En este momento tenemos una primera aproximación a los problemas a mejorar en la atención de terminales, un somero análisis de las causas, algunas propuestas de mejora (formación, colaboración con especializada..) pero necesitamos más tiempo para profundizar estas etapas y llegar a proponer medidas concretas de mejora del servicio y diseñar su monitorización. Desde nuestra escasa experiencia nos resulta muy difícil preveerlo.

6. OBSERVACIONES:

La participación en el plan de Apoyo a Iniciativas de mejora de calidad la valoramos en conjunto muy positivamente porque nos está permitiendo mejorar la atención del servicio que prestamos en el control de enfermos con sintrom y formarnos en mejora de calidad.

Nos parece importante, sin embargo, hacer notar que el procedimiento para abonar la subvención es absolutamente inadecuado. No disponemos como equipo de Atención Primaria de ningún recurso económico que nos permita adelantar el dinero y menos razonable parece que tengan que presentarse facturas supuestamente pagadas por lo que solicitamos que se modifique dicho procedimiento de pago.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)
---------	---



6.- RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material inventariable	Pesetas
EQUIPO AEROSOL TERAPIA	
ASPIRADOR DE SECRECIONES	
AYUDAS TECNICAS PARA FORMACION DE FACILIARES	
TOTAL	350 000
Material fungible	
LIBROS	
VIDEOS	
REVISTAS	
TOTAL	150 000
Viajes y dietas	
DESPLAZAMIENTOS	50 000
Otros gastos	
- ASESORIA EXTERNA DE ESPECIALISTA/	100 000
- ASISTENCIA A CURSOS CONGRESOS/	100 000

TOTAL PESETAS	750 000
----------------------	----------------

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

1.- TITULO		GUÍA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO		
Nombre y apellidos: Pilar Mainar Garcia		
Profesión : Enfermera	Centro de trabajo: ESAD	
Dirección C/ Condes de Aragón, 30		
Localidad : ZARAGOZA	ZARAGOZA	
Teléfono 976-769534	Fax 976-769535	Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Blasco	Trabajadora Social	C. S. Picarral
Carmen Postigo	Enfermera	C.S. Santa Lucia
Roberto Moreno	Médico	ESAD
Sara Pérez Palomares	Fisioterapeuta	C.S. Picarral
Marisa Samitier	Médico	C.S.Santa Lucia
Natalia Enriquez	Técnico de Salud Pública	Gerencia. Areas 2 y 5

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

El grupo de trabajo sobre atención domiciliaria de la Comisión de Calidad del Área, ha dado prioridad a las siguientes oportunidades de mejora: 1) coordinación entre los agentes implicados, 2) detección precoz y evaluación de situaciones de riesgo social y 3) revisión de los programas, protocolos y otras recomendaciones que sobre atención domiciliaria existen en nuestro medio

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La misión de la atención domiciliaria es proporcionar los cuidados necesarios para mantener el mayor grado posible de autonomía y calidad de vida en el individuo, permaneciendo éste en su medio habitual.

Los principales beneficiarios de este tipo de atención son las personas mayores. En nuestra comunidad la población de más edad, está creciendo. Según el Plan de Salud de Aragón para el año 2001, aproximadamente 1 de cada 5 ciudadanos tendrá 65 años o más y de éstos 1 de cada 4 tendrá más de 80.

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) considera desde hace años prioritarios los servicios que se prestan en el domicilio a pacientes crónicos, inmovilizados y/o terminales. Entre las medidas adoptadas destaca la implantación de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), dependientes de las Gerencias de Atención Primaria. Estos forman parte de un proyecto que pretende potenciar las garantías de cuidados adecuados para aquellos ciudadanos que prefieren ser atendidos en su hogar y también mejorar la coordinación con los hospitales y otras instituciones. En nuestra comunidad autónoma desde 1999 existe un equipo de soporte.

Respecto a la coordinación sociosanitaria se considera que la atención primaria, por su situación estratégica, puede ofrecer una atención integral que permita la detección precoz de problemas, desde un enfoque multidisciplinario. En nuestro país existe un marco legal que contempla convenios entre instituciones sanitarias y sociales, pero siguen siendo retos la coordinación interinstitucional para plazas sociosanitarias, los modelos de atención compartida, el trabajo en equipos interdisciplinarios, así como reforzar el papel de los profesionales de enfermería y de trabajo social.

Otras medidas para mejorar la atención domiciliaria han sido el desarrollo de programas y protocolos pero, en nuestro ámbito no hay un documento que integre todas las recomendaciones, algunas de las cuales han perdido vigencia. Dichos documentos fueron diseñados desde una perspectiva más de calidad científico-técnica que de coordinación sociosanitaria. La reciente implantación del ESAD ofrece una buena oportunidad para elaborar una guía basada en la evidencia científica, desde una perspectiva de coordinación interprofesional.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1 - Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Una introducción al marco político de salud para todos de la región europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999. Este documento habla en su Objetivo 5 (Envejecer en buena salud) de que los servicios sociales y sanitarios deben proporcionar unos mejores servicios de asistencia a las personas mayores en su vida cotidiana. En escenarios para la salud (Objetivo 13), destaca el hogar, el médico de familia y las enfermeras de atención domiciliaria como catalizadores muy positivos de la acción sanitaria. El documento insiste (objetivo 15) en que los profesionales de atención primaria deben ser el núcleo del sistema, si queremos un sistema sanitario más integrado, y en que deben atender a un número limitado de familias, promocionando activamente el autocuidado e interactuando con las estructuras de la comunidad local. Una perspectiva de este tipo reforzará en gran medida la prevención de enfermedades y lesiones, además de garantizar el tratamiento rápido y efectivo de todas las personas que claramente no requieren asistencia hospitalaria.

2.- Plan de Salud de Aragón

Realiza un análisis de la situación de las personas mayores y propone fomentar la interrelación entre atención primaria y especializada y potenciar los cuidados domiciliarios desde la atención primaria de salud.

3.-Martinez Aguayo C. La coordinación sociosanitaria en la atención al anciano. Cuadernos de Gestión 1996; 2 (2): 36-44

En este artículo se describen los resultados del acuerdo marco de 1993 y el convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Asuntos Sociales para la atención sociosanitaria a las personas mayores. Los principales resultados en territorio INSALUD han sido las comisiones sociosanitarias de área, los servicios de atención geriátrica especializados y la cartera de servicios al anciano.

Concluye que la atención a las personas mayores supone un reto para la atención primaria y especializada; y va a exigir a los profesionales tener una visión integral, ser capaces de trabajar en equipos multidisciplinares, coordinar la atención primaria-especializada, reforzar el papel de los profesionales de enfermería, coordinar los recursos sociosanitarios, formarse e investigar.

4.- Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Atención Primaria 2000; 25(8): 526-528

Propone diferentes estrategias organizativas para ir hacia un modelo de atención domiciliaria compartida. Entre ellas están la utilización correcta de los ESAD, la planificación del alta hospitalaria, la protocolización y formación conjuntas, las plataformas de coordinación sociosanitaria como equipo gestor de casos y la construcción de alianzas estratégicas.

5.- López Pisa RM, Juliá Nicolás MT. Cuidados de enfermería en la vejez. Diseño de un programa en atención primaria de salud dirigido a ancianos mayores de 70 años. Enfermería Clínica 1999; 9(5): 220-225.

Trata sobre el diseño de un programa para la prevención y cuidados en la vejez, cuya estructura está determinada por la secuencia del proceso de atención de enfermería.

6.- Guarga Rojas A, Marquet Palomer R, Jovell Fernández A. Recomendaciones para la práctica clínica: protocolos y guías. En: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Hartcourt Brace; 1999.

Describe las bases metodológicas para el diseño, implantación y evaluación de guías de práctica clínica.

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:

Conseguir la coordinación entre todos los profesionales implicados en la atención domiciliaria, elaborando una guía útil y atractiva que favorezca la permanencia del paciente en su domicilio con la mejor calidad de vida posible.

Objetivos específicos:

1. Conocer la opinión que tienen los profesionales de Atención Primaria sobre las normas y los protocolos existentes. Implicarlos para alcanzar consensos sobre pautas de actuación y coordinación.
2. Detectar las preferencias de los pacientes y sus cuidadores.
3. Prevenir y detectar precozmente situaciones de riesgo social.
4. Mejorar la efectividad de la atención domiciliaria.

5.2 - PLAN DE MEJORA, ACTIVIDADES Y CALENDARIO

El desarrollo de la guía está previsto en el plazo de un año y medio, comenzando en enero de 2001. La metodología va a ser participativa, utilizando técnicas de trabajo grupal en busca de consenso y estrategias de difusión e implantación.

Actividades y calendario:

FASE 1.- Preparación (aprox. 3 meses)

- Creación de grupos de expertos multidisciplinares
- Presentación del proyecto a los grupos de trabajo
- Análisis de causas que dan lugar a la implantación insuficiente de los programas y protocolos
- Estudio de opinión de los profesionales de atención primaria sobre las unidades de apoyo existentes en atención domiciliaria (ESAD, fisioterapia, trabajo social y otras)

FASE 2.- Elaboración (aprox. 10 meses)

- Revisión sistemática y crítica de la documentación científica existente.
- Definición de población diana, situaciones de riesgo, procesos y flujos, buscando los aspectos clave que garanticen la coordinación interprofesional y el papel de enlace de enfermería
- Someter resultados a grupos asesores mixtos, formados por personas clave de atención especializada, asociaciones de ciudadanos y atención primaria.
- Elaboración y discusión del borrador
- Establecer un procedimiento para futuras revisiones
- Redacción del documento final.

FASE 3.- Difusión e Implantación (aprox. 6 meses)

- Pilotaje de aspectos estructurales
- Presentación de la guía a los equipos y unidades de atención primaria
- Sesiones recordatorio de casos prácticos interdisciplinares

FASE 4.-Evaluación (aprox. 18 meses, esta fase se solapa con las anteriores):

- Participación de los profesionales: composición multidisciplinar de los grupos de trabajo. Porcentaje de asistencia por profesionales.
- Evaluación de la calidad formal de la guía. Pilotaje.
- Detección y corrección de problemas en la fase de implantación
- Cobertura de servicios domiciliarios, evaluación de las visitas domiciliarias, especialmente de enfermería, fisioterapia y trabajo social.
- Adecuación de planes de cuidados y consejos en las situaciones de riesgo detectadas.
- Análisis de la adecuación de los ingresos en instituciones sociosanitarias.
- Evaluación de la calidad de vida.
- Implantación de medidas de mejora en función de estos resultados.

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

6.- RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

<i>Material inventariable</i>	<u>Pesetas</u>
Ordenador portátil.	
<i>Material fungible</i>	
<i>Viajes y dietas</i>	
<i>Otros gastos</i>	
TOTAL PESETAS	

Anexo 2 Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

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

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: ESTEFANÍA ZORRAQUINO PINA 

Profesión: MEDICO RESIDENTE

Centro de trabajo: C.S. SANTA LUCÍA/HMS

Dirección: CONDE DE ARANDA, 53 5º DCHA. Localidad: ZARAGOZA

Código postal y provincia: 50004, ZARAGOZA

Teléfono 976432230 / 654217842

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
BELEN ALADREN PEREZ	MEDICO RESIDENTE	C.S.ARRABAL/HMS
LUIS JAVIER CALVO TELLO	MEDICO RESIDENTE	C S ARRABAL/HMS
MARISA SAMITIER	MEDICO	C S SANTA LUCÍA
ROSA MAGALLON BOTAYA	MEDICO	C S ARRABAL
ANA CRISTINA DE PABLO	PSICÓLOGA	U.S.M. I.J. C.S. SAGASTA
CONCEPCIÓN RISCO	ENFERMERA	C. S. FUENTES NORTE
ROSARIO MIRAVETE	A. ADMTVO.	C. S. FUENTES NORTE
CONCEPCIÓN SANZ	FISIOTERAPEUTA	C. S. SEMINARIO

Anexo 2 Proyecto presentado al **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón**

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Dentro de la cultura de la calidad, las administraciones sanitarias realizan periódicamente encuestas de opinión para conocer la satisfacción de los usuarios del sistema y las opciones de mejora que se pueden derivar de estos estudios. Sin embargo, es bien conocido el hecho de que es igualmente importante conocer la opinión de los trabajadores que dan asistencia a los usuarios, conocer sus expectativas y evaluar su satisfacción como un método indirecto de mejorar la calidad de la atención. La satisfacción del cliente interno está directamente relacionada con la satisfacción del cliente externo y con el rendimiento. Aunque se respira en el ambiente un cierto grado de insatisfacción profesional, unido al conocido desgaste o burnout, creemos que este aspecto no está suficientemente valorado por la gestión sanitaria, y su conocimiento contribuiría a detectar situaciones mejorables.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La utilidad sería doble: por una parte, la derivada del objetivo, es decir, conocer las expectativas, necesidades y motivos fundamentales de satisfacción/insatisfacción de los profesionales que trabajan en atención primaria, para identificar opciones de mejora. Por otra parte sensibilizar a las administraciones sanitarias de la importancia de disponer de un mecanismo ágil y periódico para conocer la opinión del cliente interno, como un método asimilado más de identificación de problemas, dentro de un programa de calidad.

El interés de solicitar una continuación de la beca ya concedida en la anterior convocatoria, vendría dado por la posibilidad de ampliar el estudio a las áreas I y IV de Aragón, con lo que tendríamos un análisis completo del panorama de la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de toda la Comunidad Autónoma.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. NUTTING P. Et all. SS Editores. Barcelona, 1991.

Calidad en el servicio a los clientes. Keith Denton. Ed. Diaz de Santos. Madrid, 1991.

Marquet. R. Pujol. G. Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? Cuadernos de Gestión 1995: 1: 23-33-

Sánchez. JA. Saturno PJ. Las encuestas de satisfacción. En Dupont Tomo III cap. 29 1998.

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Analizar la satisfacción del cliente interno.

Identificar de manera objetiva aquellos puntos críticos que están influyendo en la satisfacción y/o insatisfacción del profesional.

Introducir en la comisión de calidad del área un método de identificación de problemas basado en la opinión del cliente interno.

Proponer opciones de mejora que repercutan en una mayor satisfacción del cliente interno.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

La difusión de la encuesta se realiza a la totalidad de los profesionales por correo interno. Se prevé además de la encuesta estructurada, la posibilidad de que el encuestado manifiesta abiertamente sus opiniones, sugerencias, etc. Febrero 2001.

Análisis inicial de los resultados de la encuesta. Mayo-Junio 2001.

Realización de un grupo de discusión con una selección reducida de profesionales sobre las propuestas del análisis preliminar. Junio 2001.

Informe definitivo. Agosto 2001.

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

<p>1.- <u>TITULO</u></p> <p>“ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BENZODIAZEPINAS, HIPNÓTICOS Y ANTIDEPRESIVOS E INCORPORACIÓN DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA”</p>
--

2.1.- RESPONSABLES DEL PROYECTO		
Nombre y apellidos – Profesión:		
<i>Carmen Montón Franco</i>	Medico Familia	E.A.P. Casablanca
<i>Eduardo Martínez González</i>	Psiquiatra	U.S.M. Casablanca
<i>Carmen Labarta Mancho</i>	Farmacéutica	Servicio de Farmacia A.P.
Centro de trabajo: <i>Gerencia de Atención Primaria. Areas 2 y 5 de Zaragoza. INSALUD</i>		
Dirección: <i>C/ Condes de Aragón 30</i>		
Localidad: <i>Zaragoza</i>		Código postal y provincia: <i>50009 Zaragoza</i>
Teléfono: <i>976 769536</i>		Fax: <i>976 769537</i>
Correo electrónico: <i>farmac@gapz02 insalud.es</i>		

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<i>Pedro Marín Velázquez</i>	Médico Familia	EAP Casablanca
<i>Ana Avelino Terrón</i>	Médico Familia	EAP Casablanca
<i>José M^a Gargallo Lalmolda</i>	Médico Familia	EAP Casablanca
<i>Rosario Juana Ramón</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Teresa Enfedaque Echevarría</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Carmen López Gasca</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Carmen Salvador Del Val</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Isabel Peñafiel Amán</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Ana Isabel Peña López</i>	Psicóloga	U.S.M. Casablanca
<i>M^a Pilar Lamuela Morales</i>	ATS	U.S.M. Casablanca
<i>Cristina Latorre Ruiz</i>	ATS	U.S.M. Casablanca
<i>M^a Concepción Celaya Lecea</i>	Farmacéutica	Servicio de Farmacia A.P.

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Elevada prescripción de psicofármacos (benzodiazepinas, hipnóticos y antidepresivos) en Atención Primaria. En conjunto, representan el 9% de los envases y el 7% del importe de las prescripciones en las Áreas 2 y 5 de Zaragoza durante el año 1999.
- Uso de benzodiazepinas durante periodos prolongados.
- Empleo de psicofármacos no adecuada al diagnóstico psiquiátrico asociado (trastornos de ansiedad y depresión); siendo frecuente la prescripción sintomática.
- Gran variabilidad en los patrones de prescripción de estos fármacos.
- Escasa utilización de intervenciones terapéuticas no farmacológicas en el abordaje de los problemas de ansiedad/insomnio/depresión
- Tendencia al abuso de benzodiazepinas/hipnóticos por parte de algunos usuarios
- Insuficiente adhesión a los tratamientos antidepresivos por parte de los pacientes

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La mejora de calidad en las indicaciones y manejo de tratamientos con benzodiazepinas, hipnóticos y antidepresivos, así como el empleo de técnicas terapéuticas no farmacológicas se asocia con una notable mejora en la relación beneficio/riesgo de estos tratamientos.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- ◆ Bateman DN, Eccles M, Campbell M, Soutter J, Roberts SJ, Smith JM. Setting standards of prescribing performance in primary care: use of a consensus group of general practitioners and application of standards to practices in the north of England. Br J Gen Pract 1996; 46: 20-25.

Desarrolla un modelo de calidad de la prescripción en Atención Primaria abarcando diferentes áreas entre las que figura la prescripción de benzodiazepinas.

- ◆ Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V. The prescription of psychotropic drugs in primary health care. Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 359-364.

Analiza la prescripción de psicofármacos en Atención Primaria, centrándose en la influencia de los factores sociodemográficos de la población y la presencia de un diagnóstico psiquiátrico. De los resultados destaca que solo un 15% de los pacientes tratados con psicofármacos tenían un problema psiquiátrico reconocido (18% en el caso de las benzodiazepinas) y que los factores sociodemográficos no presentan una asociación fuerte con el uso de psicofármacos, a diferencia de otros estudios.

- ◆ Pharoah PDP, Melzer D. Variation in prescribing of hypnotics, anxiolytics and antidepressants between 61 general practices. Br J Gen Pract 1995; 45: 595-599.

Estudia los factores subyacentes a la variabilidad de la prescripción de hipnóticos, ansiolíticos y antidepresivos, considerando las características sociodemográficas de la población, la estructura y organización de los servicios y las características de los profesionales. Destaca que el conocimiento y las actitudes de los profesionales pueden ser el factor de mayor influencia, y que las campañas para reducir el uso de benzodiazepinas deberían concentrarse, probablemente, en el uso de las mismas como hipnóticos y en los equipos con mayor nivel de prescripción.

- ◆ Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. Br J Gen Pract 1994; 44: 5-8.

Ensayo controlado randomizado que valora la eficacia de una intervención para la reducción del uso de benzodiazepinas. La intervención consistió en el envío de una carta por el médico de familia a los pacientes seleccionados que tomaban benzodiazepinas durante más de 6 meses. Los pacientes se distribuyeron de forma randomizada en 3 grupos: 1) no intervención, 2) carta del médico proponiendo la reducción o finalización de su tratamiento y la explicación de cómo hacerlo, 3) la misma carta, junto con cuatro hojas de información mensual. Los resultados muestran que las dos fórmulas logran una reducción estadísticamente significativa del consumo.

- ◆ Montón C, Campos R y col. Guía consensuada de atención a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión en Atención Primaria. Areas 2 y 5 – INSALUD - Zaragoza. 1994.

5.1 - PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos generales:

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

Objetivos específicos:

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

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- Analizar la prescripción de benzodiazepinas y antidepresivos en el E.A.P. Casablanca correspondiente al año 2000. Estudiar los factores que pueden influir en su variabilidad (1^{er} semestre 2001).
- Actualización de guías de actuación en trastornos de ansiedad y depresión y presentación mediante una mesa de discusión en el centro de salud entre los profesionales del EAP y de la USM (1^{er} semestre 2001).
- Mejorar la formación de los profesionales en aspectos relacionados con la salud mental: entrevista clínica, diagnóstico psiquiátrico, psicofarmacología y abordajes no farmacológicos de estos trastornos (durante el año 2001).
- Elaboración de materiales escritos para la educación y promoción de la salud mental (1^{er} semestre 2001).
- Intervención sobre los pacientes que utilizan benzodiazepinas de forma prolongada (monitorización y seguimiento del tratamiento) (durante el año 2001).
- Información a los pacientes con insomnio de pautas no farmacológicas y entrega de material escrito (durante el año 2001).
- Tratamiento de la información obtenida para la aproximación establecimiento de estándares para evaluar la calidad de la prescripción de psicofármacos (1^{er} semestre 2002).
- Evaluación final del programa de mejora y de su efecto sobre la prescripción de psicofármacos y la satisfacción de los profesionales y pacientes (1^{er} semestre del 2002).

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

6. - RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

<i>Material inventariable</i>	<i>Pesetas</i>
Ordenador portátil HP XE2 Pentium III 600: Procesador HP Pentium III a 600 MHz, disco duro de 6 MB, 128 MB de memoria RAM, CD-Rom, tarjeta de sonido, módem de 56 K, Windows 98, Antivirus.	320.000
MICROSOFT OFFICE Profesional 2000	95.000
Impresora HP LaserJet 1100 A	85.000
<i><u>Material fungible</u></i>	
<i><u>Inscripciones, viajes y dietas</u></i>	
Asistencia a cursos relacionados con el proyecto de los participantes del equipo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantía de Calidad ▪ Psicofarmacología ▪ Abordajes no farmacológicos ▪ Otros 	650.000
<i><u>Otros gastos</u></i>	
Organización de Cursos, Talleres o Sesiones de formación para profesionales sanitarios.	150.000
Gastos de imprenta del material informativo entregado a los pacientes	200.000
Otros	
TOTAL	1.500.000 ptas.

1 - TITULO



Programa Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (2001)
(Anexo I)

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Victoria Fustero Fernández
Profesión Médico Centro de trabajo C.S. Cariñena
Dirección Urbanización Santa Fé, calle 4^a, nº 25
Localidad Cuarte de Huerva Código postal y provincia 50410 (Zaragoza)
Teléfono 976/504557 Fax 976/504557 Correo electrónico med009749@nacom.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mario Bárcena Caamaño	Médico	Cariñena
Manuel Granado González	Médico	Cariñena
Antonio Oto Negre	Médico	Cariñena
Israel Roig Bartolomé	Enfermero	Cariñena
Delfin Sarasa Piedrafita	Médico	Cariñena
Pilar Serrano	Enfermera	Cariñena
Pilar Laborda Cebrian	Aux. Admtr.	Cariñena

Colabora:

Todos los integrantes del Centro de Salud de Cariñena

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

1.- Desconocimiento de la incidencia/prevalencia de pacientes neoplásicos y crónicos terminales en la ZBS, falta de formación en cuidados paliativos, no existen pautas consensuadas de actuación y registro en la historia clínica de estos pacientes.

2.-Desconocimiento del nivel de inmunidad de la población infantil, para las enfermedades incluidas en el calendario vacunal de la Comunidad Autónoma.

3.-Falta de prevención en las complicaciones de los pacientes diabéticos por mal control de la enfermedad.

4.-Desconocimiento de la opinión de los usuarios en cuanto satisfacción con los actuales servicios prestados por el Centro de Salud y sus expectativas.

5.-Dificultades en el registro y explotación de datos de Atención Continuada (II) y falta de control de stocks de material sanitario y farmacia.

6.- Falta evaluar la influencia de las intervenciones realizadas en los últimos años sobre el perfil de prescripción de antibióticos en la Zona de Salud.

7.-Deficiente control de niveles de la fracción LDL-colesterol en los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica en la Zona de Salud.

8.-Colaboración con el Centro de Salud San José Norte en el proyecto "Mejora de la Calidad Asistencial mediante la realización en de ecografía por el médico de Atención Primaria."

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La importancia de este proyecto radica en que con la filosofía explícita de mejorar la Calidad, estructura de manera integradora y práctica las diferentes actividades a realizar "a nuestra medida", basándose en las necesidades y problemas identificados tanto por los profesionales como por los usuarios en este Centro y en este momento. La utilidad de este programa es que va a contribuir a la prestación de una asistencia sanitaria mejor, adecuando los cuidados a las necesidades de los pacientes, mejorando la continuidad de dichos cuidados y aumentando el grado de satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

①

- 1.-La atención domiciliar al enfermo de cáncer terminal: Valoración y proyectos de médicos y enfermeras. Atención Primaria 1994; 13: nº 6
- 2.-Atención domiciliar en una unidad de Cuidados paliativos. Medicina clínica 1993; 101: nº 12
- 3.-El estrés de los profesionales y los cuidados paliativos. Medicina clínica 1991; 96: nº 10
- 4.-Cuidados paliativos en enfermedad no oncológica. Atención Primaria 1997; 19: nº 3
- 5.-Evaluación del tratamiento con opiáceos en pacientes oncológicos en Atención Primaria. Atención Primaria 1995; 16: nº 2
- 6.-La comunicación con el enfermo terminal. Formación médica continuada 1997; 4: nº 3
- 7.-Atención al paciente oncológico terminal en un distrito de AP. Atención Primaria 1997; 19: nº 8
- 8.-Guía de cuidados paliativos Area 11 Insalud-Madrid
- 9.-Guía de cuidados paliativos Area 4 Insalud- Madrid

②

- 1.-Manual de vacunas en pediatría. Asociación española de pediatría
 - 2.-Vacunaciones preventivas. ??????
 - 3.-Vademecum vacunas 2000
- En todos ellos se consulta el nivel de seroconversión.

③

- 1.-Diaz Cadocoriga FJ, Delgado alcaraz E. Diabetes tipoll. Manual para asistencia primaria 1ª Edición-Barcelona: Abbot científica 1998
- 2.-Morañas Pailardo JP. Avances en diabetes. Madrid Grupo Serta media 1997
- 3.-Albert KGMM, Zimmat P and Defrora RA. Internecanal. Textbook of diabetes mellitus. 2ª edic.
- 4.-O'connor PJ, Rush Peterson J, Morden P, Chorney L, Keogh Chet al. Continuous Quality Improvement care improve glicemia can for HMO patients care whit diabetes. Arch Fam Med 1996; 5: 602-606.
- 5.-WandellPE, Bronsson B, Alberg H. Diabetic patients in primary health care three years aprt. J Prim health care 1998; 16: 4-9
- 6.-Guía para el trataminto de la diabetes II en AP. Gedaps. Enero 2000.

④

Bibliografía en anexo V

⑤

- 1.-Goldaracena M, Aza M, Bárcena M, Fustero MV. Consumo extrahospitalario de antiinfecciosos en dosis diaria definida por mil 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 fármacos comercializados. Aten Primaria 1997; 19: 230-36.
- 6.-Yáñez 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, Rabadán 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.

7

- 1.-Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 1997. <http://www.ine.es/prensa/np155.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.
- 4.-Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, 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 Münster (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.
- 11.-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, Gómez 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, Maroto JM. Prevención secundaria y rehabilitación cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol* 1996; 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, Cosín 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, Núm. 8, Agosto 2000, 1095-1120 1120 122 José A Velasco et al. Guías de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca.

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Conocer el número de pacientes neoplásicos y crónicos terminales de la ZBS, mejorar la formación en cuidados paliativos y establecer pautas conjuntas de actuación y registro en la historia clínica. (Anexo II)
2. Conocer la tasa de seroconversión (para enfermedades incluidas en el calendario vacunal de la Comunidad Autónoma) en una muestra de la población correctamente vacunada de la ZBS (Anexo III)
3. 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. (Anexo IV)
4. Conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, con respecto a la asistencia sanitaria prestada. (Anexo V)
5. Mejorar, unificar y posibilitar el registro y la explotación de datos de atención continuada (continuación del proyecto iniciado el año anterior) y desarrollo de un sistema informático para el control de stocks de material sanitario y farmacia. (Anexo VII).
6. Analizar las modificaciones en el perfil de prescripción antibiótica tras las diversas intervenciones realizadas en el Centro/Área.
7. Realizar una adecuada prevención secundaria en los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica en la zona de salud.
8. Formación en ecografía de un miembro del EAP (proyecto conj. San José Norte)
9. 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.
10. Continuar la actualización de los protocolos clínicos del EAP.
11. Publicar los resultados de "la evaluación del circuito y los resultados del control de la anticoagulación oral en el medio rural"
12. Publicar los resultados de las reevaluaciones realizadas en el 2000: "Cumplimentación de la hoja de Urgencias" y "Cobertura de vacunación infantil en la ZBS"

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

Se adjunta CRONOGRAMA (Anexo VI)

6 - RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material inventariable

Pesetas

Caja fuerte (proyecto 1)	
Un ordenador P III 800 mhz, 128 MB, 20 GB HD (proyecto 5)	230.000

Material fungible

Concentrador Hub para LAN y cableado Nivel 5 con instalación (proyecto 5)	35.000
Reactivos serologias (proyecto 2) ??????????????	400.000 ???

Viajes y dietas

Encuestadores (proyecto 4)	81.232
----------------------------	--------

Otros gastos

Realización de la encuesta por empresa (proyecto 4)	
Curso de formación en informática 18 horas/15 profesionales (proyecto 5)	659.216
Alquiler de aula informática para presentación de la aplicación al EAP, 16 horas (proyecto 5)	350.000
	80.000

TOTAL PESETAS 1.835.448

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

1.- TITULO: *MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA.II*

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos CARMEN IZAGUIRRE ZUGAZAGA

Profesión : Pediatra. *Centro de trabajo :* CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Localidad : ZARAGOZA

Código postal 50009

Teléfono 976556000

Fax 976556922

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE	Médico	C.S. DELICIAS SUR
BELEN BORRAJO GONZALEZ	Administrativa	C.S. DELICIAS SUR
M ^a JESÚS CABAÑAS BRAVO	Pediatra	C.S. DELICIAS SUR
M ^a CLEOFE CRESPO MAINAR	Enfermera	C.S. DELICIAS SUR
M ^a PILAR LACARTA VICIOSO	Enfermera	C.S. DELICIAS SUR
JOSE CARLOS PEREZ VILLARROYA	Médico	C.S. DELICIAS SUR

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- A) **La *citación telefónica*** en el Centro de Salud es un problema sentido por los usuarios como lo demuestra la encuesta de opinión realizada. También surge como problema prioritario en el grupo nominal llevado a cabo por los integrantes de la comisión de calidad

- B) **El sistema de emisión y entrega de prescripciones crónicas (SEEPC)** ha ocasionado desde hace tiempo problemas de coordinación interna entre los distintos profesionales (médicos, enfermeras, administrativos) y molestias a los usuarios por defectos en las distintas fases del proceso

- C) **La *variabilidad en la práctica clínica*** entre los diferentes profesionales del equipo ocasiona una distinta oferta de servicios a los usuarios. Medir la variabilidad en la atención que se ofrece a los pacientes *diabéticos* e introducir cambios para homogeneizar dicha atención es una clara oportunidad de mejora de la calidad en el Centro de Salud.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- A) El proyecto de mejora de la cita telefónica es de gran importancia pues afecta a muchos usuarios -entre 300-400 pacientes por día obtienen su cita por teléfono-, además tiene un fuerte impacto en la imagen del Centro de Salud percibida por el usuario. Se trata de un proyecto que incluye un análisis de la accesibilidad telefónica en distintas franjas horarias y la introducción de los cambios organizativos necesarios que permitan una mejora en este servicio. También debe incluirse una monitorización permanente de la mejora obtenida.

- B) Una buena gestión del SEEPC es necesaria para la disminuir la burocracia en las consultas del médico de familia, optimizando al

máximo el tiempo dedicado a cada paciente. El SEEPC necesita una perfecta coordinación entre administrativos, enfermeras y médicos para conseguir que todas las fases se lleven a cabo correctamente, facilitando de este modo la recogida de las recetas por el usuario en el plazo convenido.

- C) Disminuir la variabilidad de la atención que se ofrece al paciente diabético entre los profesionales del equipo supondrá mejorar la atención global de la atención en el Centro. El proyecto consiste inicialmente en mejorar el registro en soporte informático de la atención al diabético y seleccionar los indicadores para monitorizar el proceso clínico y los resultados.

4.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO

1. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson, 1989. *Primer libro publicado sobre el tema en nuestro país Desarrolla los temas conceptuales y metodológicos y utiliza ejemplos y experiencias europeas.*
2. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989. *Texto clásico sobre la metodología del control de calidad.*
3. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria: diseños de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990. *Se refiere a las primeras experiencias que se llevaron a cabo en nuestro país contando con la colaboración de un grupo estable de profesionales, apoyadas desde el Ministerio de Sanidad por Pedro Saturno.*

4. Villatoro V, Corredera A, Escabias J, Fuentes T, Trillo C. Estudio Delphi de la metodología de calidad de Palmer en atención primaria: puntos fuertes y débiles y dimensiones de uso. *Aten Primaria* 1998; 4: 199-204. *Estudio que concluye manifestando la utilidad del ciclo de Palmer en Atención Primaria, así como las indicaciones de su uso.*
5. 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.*
6. 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.*
7. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria (3 tomos) editado por Du Pont Pharma. *Texto muy completo de calidad asistencial que introduce la mayor parte de los aspectos calidad en atención primaria: evaluación, monitorización, diseño de calidad e implementación de problemas.*
8. Mejora continua de la Calidad del Cuidado del 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.*

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

A.-

- Analizar la accesibilidad de la cita telefónica en las distintas franjas horarias.
- Estudiar la adecuación entre la demanda de cita telefónica y la capacidad de respuesta del Centro tanto desde el punto de vista operativo como organizativo.
- Mejorar la accesibilidad de la cita telefónica y monitorizar la mejora obtenida.

B.-

- Analizar el circuito organizativo del SEEPC.
- Desarrollar la aplicación que el programa informático OMI-AP incluye para la gestión del SEEPC.
- Mejorar la coordinación de los distintos profesionales implicados en el SEEPC.
- Introducir cambios en las distintas fases del circuito organizativo que permita una mejora del SEEPC que sea percibida por el usuario.
- Monitorizar las mejoras obtenidas.

C.-

- Disminuir la variabilidad en la atención a los pacientes diabéticos del Centro de Salud.
- Mejorar el registro informático del proceso de atención al paciente diabético.
- Introducir un sistema de monitorización de indicadores de proceso intermedio y de resultados para la diabetes mellitus.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

A) -Medir mediante gráficos de control el número de llamadas necesarias para contactar con el Centro de Salud en las franjas horarias de 8,30-10, 10-12 y 12-14, de lunes a viernes.

-Cuantificar el número de citas telefónicas que se realizan cada día en cada franja horaria y la capacidad operativa del sistema.

-Analizar la organización de los puestos de recepción de llamadas telefónicas en las diferentes franjas horarias y días de la semana e introducir cambios organizativos

Calendario: de Enero a Junio de 2001.

B) -Mediante la técnica de diagrama de flujos, analizar cada fase del SEEPC comprobando lo que debe hacerse, cómo debe hacerse, lo que puede fallar y cómo resolverlo.

-Llevar a cabo pruebas piloto de las diferentes modalidades que ofrece la aplicación de OMI-AP para la gestión del SEEPC e incorporar al sistema la mas adecuada.

-Delimitar claramente las funciones de cada uno de los profesionales implicados en el SEEPC mediante un protocolo escrito de funcionamiento.

-Elaborar un organigrama para la unidad administrativa que permita la correcta implementación del SEEPC.

Calendario: de Mayo a Noviembre de 2001.

C) Seleccionar indicadores de proceso y resultados basados en guías de práctica clínica, proyecto GEDASP, etc.

-Fijar objetivos progresivos de registro informático en OMI-AP de la atención al paciente diabético, que permita la medición de los indicadores.

Calendario: de Octubre a Diciembre de 2001

6.- RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

	Pesetas
<i>Material inventariable</i>	
9 impresoras láser	650.000
<i>Otros gastos</i>	
Formación en Calidad	
Cursos a Distancia de la Universidad de Murcia	350.000
Total pesetas	1.000.000

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)



DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON

3.1.- ~~OPORTUNIDAD~~ OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Hay una ausencia de Hª clínica en el domicilio de los pacientes que no salen de él, siendo éste el lugar donde se realiza la actividad asistencial. Esta falta de información conlleva: 1. Descoordinación entre los diferentes profesionales que lo atienden (EAP, 061, Urg...). 2. Derivaciones innecesarias a urgencias del Hospital. 3. Dificultad en el seguimiento de pacientes "golondrina".

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

En el Area III se estima una población de unos 8.000 pacientes entre inmovilizados y terminales cuya atención sanitaria se realiza exclusivamente en domicilio

La existencia de un soporte escrito en domicilio, beneficiaría al paciente domiciliario de una mejor atención y seguimiento de los problemas sociosanitarios que presenten.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Memoria 1.999 Atención Primaria A.III Zaragoza. Insalud.
 2. Programa de atención al anciano. A.III. Zaragoza. 1.997.
 3. Programa de atención domiciliaria. A.III. 1.997
 4. Manual de Procedimientos de Enfermería. A. Primaria. A.III. Zarag.
- En éstas bibliografías constan documentos consensuados por el Area III para control y seguimiento de pacientes inmovilizados y/o terminales.
5. Protocolo de C. Paliativos a pacientes terminales. A.III. Zª. 1.997
 6. Protocolo de C. Paliativos a pacientes terminales. A.II y V. Zaragoza. 1.997.

En éstos protocolos se dan pautas actualizadas de actuación ante problemas del paciente terminal y su familia.

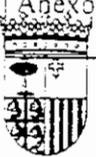
7. Informes sobre E. Salud de personas con cambio de domicilio habitual.

Se trata de un modelo de Hª clínica para pacientes "golondrina" que ha realizado el Area V de Madrid.

8. Modelo de Hª domiciliaria. Area V. Madrid.
9. Planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Pineault R. Masson. Barcelona 1.987.

Manual de planificación sanitaria muy interesante para conocer las etapas de la planificación y su metodología.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2001)
---------	---



**DIPUTACION
GENERAL
DE ARAGON**

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Crear un registro escrito para el seguimiento domiciliario de los pacientes, accesible a todo profesional que realice la atención, para:

1. Mejorar la atención integral de los pacientes inmovilizados y/o terminales.
2. Unificar el seguimiento de los pacientes domiciliarios.
3. Facilitar el registro de la atención realizada en el domicilio.
4. Objetivar la evolución de los diferentes problemas de salud.
5. Conseguir que la información llegue a los diferentes profesionales.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- 1^{er} y 2^o mes: Toma de contacto con los E.A.P. Difusión y valoración del material existente.
- 3^o y 4^o mes: 1^{er} borrador y presentación de los EAP que participen.
- 5^o mes: 2^o borrador.
- 6^o mes: Registro definitivo y difusión en el Area.
- Del 6^o al 12 mes: Pilotaje.
- 12^o mes: Evaluación.

La toma de decisiones se realizará en todo momento por metodología de consenso.

Criterios de evaluación: En ésta primera evaluación nos planteamos, evaluar el número de historias clínicas existentes en los domicilios.

