

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

1.- TITULO

LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PACIENTE
CON DETERIORO COGNITIVO EN EL MEDIO RURAL.
PROTOCOLO CONSENSUADO CON ATENCIÓN ESPE-
CIALIZADA.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: GLORIA NAUARRO AZNAREZ

Profesión M.FyC. Centro de trabajo C.S. SÁDABA

Dirección Pº URRUTI CASTEJÓN S/N

Localidad SÁDABA Código postal y provincia 50670 ZARAGOZA

Teléfono 976 667388 Fax 976 667354 Correo electrónico NO

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M. TERESA PÉREZ GUZMAN	D.U.E.	C.S. SÁDABA
M. ROSARIO LABORDA EZQUERRA	D.U.E.	C.S. SÁDABA
M. PILAR MONTE DE MIGUEL	ADMIN.UO.	C.S. SÁDABA
SILVIA SUÑER ABADIA	D.U.E.	C.S. SÁDABA
ANGEL GONZALEZ PÉREZ	M.G.	C.S. SÁDABA

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

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

- OBTENCIÓN DEL PR. DEL ANCIANO UN LISTADO DE ANCIANO DE RIESGO
- ESTUDIO DE CADA UNO DE ELLOS SEGUN TEST DE PFEIFFER, ESCALA LAWTON Y BRODY, BARBER, BARTHEL E INDICE DE KATZ, PARA DEFINIR EL POSIBLE CASO.
- AL POSIBLE CASO, REALIZAR EL MINIEXAMEN COGNOSCITIVO ASI COMO FLUIDEZ VERBAL SEMANTICA.
- REALIZACION HISTORIA COMPLETA CON ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES, EXPLORACION FISICA INCLUYENDO LA NEUROLOGICA.
- PETICION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO CON A.E. PREVIAMENTE.
- CONTACTAR CON EL SERVICIO DE NEUROLOGIA PARA CONSENSUAR DICHO PROTOCOLO Y CRITERIOS DERIVACION.
- DERIVAR A NEUROLOGIA SI SE CONSIDERA NECESARIO.
- CHARLAS INFORMATIVAS A LOS FAMILIARES, SI ES POSIBLE CONTACTANDO CON LA ASOC. ALZHEIMER EN ARAGON.
- HABLAR CON REPRESENTANTES DE CADA AYUNTAMIENTO PARA LA CREACION DE UN CENTRO DE CUIDO Y SI YA EXISTE ADAPTARLO A ESTOS ENFERMOS.
- REALIZAR E. SANITARIA A FAMILIARES Y/O CUIDADORES.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- TARRAGA L. y BOADA M. "VOLVER A EMPEZAR". EJERCICIOS PRACTICOS DE ESTIMULACION COGNITIVA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER. FUNDACION ACE Y ALZHEIMER CENTRO EDUCACIONAL BARCELONA. Ed. GUSA. COLAB. NOUARTIS Barcelona 1.999
- CASABELLA B, ESPINOSA J. "DEMENCIAS RECOMENDACIONES". SEMFYC BARCELONA : EDIDE 1999.
- ESPINOSA ALHENDRO JM y COLS. (ALVAREZ SOLAR H, coordinador). "ATENCION DE LAS DEMENCIAS EN A. PRIMARIA. PROGRAMAS BASICOS DE SALUD. PROGRAMA DEL ANCIANO. S. Geriatrico Vol 8. SEMFYC. Madrid : Ed. DOYMA SL 2000. Paginas 95 a 107.
- CASABELLA ABRIL B. "DEMENCIAS : DIAGNOSTICOS EN A.P. Eu : SESIONES CLINICAS EN A.P (SESIONES 3 y 4). SEMFYC. MADRID : Ed. DOYMA SL 2000. Pag 1 a 27.
- PEDRO GIL GREGORIO, EVA PASTOR VICENT, JESUS TORA FERNANDEZ. "DEMENCIA SENIL". GRUPO AULA MEDICA 1995. COLAB. ANDROMACO.
- J.M. RIBERA, F. VEIGA, M. TORNILLOS. "ENFERMERIA GERIATRICA". COLAB. HENNINGKE. JERESA. 1991.
- FROSTIG WINDI - PERCEPTION. "EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA EN MEDICINA GENERAL". PROFARMACO SA. Edit GRAPIS SA 1993. Colab. SANDOZ. W-HEIER-ROSE

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- POBLACIÓN ENVEJECIDA EN NUESTRA POBLACION ASIGNADA: APROXIMADAMENTE 35% SON PERSONAS MAYORES 65 AÑOS
- GRAN DISTANCIA AL HOSPITAL DE REFERENCIA (+120 km) ASI COMO DÉFICITS EN LOS TRANSPORTES TANTO COLECTIVOS COMO INDIVIDUALES.
- ELEVADA FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE MEMORIA EN ESTOS GRUPOS DE EDAD.
- ESCASAS O NULAS ACTIVIDADES SOCIOFAMILIARES PARA EL APOYO O ESTIMULO DE ESTE TIPO DE PROBLEMA.
- MEJORAR LA ASISTENCIA Y ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA (UNIDAD DE DEMENCIAS)
- FAVORECER LA COMUNICACIÓN ENTRE AT. PRIMARIA Y ESPEC.
- UNIFICACIÓN CRITERIOS ENTRE A.P. Y A.E. CON LA CONSIGUIENTE OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS (DISMINUCIÓN LISTAS ESPERA, APROVECHAMIENTO PRUEBAS COMPLEM.)

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON DETERIORO COGNITIVO.
- DIAGNÓSTICO Y ESTUDIO EN PROFUNDIDAD DE LOS CASOS DE DEMENCIA.
- INFORMACIÓN A LA FAMILIA Y/O CUIDADOR SOBRE ESTA ENFERMEDAD, ASI COMO DE LA EVOLUCIÓN PROGRESIVA, MEDIANTE INFORMACIÓN ESCRITA O VERBAL, DE MODO INDIVIDUAL O GRUPAL.
- ESTABLECER CONTACTO Y SOLICITAR APOYO DE LAS AYUDAS SOCIALES EXISTENTES.
- IMPLICACIÓN Y APOYO DE LAS CORPORACIONES LOCALES (AYUNTAMIENTO) EN ESTE TEMA INTENTANDO CREAR CENTROS DE DÍA EN LOS QUE SE REALICEN ACTIVIDADES DE PSICOSTIMULACIÓN.
- SIMPLIFICACIÓN DE VISITAS INNECESARIAS A AT. ESPECIALIZ.
- IMPLICACIÓN DE LA COMUNIDAD EN ESTE TEMA.
- CONSENSUAR PROTOCOLO CON NEUROLOGIA.
- REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PSICOSTIMULACIÓN EN EL MEDIO RURAL CON EL APOYO DEL E.A.P.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA

Material inventariable

- ORDENADOR CON GRABADORA + IMPRESORA - ES - CANNER + PANTALLA
- RETROPROYECTOR TRANSPARENCIAS
- MICROFONO INHALAMBERICO + ALTAVOCES
- FROSTIG WINDI - PERCEPCION "El paciente de Edad avanzada en Medicina General" 1993
- OTROS LIBROS
- CONEXION INTERNET

Pesetas

300.000 apr

30.000 apr

75.000

12.000 apr

20.000 apr

NO INCLUIDOS

405.800
2434,09 €

Material fungible

- CUADERNOS, FOLIOS, BOLIGRAFOS, BLOCS, PAPEL TRANSPARENCIAS, Y DEMAS MATERIAL DE PAPELERIA
- TINTA IMPRESORA COLOR
- RECORTABLES, TLIERAS, PLASTILINA Y OTROS MATERIALES PRENSIBLES

30.000 aprox

5.000 apr

6.000 apr

41.850

-246,41 €

Viajes y dietas

- CALCULANDO APROX 4 REUNIONES ORGANIZATIVAS CON EL RESTO DEL E.A.P. (5 PROFESIONALES)
- VIAJES Y DIETAS FORMACION COMPONENTES EQUIPO MEJORA (6 PROFESIONALES)
 - Distancia 100km x 2 = 200 km/dia
 - N. Prof = 6 • N. dias = 3 • Pl. km = 30 $(\frac{200 \times 6 \times 3 \times 30}{1000}) = 108.000 \text{pts}$
 - Dietas calcul. 1000pts/menu = $3 \times 6 \times 1000 = 18.000 \text{pts}$

25.000

126.000

151.000

-907,52 €

Otros gastos

- GASTOS DIAS FORMACION: (calculados para 3 dias por profesional)
 - 3 DIAS SUSTITUCION D.U.E x 3 PROF.
 - 3 DIAS SUSTITUCION H.G x 2 PROF.
- GASTOS DE PROFESORADO DE LAS INSTITUCIONES CON LAS QUE SE PIDE COLABORACION (NO INCLUIDOS POR DESCONOCIMIENTO DE SI VAN A COLABORAR GRATUITAMENTE O NO).
- PUZZLES PARA REALIZAR REHABILITACION.

63m 32.000

76.500

96.000

NO INCLUIDOS

10.000 apr

811.500 pts

4877,21 €

214.500
1289,17

3.1 - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Este proyecto fue presentado a la convocatoria anterior. La aplicación de la metodología empleada ha sido más lenta de lo que supusimos en principio.

Hasta el momento hemos realizado las dos primeras fases: Nos hemos puesto en contacto con los treinta y dos equipos del Área 3 presentando el proyecto. Los equipos han contestado un primer cuestionario, donde han expresado sus innovaciones.

Una vez trabajada la información recibida, estamos preparando el segundo cuestionario.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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.

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

Febrero 2002: Enviar el segundo cuestionario con las innovaciones introducidas para conocer la opinión de los equipos.

Abril 2002: Enviar el borrador de modelo de historia clínica domiciliaria.

Junio 2002: Registro definitivo y difusión en el Área.

Septiembre 2002: Pilotaje.

Diciembre 2002 – Enero 2003: Evaluación.

5 - 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. Zaragoza
En estas bibliografías constan documentos consensuados por el Área III para control y seguimiento de pacientes inmovilizados y / o terminales.
5. Protocolo de C. Paliativos a pacientes terminales. A. III. Zaragoza 1.997
6. Protocolo de C. Paliativos a pacientes terminales. A. II y V. Zaragoza. 1.997
En estos 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 Área V de Madrid.
8. Modelo de Hª domiciliaria. Área 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

1.- TITULO

Programa Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (2002)
(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
Domingo Casbas Vela	Médico	Cariñena
Manuel Granado González	Médico	Cariñena
Pilar Laborda Cebrian	Aux. Admtr.	Cariñena
Antonio Oto Negre	Médico	Cariñena
Israel Roig Bartolomé	Enfermero	Cariñena
Delfín Sarasa Piedrafita	Médico	Cariñena
Pilar Serrano Andres	Enfermera	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.-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 (III).
- 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.-Falta de formación en ecografía de los médicos interesados en el manejo del ecógrafo en el Centro de Salud.
- 9.- Desconocimiento de la situación actual de la Calidad del agua de consumo en nuestra ZBS.
- 10.- Falta de información al usuario acerca de la correcta utilización del Servicio de Urgencias.
11. Desconocimiento del modelo de Excelencia de la formación europea para la Gestión de la Calidad de los integrantes del EAP.
- 12.- Desconocimiento en cada momento de los días de licencia disfrutados por el personal del EAP:

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

Objetivo 1:

- 1.-La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: Valoración y proyectos de médicos y enfermeras. Atención Primaria 1994; 13, nº 6
- 2.-Atención domiciliaria 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 nº3
- 7.-Atención al paciente oncológico terminal en un distrito de AP. Atención Primaria 1997; 19 nº
- 8.-Guía de cuidados paliativos Area 11 Insalud-Madrid
- 9.-Guía de cuidados paliativos Area 4 Insalud- Madrid

Objetivo 2:

- 1.-Diaz Cadocriga FJ, Delgado alcaraz E. Diabetes tipoll. Manual para asistencia primaria. 1ª Edición-Barcelona: Abbot científica 1998
- 2.-Morañas Pallardo JP. Avances en diabetes. Madrid. Grupo Serta media 1997
- 3.-Albert KGMM, Zimmat P and Defrero RA. Internecanal Texbook of diabetes mellitus. 2ª edic.
- 4.-O'connor PJ, Rush Peterson J, Morden P, Cherney L, Keogh Chet al. Continuous Quality Improvement care improve glicemia can for HMO patients care whit diabetes. Arch Farm 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.

Objetivo 3:

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

Objetivo 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.

Objetivo 6:

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

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

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

Objetivo 7:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Continuar con el registro instaurado para conocer el número de pacientes neoplásicos de la ZBS, mejorar la formación en cuidados paliativos y establecer pautas conjuntas de actuación y registro en la historia clínica. (Anexo II)
2. Prevenir las complicaciones que se desarrollan por el mal control de la diabetes. Conseguir $Hb_{1AC} < 7$ mg. en el mayor nº posible de diabéticos. Reevaluación de la situación estudiada el año anterior. (Anexo III)
3. Tras conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, con las encuestas realizadas planificar cambios y /o acciones de mejora. (Anexo IV)
4. Puesta en funcionamiento y generalización del uso del programa de informatización del servicio de Urgencias, diseñado los años anteriores, evaluación del mismo por los profesionales. (Anexo V).
5. Analizar las modificaciones en el perfil de prescripción antibiótica tras las diversas intervenciones realizadas en el Centro/Área.
6. Realizar una adecuada prevención secundaria en los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica en la zona de salud.
7. Formación en ecografía del personal del EAP (Anexo VI).
8. Analizar las sugerencias o quejas de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto, realizar las medidas correctoras posibles y exponer los resultados junto al buzón de sugerencias.
9. Continuar la actualización de los protocolos clínicos del EAP.
10. Publicar los resultados de "la evaluación del circuito y los resultados del control de la anticoagulación oral en el medio rural" y realizar un estudio de minimización de costes (Anexo VII).
11. Realizar un estudio para valorar la Calidad del agua de consumo en las diferentes localidades incluidas en el Centro de Salud (Anexo VIII).
12. Realización de un tríptico informativo del uso racional del servicio de Urgencias.
13. Formación de personal del EAP en el modelo de Calidad EFQM, para iniciar una aproximación a dicho modelo de Gestión de la Calidad por parte de éste equipo de atención Primaria.
14. Creación de un nuevo registro de licencias del personal del EAP (Anexo IX).
15. Colaboración con el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario en el proyecto de mejora de la calidad de atención al paciente con traumatismo craneo-encefálico.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

CRONOGRAMA (Anexo X).

Se adjuntará cuando se pueda poner fecha a las actividades, por que el proyecto haya sido aprobado y conozcamos que aspectos del mismo se han seleccionado.

6 - RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO	
<u>Material inventariable</u>	<u>Euros</u>
Impresora para el ecógrafo (Mitsubishi modelo P91E)	1350
<u>Material fungible</u>	
Transparencias de ordenador	65
4.000 Trípticos	845
	910
<u>Viajes y dietas</u>	
Viajes a Madrid para curso ecografía y calidad	325
Dietas curso ecografía SEMG	900
Dietas curso calidad Escuela Nacional de Sanidad	360
	1585
<u>Otros gastos</u>	
Curso de Garantía de Calidad Escuela Nacional de Sanidad	249,64
Curso de ecografía de la SEMG	900
	1149,64

TOTAL Euros	4.994,64
--------------------	-----------------

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)

1.- TÍTULO. *MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA EN EL CENTRO DE SALUD "DELICIAS SUR" DE ZARAGOZA. APROXIMACIÓN AL MODELO DE EXCELENCIA DE LA FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTION DE LA CALIDAD.*

2.1.-RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: CARMEN IZAGUIRRE ZUGAZAGA

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

Dirección. C/ Dronda s/n

Localidad: Zaragoza *Código postal y Provincia:* 50007 Zaragoza

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

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA:

<i>Nombre y apellidos</i>	<i>Profesión</i>	<i>Centro de trabajo</i>
ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE	Médico	C. S. DELICIAS SUR
M ^a JESÚS CABAÑAS BRAVO	Pediatra	C. S. DELICIAS SUR
M ^a CLEOFÉ CRESPO MAINAR	Enfermera	C. S. DELICIAS SUR
M ^a PILAR LACARTA VICIOSO	Enfermera	C. S. DELICIAS SUR
JOSE CARLOS PÉREZ VILLARROYA	Médico	C. S. DELICIAS SUR
AURORA VILLANOVA LANUZA	Administrativa	C. S. DELICIAS SUR

3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

El Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) es un modelo no prescriptivo de autoevaluación que permite reflexionar en equipo sobre las actividades y resultados de un centro, enfrentándose a un modelo de excelencia, para elaborar posteriormente planes para la mejora continua de la organización. La gestión por procesos es un punto clave para poder aplicar este modelo.

El EAP del Centro de Salud Delicias Sur lleva mas de dos años trabajando de una manera organizada , mediante un grupo de calidad estable, en la mejora continua de la calidad asistencial y organizativa del Centro. La visión global que creemos ofrece el modelo EFQM puede ayudarnos a seguir en esta tarea de una manera mas sistemática.

Nos proponemos acercarnos al modelo EFQM trabajando aspectos de dos de los criterios de la autoevaluación : el Criterio 2, Estrategia y el Criterio 5 ,Procesos con el propósito de poder realizar en el futuro una autoevaluación del Centro.

Creemos que la sistematización que aporta la gestión por procesos, la posibilidad de identificar los procesos clave así como a sus responsables o propietarios y el hecho de poder medir con indicadores los principales procesos, nos dará la oportunidad de mejorar nuestra organización.

Pretendemos aplicar también esta metodología a la gestión de un proceso determinado por lo que hemos elegido el proceso de atención al diabético, que ya había sido priorizado en nuestro proyecto de mejora, debido a que constituye un proceso clave del que sospechamos existe gran variabilidad de actuación entre los distintos profesionales del equipo. El desarrollo del análisis de este proceso esperamos nos aporte también la posibilidad de mejorar en su conjunto el proceso mas global de atención al paciente crónico, del que la diabetes constituye un subproceso.

Dado que el conocimiento sobre el modelo EFQM de los integrantes del grupo de calidad es escaso nos proponemos utilizar el proyecto para iniciar la formación en la metodología de la aplicación del modelo EFQM y en la formación en gestión por procesos y de procesos.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:

- Iniciar la formación de los integrantes del grupo de calidad en el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad.
- Elaborar el mapa de procesos del Centro de Salud que nos permita identificar los procesos clave
- Asignar claramente los propietarios de los procesos
- Definir indicadores de los procesos que nos permitan su evaluación
- Implicar al resto de los profesionales del equipo una vez elaborado el mapa de procesos en la descripción de los subprocesos y en la definición de las actividades.
- Aplicar la metodología de gestión de procesos al proceso de atención al diabético con la finalidad de analizar su desarrollo así como conseguir estabilizar y mejorar dicho proceso.
- Continuar implicando a la comunidad en nuestro proyecto de mejora de calidad, definiendo de un modo mas sistemático el proceso de relaciones con el usuario, grupos de la comunidad y Consejo de Salud.

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

- Iniciar la formación del grupo de calidad en el modelo EFQM
 - Utilizar las reuniones semanales del grupo de calidad para, mediante la bibliografía disponible , comenzar a conocer la metodología y las bases conceptuales de la gestión por procesos y de lo que supone la gestión de un proceso.
Calendario: Febrero a Abril del 2002
 - Realizar, si existe oferta, actividades formativas sobre el modelo EFQM por parte de algunos de los integrantes del grupo
Calendario: A lo largo del 2002

- Elaborar el mapa de procesos del EAP: Trabajo en grupo de los integrantes del grupo de calidad para:
 - Analizar y recoger datos de las actividades que esta realizando el EAP "Delicias Sur" para identificar los procesos clave.
Calendario: Febrero a Junio de 2002
 - Crear la arquitectura del mapa de procesos del EAP, identificando los propietarios de cada proceso.
Calendario: Junio a Octubre de 2002
 - Definir indicadores de cada proceso clave
Calendario: Junio a Octubre de 2002

- Informar al EAP e implicar a mas miembros del Equipo mediante reuniones informativas , pidiendo en una fase mas avanzada participación de mas miembros del EAP para continuar con el mapa de procesos llegando a describir alguno de los subprocesos y de las actividades
Calendario: Febrero a Diciembre de 2002

- Nombrar a los propietarios de los procesos
Calendario: Octubre de 2002

- Desarrollo del proceso de atención al diabético:
 - Definición funcional del proceso, limites inicial y final y propietario
 - Misión y objetivos del proceso basados en las expectativas y necesidades del paciente
 - Definición de las actividades del proceso con sus características de calidad y recursos
 - Evaluación del proceso mediante la definición y medida de indicadores, tanto de eficiencia como de eficacia -indicadores de resultados- basados en guías de práctica clínica.
Calendario: Febrero a Junio de 2002.

- Estabilización y mejora del proceso de atención al diabético:
 - Aplicación de un plan de mejora que permita corregir los puntos débiles y mantener el proceso bajo control.
Calendario: Octubre a Diciembre de 2002.

- Análisis mediante metodología de gestión de procesos de la comunicación con los usuarios, grupos de la comunidad y Consejo de Salud.
 - Definir los subprocesos existentes en el proceso general de relaciones con la comunidad con sus límites, propietarios y objetivos
 - Definir las actividades que se realizan en cada uno de ellos con sus características de calidad
 - Elaborar algunos indicadores de evaluación
Calendario: Junio a Octubre de 2002

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIOS DE LA MISMA

1. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias (versión simplificada). Osakidetza. Diciembre 1999. *Guía elaborada adaptando los contenidos del modelo de Excelencia 2000 de la Fundación Europea de Gestión de la Calidad al ámbito sanitario. Se trata de una simplificación del modelo adaptado al ámbito sanitario y que incluye notas de apoyo para facilitar el trabajo de autoevaluación.*

2. Gené-Badía J, Jodar-Sola G., Peguero-Rodríguez E., Contel-Segura JC., Moliner-Molins C., The EFQM excellence model is useful for primary care teams. Family Practice 2001; 18: 407-409. *Mediante un estudio transversal se analiza la aplicabilidad y fiabilidad del cuestionario de autovaloración del modelo EFQM, concluyendo que el modelo es útil para su aplicación en Atención Primaria.*

3. Nabitz U.W., Klazinga N.S., .EFQM aproach and the Dutch Quality Award. Int J Health Care Qual Assur 1999; 12: 65-70. *Artículo que describe los*

antecedentes y el uso progresivo del modelo EFQM en los servicios sanitarios holandeses, además de describir su forma de aplicación.

4. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 45-49. *En este artículo también se describe en que consiste el modelo EFQM y su aplicación en el ámbito sanitario, así como las experiencias de su utilización en Alemania.*
5. Daniel i Diez J, Pascual I, Espelt P, Grifoll J., Basora J, Pous A., *Gestión por Procesos en un Equipo de Atención Primaria. Rev. Calidad Asistencial* 1999; 14: 247-254. *En este artículo se ofrecen unas bases conceptuales muy interesantes sobre la gestión por procesos, así como los resultados de una prueba de gestión por procesos en un Equipo de Atención Primaria.*
6. Zavala E., Larráz J.J, y cols. Proceso Asistencial del Parto Eutócico . *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 279-287. *El interés de este artículo se basa en que ofrece una muestra clara de lo que supone la gestión de un proceso en sanidad.*
7. 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.*
8. 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.*
9. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria (3 tomos), Ed. Dupont Pharma. *Texto muy completo de calidad asistencial que introduce la mayor*

parte de los aspectos de calidad en atención primaria: evaluación, monitorización, diseño de calidad e implementación de problemas.

10. Mejora continua de la Calidad del cuidado del paciente diabético en Atención Primaria de Salud. GEDAPS. *Programa informático que sigue el esquema propuesto en la Guía para el análisis de los resultados e indicadores de la Atención a la diabetes.*
11. American Diabetes Association. *Clical Practice Recommendations 2002.* Diabetes Care 2002; 25 (suppl 1): 1-135. *Recomendaciones anuales de la Asociación Americana de Diabetes para el diagnóstico, tratamiento y control del paciente diabético. Se utilizan en muchos países como referencia de calidad en la actuación sobre la persona diabética.*

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

	<u>Pesetas</u>
Material inventariable	
Ordenador portátil	300.000
6 aparatos de Automedida de T.A. braquial, marca OMRON	120.000
1 Medidor de Monóxido de carbono marca Bedfont	100.000
Material fungible:	
Fotocopias	75.000
Viajes y dietas:	250.000
Otros gastos:	
Inscripción a Cursos	200.000

<u>Total pesetas</u>	1.045.000
-----------------------------	------------------

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

1.- TITULO

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

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ARMANDO J. COLOMER SIMÓN

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

Dirección DUQUESA VILLAHERMOSA 66 - 68

Localidad ZARAGOZA Código postal y provincia 50010 ZARAGOZA

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

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Mannuel. Granada López	Enfermero	Hospital Provincial. Zaragoza
Ana Béjar ñiguez	Enfermera	H. Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza.
Mª Isabel García Marco	Enfermera	H. Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza.
Pilar Navaz Sánchez	Enfermera	H. Miguel Servet. Zaragoza.
Luis Benedí Sanz	Enfermero	H. Clinico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.
Mª Ángeles Rams Clamunt	Enfermera	H. San Jorge. Huesca.
Teresa Antoñanzas Lombarte	Enfermera	H. Clinico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.
Concha Rubio Soriano	Enfermera	H. Clinico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

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

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

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

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

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

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Bibliografía para los fundamentos teóricos de la propuesta:

- ALFARO, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Ed. Springer. Barcelona. 1998.
- CARPENITO, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1997.
- Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000. 25 Aniversario. Ed. Harcourt. Madrid, 1999
- GORDON, M. Diagnóstico Enfermero. Ed. Mosby / Doyma. Barcelona, 1996.
- JOHNSON, B.S. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. En Enfermería Profesional vols. 15 y 16. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 1999.
- LUIS, M.T. Los diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Ed. Masson. Barcelona 2000
- LUIS, M.T. Diagnósticos Enfermeros. Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1998.
- MEDINA, J.L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Ed. Laertes. Barcelona, 1999.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Ed. Harcourt. Madrid, 2001
- PELLETIER, L.R. Enfermería Psiquiátrica. Estudio de casos, diagnóstico y planes de cuidados. Ed. Doyma. Barcelona, 1989.
- RIGOL A.; UGALDE, M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Ed. Masson. Barcelona. 1999.

Anexo: Material disponible que puede ser aportado a requerimiento de la comisión de valoración:

- GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN.
- LISTADO DE CRITERIOS DE RESULTADOS DE ELECCIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.
- MATERIAL ORIENTATIVO PARA LA PLANIFICACIÓN (PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO – DIAGNÓSTICO NANDA – CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS ORIENTATIVAS – CRITERIOS DE RESULTADOS DE ELECCIÓN)
- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO:
 - Protocolo de Recepción del Paciente.
 - Protocolo de Valoración de Enfermería.
 - Programas de Cuidados:
 - Visitas familiares.
 - Lectura de prensa.
 - Ocio y tiempo libre.
 - Contención psíquica.
 - Contención mecánica.
 - Alta de enfermería.
 - Mantenimiento de las pertenencias.
 - Nutrición.
 - Mantenimiento de la salud.
 - Interacción social.
 - Higiene e imagen personal.
 - Higiene del sueño.
 - Ejercicio físico – movilidad.
 - Despertar.
 - Alimentación.
 - Adhesión al tratamiento.
 - Acogida del paciente y familia.
 - Diagnósticos de Enfermería (34 diagnósticos NANDA semi-estandarizados).
 - Información al paciente y familia.
 - Listado de criterios de resultados por programas de cuidados.
- UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NTRA. SRA. DEL PILAR):
 - Planes de Cuidados:
 - Higiene e imagen personal
 - Adherencia al tratamiento
 - Ejercicio físico – movilidad
 - Orientación en la realidad
 - Mantenimiento de la salud
 - Alimentación
 - Acompañamiento / contención
 - Despertar
 - Recepción del paciente
 - Mantenimiento del entorno y del hogar
 - Interacción social
 - Mantenimiento del entorno
 - Mantenimiento de las pertenencias
 - Nutrición
 - Higiene del sueño
 - Protocolo de recepción del paciente y familia:
 - Valoración preliminar.
 - Visita antes de ingreso.
 - Inventario de pertenencias.
 - Información al paciente y familia.
 - Derechos y deberes del residente.
 - Evaluación previa: lavado de cabello.
 - Evaluación previa: ducha.

- HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA):
 - Protocolo de Valoración de Enfermería.
 - Diagnósticos de Enfermería y Planes de Cuidados
 - Informe de Alta de Enfermería
 - Programas de Cuidados:
 - Lectura de prensa.
 - Expresión corporal / musicoterapia
 - Higiene del sueño
 - Preparación al alta
 - Recepción del paciente
 - Higiene y aseo personal
 - Ocio
 - Comidas
 - Despertar
 - Contención mecánica (restricción de movimientos)
 - Adherencia al tratamiento
 - Contención psicológica
 - Estudios y materiales publicados o en preparación:
 - Estudio sobre diagnósticos médico psiquiátricos (CIE – 10) / diagnósticos NANDA de Enfermería de pacientes hospitalizados. Ganador del primer premio de trabajos de investigación convocado por el Colegio Profesional de Enfermería de Huesca, año 2000
 - Evaluación de la importancia del informe de alta de Enfermería entre los equipos de AP y CSM del área de Huesca
- HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA. CENTRO DE SALUD MENTAL:
 - Protocolo de Valoración de Enfermería.
 - Diagnósticos de Enfermería.
 - Informe de Enfermería.
 - Programas de Cuidados individualizados.
 - Manuales de procedimientos incluidos en "Apuntes de enfermería psiquiátrica" Editado por Janssen. 1999.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

<i>Material inventariable</i>	<i>Pesetas</i>
Material docente audiovisual	100.000 Ptas.
Textos docentes	75.000 Ptas.
<i>Material fungible</i>	
Material docente (transparencias, fotocopias, etc.)	130.000 Ptas.
<i>Viajes y dietas</i>	
Viajes	100.000 Ptas.
<i>Otros gastos</i>	

TOTAL PESETAS

405.000 Ptas.

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2002)**



1. - TITULO

PROTOCOLIZACION ASISTENCIAL Y METODOLOGIA EVALUATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL CENTRO DE DIA

2.1. RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ANTONIO TARI GARCIA

Profesión PSIQUIATRA **Centro de trabajo** CENTRO DE DIA "ROMAREDA"

Dirección SUPERVIA, N° 26

Localidad ZARAGOZA **Código postal y provincia** 50006 ZARAGOZA

Teléfono 976568127 **Fax** ----- **Correo electrónico** atari@comz.org

2.2. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MANUEL PEREZ PASCUAL	Psicólogo	Centro de Día "Romareda"
FERNANDO CARDONA VILAR	Coordinador Taller Encuadernación	Centro de Día "Romareda"
ROSA GIMENEZ NAVARRO	A.T.S.	Centro de Día "Romareda"
MARIA VILLARROYA LACILLA	A.T.S.	Centro de Día "Romareda"
ASCENSION BIELSA MONZON	Jefe de Unidad en Terapia Ocupacional	Centro de Día "Romareda"
ISABEL PEÑA JUAN	Jefe de Unidad en Terapia Ocupacional	Centro de Día "Romareda"
ISIDRO PEÑA JUAN	Aux. Psiquiátrico	Centro de Día "Romareda"
RAQUEL CARNEIRO LAZARO	Terapeuta Ocupacional	Centro de Día "Romareda"
RAQUEL TRAMULLAS GASCON	Aux. Administrativo	Centro de Día "Romareda"
ROSA GARCES	Psicóloga	Voluntaria Centro de Día "Romareda"

Anexo 2 **Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2002)**

3.1. - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Se observa una tendencia en las estructuras intermedias, recogida también en la literatura internacional, a sustituir sus objetivos genéricos rehabilitadores y de reinserción social por el alojamiento y sostén de los pacientes. Dos fenómenos característicos de esta tendencia son:

- La rutina de la gestión de un número limitado de usuarios por tiempo indefinido
- No se abordan los procesos que mantienen inmodificables los comportamientos desocializados y las relaciones disfuncionales entre paciente y contexto de vida.

Dichos fenómenos son observados por nuestro equipo en nuestro Centro de Día y en dispositivos similares al nuestro.

Spivak (1987) enuncia aquellos factores agrupados en categorías que contribuyen a dejar inmodificados los procesos crónicos de los pacientes:

1. Estilo de trabajo
2. Falta de recursos institucionales
3. Organización disfuncional
4. Falta de recursos en el territorio

3.2. - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Priorizamos como causa del problema para la mejora de la calidad asistencial el estilo de trabajo, estableciendo qué intervenciones realizar momento a momento, con el fin de aumentar la articulación social mediante la protocolización de la asistencia y de una metodología evaluativa sobre la eficacia asistencial.

La calidad estará representada de este modo por la correspondencia entre outcome esperado y outcome obtenido.

Establecimiento de protocolo asistencial para el 100 % de los pacientes atendidos en el Centro de Día durante el presente año, así como una metodología de evaluación de las intervenciones incluidas en el protocolo. Este protocolo se basará fundamentalmente en la realización de un Programa Individualizado de Rehabilitación para cada uno de los integrantes de los distintos Programas del Centro de Día así como la evaluación semestral y anual sistemática de dichos Programas de Intervención.

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2002)**

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

La secuencia del método esquemáticamente será la siguiente (cada uno de los momentos deberá incluir la documentación escrita pertinente):

1. Identificación de problemas. Se enumeran las siguientes áreas de dificultades prioritarias de los pacientes en los distintos programas (cada programa trata con pacientes en un determinado nivel de dificultades): residencial, familia, trabajo, espacio social y recreativo y cuidado de sí y del ambiente. A partir del establecimiento de las áreas de dificultades, estas se valorarán con escalas a fin de poder cuantificarlas en lo posible. Las escalas a utilizar serán dos: la escala de Ciompi y la M.R.S. Aquí incluimos el Subprograma de Detección de necesidades psicoterapéuticas en pacientes con TMG. Esta identificación de problemas deberá estar realizada a finales de Marzo de 2002.
2. Elaboración de un PIR (Programa Individualizado de Rehabilitación) para cada uno de los integrantes en los distintos Programas. A finales de Abril de 2002.
3. Aplicación de los métodos de intervención, previo análisis de la congruencia de los espacios y métodos de intervención existentes en función de los objetivos a alcanzar. Hasta finales del año 2002.
4. Evaluación de los objetivos alcanzados. Se realizará una evaluación continuada en los espacios previstos en el funcionamiento normal del Centro de Día y de manera estandarizada mediante las escalas establecidas, una primera evaluación a finales de Junio-mediados de Julio y la evaluación final en Diciembre de 2002.

5. - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

CASARINO, J. P.; et al (1982)

"American Association for Partial Hospitalization (AAHP) standarts and guidelines for partial hospitalization"

Int. J. Partial Hospitalization 1:5-21

Plantea la necesidad del estudio de las necesidades de la población asistida como guía de planificación.

Los éxitos o la efectividad de los programas, las necesidades y los objetivos están claramente relacionados entre sí. La definición de uno define a los otros dos, y solucionar los problemas de medición respecto a uno de ellos abrirá el camino para avences empíricos a lo largo de las dimensiones que ocupan los otros.

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2002)**

5. - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Casarino y col., 1982, en un artículo titulado "Estándares y Directrices para la Hospitalización Parcial concluye:

"Aunque estas funciones y objetivos son bastante extensos, hacen resaltar dos puntos significativos:

(1) Los programas individuales de la hospitalización parcial deben diseñarse para realizar una función específica; y

(2) Los objetivos del programa deben ser deducidos de las necesidades de los individuos que están siendo tratados; estos objetivos están generalmente basados en niveles de funcionamiento más bien que en el diagnóstico sólo. En otros estudios también se han descrito funciones similares para la hospitalización parcial que reflejaban objetivos de tratamiento comparables (APA/CHAMPUS, 1979; Weiss y Dubin, 1982; West, Casarino, DiBella y Gross, 1980).

RÄKKOLÄINEN, V.; LEHTINEN, K.; ALANEN, Y.O. (1990)

"Tratamiento de la psicosis esquizofrénica adaptado a las necesidades: El papel esencial de las reuniones terapéuticas centradas en la familia". Revista de la A.E.N. nº 36, 3-7.

Describen los autores parte del modelo de tratamiento de la psicosis empleado en Turku y extendido a otras áreas de Finlandia. Muy interesante por ser un modelo adaptado a las necesidades y basado en una orientación psicoterapéutica, replicado en diferentes áreas del país y con una evaluación rigurosa.

BRUGHA T.S., WING J.K., SMITH B.L. (1989)

"Physical health of long-term mentally ill in the community. Is there an unmet need? Brit. J. of Psychiat., 155, 777-782.

Recoger aquí una conclusión de los autores que apoya la pertinencia del intento de protocolización de la asistencia en las estructuras intermedias: "Hay una sustancial literatura sobre cuidados de día en los Estados Unidos, la mayoría en relación con la práctica o con las actividades de los C.M.H.C. Sin embargo hay una general pobreza, tanto en Norteamérica como en Europa, de detallados estudios sobre los problemas clínicos y sociales de los clientes de las Unidades de Día, con la finalidad de entender el lugar del "day-care" dentro del contexto de un servicio comunitario".

MOSHER, L.R. and KEITH, S.J. (1980)

"Psychosocial treatment: Individual, group, family and community support approaches". Schizophrenia Bulletin 6:10-40.

Los autores hacen una revisión empírica de los distintos enfoques avalando su uso en el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales graves.

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2002)**

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

TANTAM, D.; MCGRATH, G. (1989)

"Psychiatric day hospitals- Another route to institutionalization?" The International Journal of Social Psychiatry, nº 24, 96-101.

McGrath y Tantam (1987) en un estudio previo de seguimiento de un Hospital de Día adjunto a una Unidad Psiquiátrica de un Hospital General Universitario señala que "el 59 % de las plazas eran ocupadas por pacientes que habían permanecido por encima de un año y el único factor que diferenciaba a estos pacientes de aquellos que ocupaban las otras plazas era la duración previa de la enfermedad, sugiriendo que todas las plazas en este Hospital de día fueron ocupadas por pacientes que habían llegado o estaban destinados a llegar pacientes de día de larga duración". Datos similares ya habían sido recogidos por otros autores como Pryce (1982), Creed et al (1989).

En un artículo más reciente, Tantam y McGrath (1989), sostienen que un fenómeno similar al "institucionalismo" descrito por Wing en los Hospitales Psiquiátricos se puede estar dando en la atención al paciente de día crónico.

CIOMPI, L.; DANWALDER, H.P.; AGUE, C. (1987)

"Un programma de ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico" Psicoterapia e Scienze humane, 21, 4, 45-64.

Este trabajo consiste en una exposición detallada de uno de los trabajos pioneros de la escuela suiza de Rehabilitación. Muy interesante la sistematización y los indicadores que utilizan para la evaluación de su programa.

ARDIGO, W.; G. DE GIROLAMO (1987)

"Note introduttive sulla riabilitazione in psichiatria" Psicoterapia e Scienze humane nº 4
Este trabajo consiste en una introducción y síntesis del trabajo de Ciompi, al que añaden útiles reflexiones de los autores a partir de la experiencia italiana en el campo de la rehabilitación.

SPIVAK, M. (1987)

"Introduzione alla riabilitazione sociale. Teoria, tecnologia e metodi di intervento" Riv. Sper. Freniatria, CXI, 3, 522-574.

Spivak realiza una exposición detallada tanto de, cómo entiende la cronicidad como una progresiva espiral de desocialización, como una metodología detallada de las intervenciones para invertirla.

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2002)**

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

ROSIE, J.S. (1987)

"Partial hospitalization: a review of the literature" *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1291-1299.

Se ha aceptado generalmente que la hospitalización parcial ofrece la oportunidad de una interacción terapéutica entre la experiencia que el paciente obtiene en el programa de tratamiento y la que adquiere en la comunidad, así como la mayor eficacia y menor coste respecto a la hospitalización completa. Sin embargo a pesar de los numerosos trabajos realizados, la complejidad de los servicios implicados, la diversidad de las metodologías utilizadas y la variedad de los pacientes estudiados han hecho imposible aplicar los resultados de unas investigaciones a otras, e inviable la comparación entre centros.

SALOKANGAS R.K.K. et al. (1991)

"Need for community care among psychotic outpatients" *Acta Psychiat. Scand.*, 84, 191-196.

Nuestros puntos de vista sobre necesidad de cuidados para pacientes psiquiátricos ha cambiado. El estrecho concepto de desorden clínico que se focaliza en los síntomas ha cambiado hacia un punto de vista más amplio que incluye discapacidad social y sus componentes. Lo mismo se puede aplicar a nuestro concepto de necesidad de cuidado, que ahora incluye no solo el cuidado médico tradicional sino también varias medidas rehabilitadoras para restaurar las habilidades sociales del paciente y el soporte para ellas en las actividades diarias. En esta situación de cambio rápido, es importante para el desarrollo de los servicios, el conocimiento de cuales son las necesidades de los pacientes psiquiátricos en la comunidad.

ZURRO HERNANDEZ, J.; SANTIAGO-JUAREZ LOPEZ, J.A.; ALVAREZ, E. (2001)

"Curso de Autoevaluación de la calidad asistencial en Consultas. Psiquiatría". Monografía I, II y III.

Es una útil y resumida introducción al tema de la calidad asistencial en Psiquiatría. Especialmente interesantes me han parecido los capítulos de Calidad y Marketing. Respecto a la Autoevaluación de la calidad de las consultas me ha parecido que tiene una orientación excesivamente hospitalaria.

GARCIA GONZALEZ, J. (1992)

"Fundamentos y medidas operativas de la rehabilitación en psiquiatría comunitaria" *Clínica y Salud*, Vol. 3, nº 1, pp. 67-76.

El autor realiza una aproximación epistemológica al concepto de cronicidad, enunciando los espacios de la rehabilitación, señalando la importancia de una planteamiento transversal de ésta y definiendo las áreas de rehabilitación siguiendo a Spivak.

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2002)**

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

AFFLECK, J.W.; McGUIRE, R. (1984)

"The measurement of Psychiatric Rehabilitation Status. A review of the needs and a new scale". British Journal of Psychiatry 145, 517-525.

Los autores plantean la necesidad de tener instrumentos fiables y sencillos para medir el outcome de los pacientes con problemas mentales crónicos. Realizan un estudio detallado y comparativo con otros instrumentos de medida.

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2002)**

6. RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA

<i>Material inventariable</i>	<i>Pesetas</i>
Scanner e impresora laser	100.000.-
Mesa de ordenador	40.000.-
Libros	50.000.-
<i>Material fungible</i>	
Cuestionarios	10.000.-
Fotocopias	15.000.-
<i>Viajes y dietas</i>	
Congreso Arapdis 26-30 de Mayo de 2002 (2 profesionales) - Inscripción	120.000.-
Dietas (Hotel)	100.000.-
Visita a Red Centros de Día de Barcelona	0.-
<i>Otros gastos</i>	
	50.000.-

TOTAL PESETAS

485.000.-

1.- TITULO**PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA MUJERES INMIGRANTES DE ZARAGOZA**2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Mauricio Tajada Duaso

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

Dirección Avda. Ilustración 21, casa 109

Localidad Zaragoza Código postal y provincia 50012, Zaragoza

Teléfono 976755806 Fax Correo electrónico ib307122@public.ibercaja.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ernesto Fabre González	Ginecólogo (jefe de Servicio)	HCU Zaragoza
Pilar Pérez Hiraldo	Ginecóloga (jefe de Servicio)	HCU Zaragoza
Marta Sánchez - Dehesa	MIR ginecología	HCU Zaragoza
Sira Repollés Lasheras	Ginecóloga (FEA)	HCU Zaragoza
Beatriz Rojas Marcos	MIR ginecología	HCU Zaragoza
Enrique De La Figuera	Médico de familia	CS Delicias Sur Zaragoza
Fernando Grimald Aliacar	Médico de familia	CS Delicias Sur Zaragoza
Benita Alonso Gotor	Matrona	CS Delicias Sur Zaragoza

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Población objeto: Mujeres inmigrantes que dan a luz en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza durante el año 2.002.

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

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

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

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos generales

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

Objetivos Específicos

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

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

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

Actividad 1- Estudio epidemiológico de las mujeres inmigrantes que dan a luz en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza durante el año 2.002 (ver ficha). Identificación real de la problemática sentida por la comunidad inmigrante en relación con su salud sexual y reproductiva. → Enero – Diciembre 2.002 (ya en curso)

Actividad 2- Selección y formación de mediadoras. El perfil recomendado será el de mujer inmigrante con amplio conocimiento del idioma castellano, buenos dotes de comunicación y con sensibilización hacia la problemática sanitaria aquí tratada. Las sesiones de formación serán teórico-prácticas e impartidas por los profesionales sanitarios del equipo de mejora y voluntarios de Médicos del Mundo (Codef y El Tranvía ya han ofertado sus instalaciones para el proyecto y se está trabajando en la selección de posibles candidatas). → Abril – Junio 2.002

Actividad 3- A lo largo de las sesiones se diseñará material educativo para su posterior divulgación entre los usuarios y usuarias de los talleres. Dicho material será elaborado conjuntamente por los monitores y las mediadoras. → Abril – Junio 2.002

Actividad 4- Desarrollo de los programas formativos en colaboración con las asociaciones de inmigrantes y otros colectivos. La formación se propone realizar mensualmente en forma de talleres, a partir del material didáctico elaborado (en función de las mediadoras seleccionadas y capacitadas). → Mayo – Diciembre 2.002

Actividad 5- Memoria anual. → Fin del proyecto (diciembre 2.002 o según retrasos)
La mejora de calidad en la asistencia a la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes de nuestra área de salud es el objetivo final del proyecto. Sin embargo, la verificación de los resultados obtenidos a través de las actividades programadas al cabo de un año de inicio del proyecto, puede resultar prematuro para alcanzar la totalidad de los objetivos pretendidos. Nuestra intención es iniciar una dinámica de trabajo con colaboración entre los profesionales de atención primaria, especializada y asociaciones de inmigrantes cuyos frutos se podrán determinar con mayor objetividad a lo largo de sucesivos años de trabajo.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

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

En la última década España se ha convertido en un centro de inmigración; su situación geográfica y sus características culturales hacen de nuestro país un lugar de paso para los flujos migratorios procedentes tanto de África como de Latinoamérica (inmigración económica). Por otra parte, España recibe inmigrantes de la Europa

occidental y últimamente está aumentando el número de personas que llegan procedentes de la Europa del Este. El ritmo de crecimiento de la inmigración ha ido incrementándose progresivamente con un mayor aumento durante el año 2000, posiblemente motivado por la regularización de un importante número de inmigrantes debido a los cambios legales realizados en su transcurso.

En relación con Aragón, hasta hace pocos años, la emigración había sido una de las principales causas de la pérdida de población y del abandono de muchos pueblos de la región que quedaron prácticamente deshabitados. El desarrollo industrial de Zaragoza no fue suficiente para compensar el atractivo de otras ciudades como Barcelona, Madrid, o Bilbao. Sin embargo, el panorama demográfico ha cambiado sensiblemente, advirtiéndose un cambio de signo en los flujos migratorios de Zaragoza y Huesca desde los primeros años de la pasada década. Una parte de estos nuevos habitantes son extranjeros incorporados primordialmente al sector industrial y en mucha menor medida al campo, la construcción e incluso la minería. Mas del 82 % de la población extranjera afincada en Aragón se encuentra en la provincia de Zaragoza, un 13 % reside en Huesca y el 5 % restante en Teruel.

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

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

El número de inmigrantes empadronados en Zaragoza ha aumentado en un 128% en poco más de un año. Según datos del censo municipal la población inmigrante ha pasado de 6.812 personas registradas en enero del 2000 a las 15.548 en febrero del 2001. Este reciente aumento es aún mucho más evidente en relación con las altas tasas de natalidad de estas comunidades. Así, de 1.867 partos asistidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" durante el pasado año 2.001, 233 nacimientos fueron hijos de extranjeros, lo que supone un 12.47% de todos los recién nacidos, un porcentaje muy superior al de años anteriores e importante al considerar algunas

características especiales en relación con su salud sexual y reproductiva:

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

*Unas palabras en relación con la mutilación genital femenina

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

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

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

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

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

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

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

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

Universitario de Zaragoza.

Consecuencias físicas de la MGF

Inmediatas

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

A largo plazo

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

Consecuencias psicológicas de la MGF

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

Tipos de MGF:

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

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

1.-TITULO: Puesta en marcha de la "Guía Clínica de Actuación ante pacientes con traumatismo craneal "en los Servicios de Urgencias Hospitalarios y los Centros de Salud del Area III.

2.1.-RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **Miguel Rivas Jiménez**
 Profesión: **Coordinador del Servicio de Urgencias.**
 Centro de trabajo: **Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"**
 Dirección: **Av. San Juan Bosco, 15, (50009)**
 Localidad: **Zaragoza**
 Teléfono: **976-556400. Busca: 75**
 Correo electrónico: **urge-rivas@hcu-lblesa.es**

2.2.-OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Angel Suárez Pinilla	Jefe de Sección. Unidad de Cuidados Intensivos.	Hospital Clínico Universitario.
Julián Mozota Duarte	Médico Adjunto Servicio de Urgencias. Coordinador de Calidad del Servicio.	Hospital Clínico Universitario.
Jose Luis Alcega Tirado	Enfermero del Servicio de Urgencias. Miembro del equipo de calidad	Hospital Clínico Universitario.
María Dolores Sada Cañizares.	Supervisora de enfermería. Servicio Urgencias.	Hospital Clínico Universitario.
Antonio Oto Negre	Médico de Familia. Miembro equipo de calidad.	Centro de Salud de Cariñena.
Angel Antoñanzas Lombarte	Coordinador del C. De Salud. Responsable de Calidad del Centro.	Centro de Salud de Delicias Sur.
Maria Luisa Catalán Ladrón	Coordinador Médico del Servicio de Urgencias.	Hospital de Calatayud
Diana Gajón Lozano	Médico Residente Medicina de Familia	Hospital Clínico Universitario.
Natalia Quintana Martínez-Vara de Rey	Médico Residente Medicina de Familia	Hospital Clínico Universitario.
Alicia Marco Tejero	Médico Residente Medicina de Familia	Hospital Clínico Universitario.
Alexandra Prados Torres	Subdirección Médica	Hospital Clínico Universitario.
Javier Moliner Lahoz	Coordinador Calidad	Hospital Clínico Universitario.

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

Tanto el traumatismo craneal (T.C.) como el traumatismo cráneoencefálico (T.C.E.) han adquirido proporciones epidémicas en nuestra sociedad. En general, los traumatismos representan la primera causa de muerte e incapacidad en la población por debajo de los 40 años de edad y , aproximadamente en el 70 % de los casos, el T.C.E. es la causa de la muerte del paciente, siendo el accidente de tráfico el motivo más frecuente de TCE en los pacientes industrializados.

Recientemente se ha demostrado que el 10 % de los pacientes hospitalizados por un TCE lo presentan grave, es decir, con una Escala de Coma de Glasgow inferior o igual a 8 puntos, incrementándose en la última década la proporción de T.C. y T.C.E., considerados con los protocolos anteriores existentes como "leves", que han presentado complicaciones graves después de haber superado las primeras horas del trauma. La calidad de la asistencia prehospitalaria y de la ofrecida por el primer profesional que atiende al paciente neurotraumático es fundamental para minimizar las lesiones secundarias y, por tanto, para mejorar el pronóstico del TCE.

Junto a ello, se hace necesario cada vez más asegurar una continuidad en la observación y seguimiento de los pacientes con T.C. o T.C.E. leves una vez dados de alta desde el hospital, comarcal o de otro nivel, por parte del médico de familia y/o los familiares del paciente, sin necesidad del uso de la tecnología, basándose en "signos y síntomas de alarma" que les hagan sospechar la existencia de lesiones secundarias y otras complicaciones que pudieran poner en peligro la vida del paciente.

En una revisión realizada, a lo largo del año 2001, en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario, se objetivó la existencia de varios "casos centinela" con puntuaciones en la Escala de coma de Glasgow compatibles con la normalidad y que se acompañaron, una vez dados de alta, de complicaciones graves. Dicho problema no sólo genera un coste sobreañadido, en términos de morbimortalidad y de uso racional de recursos hospitalarios, sino que en múltiples ocasiones es motivo de denuncia a los profesionales y centros sanitarios. Por otra parte refleja un pproble de salud que necesita una evidente mejora y reforma en la calidad asistencial prestada.

Esta situación no es en absoluto privativa de nuesro entorno, sino que se viene observando en todos los países del mundo industrializado y está obligando a la creación de una serie de "guías de práctica clínica" para ayudar en la toma de decisiones tanto a profesionales como a usuarios, quienes las utilizan como una herramienta de utilidad demostrada. Así, se ha publicado en EE.UU. guías de práctica ante pacientes adultos con T.C.E. financiadas por la "Brain Trauma Foundation", y el "European Brain Injury Consortiun" ha publicado otros protocolos con el mismo fin par a la atención pre y hospitalaria al neurotrauma.

3.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS EN EL PROYECTO DE MEJORA

- Realización de un estudio epidemiológico retrospectivo de los Servicios de Urgencia Hospitalarios del Area III de Zaragoza (Hospital Comarcal de Calatayud y Hospital Clínico Universitario de Zaragoza) para cuantificar la importancia del problema.
- Creación de una "Guía de Práctica Clínica" para la atención, prehospitalaria por parte del médico de familia, hospitalaria y tras el alta en los pacientes con T.C. y TCE atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del Area III.
- Difundir esa guía entre todos los profesionales responsables de la Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias del área III y, posteriormente, de nuestra Comunidad Autónoma.
- Evaluar el seguimiento de este documento en la asistencia a los pacientes con neurotrauma en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del Area III, en un centro de salud urbano (Delicias Sur, de Zaragoza) y en un centro rural (Centro de Salud de Cariñena) aplicando un estudio transversal, con metodología de control de calidad, de los pacientes atendidos en seis meses.
- Iniciar la creación de una base de datos informatizada de pacientes con T.C.E. de nuestro área para seguir su evolución en el tiempo y poder estudiar las variables clínicas y epidemiológicas que incidan en el pronósticos de estos pacientes.

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

El proyecto tiene varias fases:

- Estudio epidemiológico retrospectivo de los TCE y TC atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del Area III.
(Duración: 1 mes)
- Elaboración de la "Guía para la atención del paciente con Trauma Craneal y/o Traumatismo Cráneo Encefálico" a partir de una búsqueda de bibliografía con la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia, y las distintas recomendaciones de las Guías Clínicas existentes en la actualidad.
(Duración: 2 meses)
- Edición del material (folletos, trípticos).
(Duración: 1 mes)
- Divulgación de la Guía entre los profesionales de los Servicios de Urgencias y los Centros de Atención Primaria.
(Duración: 2 meses)
- Evaluación de la Calidad: Seleccionar una muestra de los destinatarios de las recomendaciones y comprobar, mediante encuesta, su conocimiento de la guía. Evaluar, a los 6 meses, los resultados encontrados en la mejora de los indicadores de calidad asistencial en una muestra representativa de los T.C. y los T.C.E. atendidos en los dos centros de salud mencionados y los Servicios de Urgencias de los Hospitales del Area III.
(Duración: 6 meses)

5.-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Grupo de Trabajo del Traumatismo Cráneoencefálico en Cataluña. Recomendaciones en la valoración y tratamiento inicial del traumatismo cráneoencefálico. Med Clin (Barc) 1999; 112:264-269.
2. Grupo de Trabajo de Neurología Crítica de la Asociación Catalana de Medicina Intensiva (Neuro ACMI). Recomendaciones en el tratamiento médico del traumatismo cráneoencefálico grave. Med Clin (Barc) 2000; 114:499-505.

" Quizás sea en la actualidad la mejor guía de actuación ante traumatismos craneales existente en España. Realizado por un grupo de trabajo multifactorial y con dos vertientes diferenciadas: la del trauma leve o moderado y la del trauma grave. Presenta recomendaciones de seguimiento para el médico de familia y los pacientes y varios protocolos relacionados con los distintos niveles asistenciales."

3. Ley L, Parajón A, Vaquero J. Traumatismos cráneoencefálicos. En: Guías de Actuación en Urgencias. M.S. Moyá. Clínica Puerta de Hierro. Mc Graw Hill Interamericana. 1999. Madrid.

" Expresa de forma muy práctica las recomendaciones más útiles para la petición de pruebas radiológicas: placas de cráneo, TAC cerebral, etc."

4. The Brain Trauma Foundation. "Guidelines for the management of Several Head Injuries". J Neurotrauma 1996; 13: 643-734.

" Es la guía de práctica clínica de elección en la asistencia al neurotrauma grave en los Estados Unidos de Norteamérica. No habla del trauma leve. Excelente revisión bibliográfica"

5. Algoritmos de actuación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. INSALUD. Madrid. 1995.

" Documento oficial inicial de actuación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del INSALUD".

6.-RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

	Pesetas
Material inventariable	
Equipos informáticos	700.000
Material fungible	
Editar documentación (folletos, trípticos)	150.000
Viajes y dietas	
Reuniones del grupo de trabajo	100.000
Asistencia a reuniones científicas y de divulgación	200.000
Total	1.150.000

1. Título:**Elaboración y validación de un sistema para la evaluación de la gestión clínica de los servicios del Hospital****2.1. Responsable del proyecto***Nombre:*

J. Ignacio Barrasa Villar

Profesión:

Coordinador del Gabinete de Información Sanitaria del HCU. FEA del Servicio del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

Centro de trabajo:

Hospital Clínico Universitario Lozano)

Dirección:

HCU "Lozano Blesa"

Gabinete de Información Sanitaria (planta 1 Gerencia)

Avda San Juan Bosco nº 15. 50009 Zaragoza

Tfno: 976 765 798*Fax:* 976 565 995*Correo electrónico:*esta-barrasa@hcu-lblesa.es**2.2. Otros componentes del equipo de mejora:**

Moliner Lahoz, Javier	Coordinador Calidad	Hospital Lozano Blesa
García Montero JIgnacio	MIR-3 MPy SP	Hospital Lozano Blesa
Arnal Soriano, J Antonio	Director Médico	Hospital Lozano Blesa
Prados Torres, Alexandra	Subdirectora Médica SC	Hospital Lozano Blesa
Callén Sevilla, Luis A.	Subdirector Médico SM	Hospital Lozano Blesa
Ramirez GascaTeresa	Subdirectora Médica SQ	Hospital Lozano Blesa

3.1. Oportunidades de mejora y problemas detectados

- Un elemento sustancial de la Dirección por Objetivos es la evaluación de los objetivos que se pactan. En nuestro hospital, pese a esa necesidad de evaluar la actividad de los diferentes servicios, no disponemos hoy por hoy de un sistema fiable, válido, transparente y aceptado que sirva para realizar esa evaluación de forma objetiva y que, por tanto, facilite la introducción de la cultura de la gestión clínica en el centro.
- Las evaluaciones que se han hecho hasta ahora han sido siempre con sistemas de valoración (reglas de juego) poco explícitos y diseñados *a posteriori*, cuando la actividad ya estaba hecha y seleccionando solo determinados indicadores muy concretos, a menudo cambiantes de un año a otro, y que únicamente lograban reflejar de forma muy parcial y un tanto arbitraria la actividad global de un servicio
- Estos sistemas han sido en general poco aceptados y de poca utilidad
- Se necesitaría disponer de un sistema de evaluación aceptado y claro que sirviera de ayuda a la Dirección por Objetivos y que ayudara a dirigir el rumbo del hospital hacia las metas que se prefijaran, incentivando a los servicios que cumplieran sus compromisos y señalando los problemas y posibilidades de mejora a los que no lo hicieran.

3.2. Objetivos que se espera conseguir:

- La introducción de esta herramienta es un paso importante para asentar la cultura de la gestión por objetivos (definición y pacto \Rightarrow evaluación \Rightarrow incentivos) en nuestro Centro, evaluando de una manera rigurosa y objetiva el cumplimiento del compromiso de sus profesionales con los objetivos del hospital
- Se pretende elaborar y validar un sistema de evaluación de la gestión clínica de los servicios que reúna los siguientes requisitos:
 - a) Las actividades a evaluar en los servicios deben ser suficientemente *representativas* de la carga asistencial global de cada unidad y estar relacionadas con objetivos concretos que el hospital pretende conseguir (*congruentes y pertinentes*). Además, deben ser perfectamente *especificadas y pactadas a principios* de año con cada uno de los servicios.
 - b) Deben ligar objetivos puramente asistenciales con otros económicos y de calidad.
 - c) La evaluación de dichas actividades debe hacerse a partir de indicadores que estén *disponibles* en el sistema de información habitual del hospital y, por tanto, *accesibles* a los propios servicios que van a ser evaluados
 - d) Todos los datos utilizados deben tener garantías de *veracidad y objetividad*; es decir, deben tener un fundamento real en actividades asistenciales concretas que pueden contrastarse. Si se hiciera una auditoría en profundidad, tendríamos que ser capaces de identificar uno a uno, los nombres de los pacientes que han dado lugar a esos datos.
 - e) Los resultados de la evaluación han de poder comprobarse. Una vez obtenidos los datos, cualquier persona podría *reproducir* la evaluación y obtener los mismos resultados
 - f) Los indicadores seleccionados debe ser *estables* en el tiempo (no ocasionales o fortuitos), y a ser posible de *uso contrastado y extendido* en otros centros hospitalarios.
 - g) Además, el sistema de evaluación y su mecanismo de calificación y puntuación debe ser *aceptado y conocido* antes de su aplicación por los diferentes servicios y órganos de representación.

4. Plan de mejora, método y actividades para mejorar la situación detectada:

Las fases del proyecto son las siguientes:

- a) Selección de indicadores relevantes (clave) tanto asistenciales como de calidad y económicos para el centro y cada uno de los servicios.
- b) Descripción de cada indicador, de su importancia, de su relación con algún objetivo del hospital y de las variaciones aceptadas en la evaluación.
- c) Agrupación de servicios en función de los indicadores compartidos que les afecten y construcción de modelos de evaluación en cada uno de esos grupos.
- d) Establecimiento de un sistema de ponderación homogéneo para cada uno de los grupos de indicadores (actividad, calidad, económicos) y reparto de dicha ponderación en función de las posibles variaciones de cada indicador en cada modelo de evaluación. Todos los servicios serán calificados en relación a una puntuación máxima de 100 puntos
- e) Aprobación del sistema por la Comisión de Dirección del Centro.
- f) Presentación y aprobación del sistema por la Comisión Mixta
- g) Difusión a los servicios para recoger sugerencias y propuestas.
- h) Aprobación definitiva del sistema por la Comisión Mixta y de Dirección
- i) Aplicación del sistema y difusión de los resultados a los servicios para tratar de corregir errores y modificar indicadores sesgados por factores conocidos solo por los servicios.
- j) Creación de bases de datos y aplicación informática específica para automatizar el sistema de evaluación.
- k) En años posteriores, pacto de objetivos clave (los que van a ser objeto de evaluación) con los servicios y difusión periódica a los servicios de la evolución de su evaluación

Actividad	Tiempo aprox.
Fases a) a la g)	ya realizadas
Resto de las fases h) a la k)	1 año

5. Bibliografía consultada

Matesanz R. Gestión Clínica: ¿por qué y para qué? Med Clin (Barc) 2001; 117:222-226

El ex Director General del Insalud perfila en este artículo las grandes variables que definen la situación actual de nuestro Sistema Nacional de Salud y la necesidad que emana de esa situación de profundizar en la autonomía de gestión de los centros y en la gestión clínica de las unidades o servicios como mecanismo para ir transfiriendo las responsabilidades y los riesgos al nivel en el que realmente se produce la gestión, se ordena el gasto, se genera la calidad y se propicia o no la satisfacción de los pacientes

Errasti, F. Principios de Gestión Sanitaria Ed Díaz de Santos. Madrid 1997

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

Manual muy sencillo y claro que repasa tanto aspectos generales de la gestión sanitaria (sistemas sanitarios, economía de la salud,...) como específicos de la gestión hospitalaria (producto hospitalario, dirección por objetivos, ...)

Asenjo MA, Bohigas LL, Trilla A, Prat Gestión diaria del hospital. ed Masson Barcelona 1998

Otro manual también básico pero más específico de gestión hospitalaria y con un grupo de anexos con cuadros de indicadores muy abundante y verdaderamente ilustrativos

Asenjo MA El hospital como empresa Med Clin (Barc) 1991; 96:780-783

6. Recursos solicitados y valoración económica

Concepto	€
Material inventariable	
Bibliografía (libros,....)	400
Impresora en color (para la distribución y difusión a los servicios de los indicadores evaluación en código de colores)	300
Material fungible	
Fotocopias, petición de artículos a National Librería y material de papelería	600
Viajes y dietas	
Inscripción y viaje a una reunión científica (2 personas)	1500
Otros gastos	
Automatización del sistema de evaluación (informatización)	2500

TOTAL €	5300
----------------	-------------

1.-TITULO: **Implantación en el Area de Salud de la Guía Clínica de la Consulta Prenatal.**

2.1.-RESPONSABLE DEL PROYECTO

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

2.2.-OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Pérez Hiraldo	Jefe de Servicio Obstet.	HCU
Rafael González de Agüero	Jefe de Sección Obstet.	HCU
Mauricio Tajada Duaso	Médico Adjunto Obstet.	HCU
Gertrudis Juste Rullo	Jefe de Servicio Laborat.	HCU
Daniel Orós Espinosa	Médico Adjunto Obstet.	HCU
Sira Repollés Lasheras	Médico Adjunto Obstet.	HCU
Ana Fernández Sáinz	Médico Residente Obst.	HCU
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Médico Residente Obst.	HCU
Miguel Ruoti	Médico	HCU
Alicia Cantero	Supervisora enfermería	HCU
Elena Asensio	Matrona	Atención Primaria
Teresa Ramírez	Subdirección Médica	HCU
Javier Moliner	Coordinador Calidad	HCU

3.1.-OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En la atención a las mujeres embarazadas existen frecuentes problemas de coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Algunos servicios como el momento y el contenido de las primeras consultas prenatales, los métodos de cribado de defectos congénitos o las exploraciones ecográficas son especialmente sensibles a los problemas de coordinación. El desarrollo tecnológico, la demanda social y los fenómenos de variabilidad en la práctica médica hacen que en este tema sea fundamental cuidar los detalles en la organización de los servicios sanitarios.

Las guías de práctica clínica para ayudar en la toma de decisiones tanto a profesionales como a usuarios son una herramienta de utilidad demostrada. Sin embargo, una de sus principales limitaciones es la dificultad para que todos los profesionales conozcan y acepten los contenidos de las guías. En el área de la consulta prenatal, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha elaborado unas recomendaciones que, adaptadas a nuestro entorno y difundidas de manera adecuada, serán útiles para mejorar la atención.

3.2.-OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Elaborar una guía de práctica sobre la consulta prenatal, adecuada a las características de nuestro medio y aceptada por la mayor parte de los profesionales implicados.
- Difundir esa guía entre todos los profesionales de la Comunidad Autónoma.
- Comprobar el impacto de esa guía, tanto en los conocimientos que sobre el tema tengan los profesionales, como en el logro de determinados objetivos de resultados clínicos.

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

El proyecto tiene tres fases:

- Elaboración de la Guía de la Consulta Prenatal, a partir de las recomendaciones de la SEGO. Se completará la búsqueda bibliográfica y se adaptarán las recomendaciones a los recursos disponibles.
Tiempo calculado: 4 meses.
- Divulgación de la Guía. Editar el material (folletos, trípticos) y divulgarlo de diversas maneras.
Tiempo calculado: 4 meses.
- Evaluación del impacto. Seleccionar una muestra de los destinatarios de las recomendaciones y comprobar, mediante encuesta, su conocimiento de la guía.
Evaluar el resultado de los objetivos de resultados clínicos.
Tiempo calculado: 4 meses.

5.-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

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

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

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

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

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)

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

6.-RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

	Pesetas
Material inventariable	
Equipos informáticos	500.000
Material fungible	
Búsquedas bibliográficas	50.000
Editar documentación (folletos, trípticos)	150.000
Viajes y dietas	
Reuniones del grupo de trabajo	100.000
Asistencia a reuniones científicas y de divulgación	200.000
Total	1.000.000