

## INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 3\_2004

|  |                |
|--|----------------|
| 010_2004 "Acceso de trabajadores activos para control de sus patologías crónicas durante el horario de atención continuada de su médico" del CS Miralbueno-Garrapinillos   | Pág. 2 a 5     |
| 021_2004 "Programa de acogida de niños/as inmigrantes de la zona básica de salud de Casetas"   | Pág. 6 a 8     |
| 023_2004 "Mejora asistencial y uso racional del medicamento en la población geriátrica institucionalizada de una zona básicas de salud" del CS de Casetas  | Pág. 9 a 12    |
| 032_2004 "Mejora continua de la calidad asistencial y organizativa en el Centro de Salud Delicias Sur. Aproximación al modelo EAQM: Mejora del proceso de atención al paciente diabético y autoevaluación mediante el modelo EFQM"                                 | Pág. 13 a 15   |
| 045_2004 "Exploración del pie como medida de calidad en la atención integral del diabético" del CS de Sádaba   | Pág.16 a 25    |
| 048_2004 "Fomentar la consulta a demanda de enfermería, consensuando con medicina, criterios y pautas de admisión y actuación en esta consulta y su posterior divulgación a la población" del CS Valdefierro   | Pág. 26 a 29   |
| 076_2004 "Programa integral de garantía de calidad del Centro de Salud de Cariñena (2004). Autoevaluación según el modelo europeo de gestión de calidad total (EFQM) (continuación) del CS de Cariñena   | Pág. 30 a 48   |
| 060_2004 "Primera evaluación de la satisfacción de los usuarios y sus familias sobre la asistencia prestada en los distintos programas del Centro de Día Romareda. Propuesta de mejora de calidad por áreas de intervención en dispositivos intermedios del Salud" | Pág. 49 a 63   |
| 089_2004 "Proyecto de calidad de cuidados de enfermería en la red de salud mental de Aragón (continuación" del CRP Ntra. Sra. del Pilar  | Pág. 64 a 67   |
| 004_2004 "Plan de mejora de la coordinación entre neurología y atención primaria en la asistencia a los pacientes con cefalea, deterioro cognitivo y radiculopatías" del H.C.U. Lozano Blesa   | Pág. 68 a 72   |
| 006_2004 "Implantación de un sistema de calidad en el tratamiento y control evolutivo de los pacientes con insuficiencia cardiaca" del H.C.U. Lozano Blesa   | Pág. 73 a 78   |
| 035_2004 "Información integral al paciente ingresado en una planta neuroquirúrgica " del H.C.U. Lozano Blesa   | Pág. 79 a 83   |
| 041_2004 "Evaluación de la etiología y del uso racional de fármacos en las neumonías adquiridas en la comunidad (N.A.C.) atendidas en un servicio de urgencias hospitalario y en un Centro de Salud Urbano" del H.C.U. Lozano Blesa                                | Pág. 84 a 90   |
| 062_2004 "Creación de una red estable y cualificada de revisores para la validación institucional de recomendaciones de práctica clínica en el Hospital Clínico Universitario" del H.C.U. Lozano Blesa   | Pág. 91 a 95   |
| 063_2004 "Actuación ante el síndrome coronario agudo (SCA) en el servicio de urgencias hospitalario y centros de salud rurales del sector Zaragoza III (continuación)" del H.C.U. Lozano Blesa   | Pág. 96 a 99   |
| 077_2004 "Programa de educación para la salud y la puérpera en la estancia hospitalaria" del H.C.U. Lozano Blesa   | Pág. 100 a 103 |
| 078_2004 "Proyecto de mejora de atención hospitalaria al paciente prequirúrgico" del H.C.U. Lozano Blesa   | Pág. 104 a 107 |
| 132_2004 "Desarrollo de un sistema de información epidemiológica de vigilancia y control de la mortalidad hospitalaria" del H.C.U. Lozano Blesa  | Pág. 108 a 109 |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

ACCESO DE TRABAJADORES ACTIVOS  
PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS  
DURANTE EL HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUA  
DE SU MÉDICO.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos MIGUEL ANGEL GONZALEZ ECHANIZ

Profesión MÉDICO Centro de trabajo HIRSUBIENO - GORRIPINILLOS

Correo electrónico:

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

| Nombre y apellidos          | Profesión  | Centro de trabajo      |
|-----------------------------|------------|------------------------|
| <u>LUZIA ISASA CUARTERO</u> | <u>MED</u> | <u>HIRAL - GORRAP.</u> |
| <u>M. JOSE LOHAR</u>        | <u>MED</u> | <u>"</u>               |
| <u>Pilar CORTAGENA</u>      | <u>MED</u> | <u>"</u>               |
| <u>Paz LEON</u>             | <u>MED</u> | <u>"</u>               |
|                             |            |                        |
|                             |            |                        |
|                             |            |                        |
|                             |            |                        |
|                             |            |                        |
|                             |            |                        |
|                             |            |                        |

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

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

SE DETECTA LA DIFICULTAD QUE TIENEN LOS TRABAJADORES ACTIVOS PARA ACCEDER A LAS CONSULTAS Y REVISIONES DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD, DENTRO DEL HORARIO HABITUAL DE CONSULTA DEL CENTRO, ENTRE LAS 8, LAS 15 HORAS, QUE COINCIDE CON SU JORNADA LABORAL

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

FACILITAR A TODOS LOS TRABAJADORES ACTIVOS, EL ACCESO AL C.S. FUERA DE SU JORNADA LABORAL ORDINARIA

DIRIGIDO A PACIENTES, TRABAJADORES ACTIVOS, QUE POR SU PATOLOGÍA, POR ESTAR INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE SALUD, O POR CUALQUIER OTRA CAUSA QUE A JUICIO DE SU MEDICO LO NECESITARA

SE LE CITARA EN HORARIO DE 15-4-17 horas SIEMPRE QUE EL TRABAJADOR TENGA LIBRE ESTE ESPACIO HORARIO; TRABAJADORES EN TURNO DE MAÑANA QUE FINALICEN ENTRE LAS 14, 16 HORAS; TRABAJADORES EN JORNADA PARTIDA CON TIEMPO LIBRE ENTRE LAS 15 Y LAS 17 HORAS

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

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

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





## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

" PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS/AS INMIGRANTES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CASETAS"

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos MARÍA ESPERANZA SÁEZ DE ADANA PÉREZ

Profesión PEDIATRA

Centro de trabajo CENTRO DE SALUD CASETAS.  
ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR 3. ZARAGOZA.

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

Fecha de inicio: 24 - 1 - 2003

Fecha de actualización: 13 - 1 - 2004

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

### 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

1. Puesta en marcha y desarrollo de la fase de diagnóstico de la situación del programa de acogida.
2. Creación de un fichero nominal de pacientes susceptibles de ser incluidos y su situación respecto al programa de acogida hasta la fecha del 1 de septiembre de 2003.
3. Participación como docentes en distintas sesiones sobre inmigración y salud en pediatría a requerimiento de:
  - La Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria
  - La Gerencia de Atención Primaria Sector 3, Zaragoza.
  - El Instituto Aragonés de Administraciones Públicas
4. Realización de varias publicaciones en el Boletín de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria sobre el desarrollo del programa de acogida y otros temas relacionados con salud e inmigración en la edad pediátrica.

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

1. Estimación aproximada de la población susceptible de ser incluida en el programa de acogida hasta septiembre de 2003:

- 1.1. Población susceptible con Tarjeta Individual Sanitaria: 109
- 1.2. Población mínima estimada susceptible: 157

2. Evaluación del desarrollo del programa hasta septiembre de 2003:

Población susceptible: 157 menores de 14 años

- 2.1. Excluidos del programa: 37
- 2.2. Pendientes de ser incluidos: 22
- 2.3. Incluidos: 98

- 2.3.1. Normalizados: 22
- 2.3.2. No normalizados con correcto seguimiento: 45
- 2.3.3. No normalizados con incorrecto seguimiento: 31

## 7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

1. Creación de un fichero informatizado y actualización periódica del mismo.
2. Actualización periódica de la población mínima estimada susceptible y de los resultados de desarrollo del programa.  
Los puntos 1 y 2 comenzarán a realizarse en el momento en el que la actividad asistencial lo permita.
3. Reunión evaluadora de los componentes del equipo de mejora respecto al desarrollo de la fase de diagnóstico (enero 2004).
4. Determinación y puesta en marcha de las posibles mejoras a introducir durante el año 2004 (enero 2004).

## 8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

El no haber un tiempo específico, común a todos los integrantes del equipo de mejora, condiciona dificultades para la comunicación entre los diferentes profesionales.

El exceso de actividad asistencial diaria genera cierta desmotivación.

Falta de tiempo durante la jornada laboral para la recaptación de los pacientes que no están realizando un correcto seguimiento del programa (ausencias a las visitas programadas, vacunaciones incompletas, pacientes de riesgo socio sanitario, registro de la actividad realizada y evaluación de la misma).

| <u>9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...) |  |
|---|--|
| <u>Material/Servicios</u>   | <u>Euros</u><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo  |
| Apoyo de 8 horas mensuales al responsable del proyecto                  | 84,40 x 12 meses   |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| <b>TOTAL</b>  | <b>1012,8</b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |

Fecha y firma:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN LA POBLACION GERIATRICA INSTITUCIONALIZADA DE UNA ZONA BASICA DE SALUD.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M<sup>a</sup> JESUS SOLANS MARTINEZ

Profesión MEDICO Centro de trabajo C.S.CASETAS

Correo electrónico:

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

| Nombre y apellidos                   | Profesión | Centro de trabajo   |
|--------------------------------------|-----------|---------------------|
| JESUS A. AGUARELES PALOMAR           | MEDICO    | T.B. (C.S. CASETAS) |
| JESUS RUBIO HERNANDEZ                | A.T.S.    | T.B. (C.S. CASETAS) |
| JORGE GENTILLE RIOS                  | MEDICO    | P. (C.S. CASETAS)   |
| SUSANA SANCHEZ CUCALON               | A.T.S.    | P. (C.S. CASETAS)   |
| M <sup>a</sup> PIEDAD GONZALEZ CAMPO | A.T.S.    | C.S. CASETAS        |
| PEDRO OROS ESPINOSA                  | MEDICO    | C.S. CASETAS        |
| ANTONIO RESTREPO FONTALVO            | MEDICO    | C.S. CASETAS        |
|                                      |           |                     |
|                                      |           |                     |

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

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

La población geriátrica institucionalizada se caracteriza por ser una población polimeditada debido a la acumulación de enfermedades, a síntomas o signos no fáciles de clasificar pero que exigen ser aliviados, y a la intervención de múltiples prescriptores debido al mayor uso de servicios (MAP, Urgencias, Especialistas); por tanto se trata de un grupo de pacientes

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

con un riesgo especial por la posibilidad de duplicidad de fármacos, interacciones y reacciones adversas condicionando un riesgo para la salud, además de un aumento del gasto farmacéutico y mayor uso de los servicios sanitarios.

Este hecho condiciona al EAP a plantear y elaborar una actuación sobre el anciano institucionalizado mediante una VALORACION INTEGRAL que permita profundizar en el verdadero conocimiento de las necesidades y mejorar su ABORDAJE TERAPEUTICO.

- 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
- 1- Detectar nuevos problemas y condicionantes de salud a través de la valoración integral.
  - 2- Revisar los tratamientos de pacientes polimedicados:
    - Evitar duplicidad
    - Todo tratamiento deberá corresponderse con alguna indicación que conste en la historia.
    - Evitar interacciones.
    - Valorar que la duración de los tratamientos sean los adecuados, sobretodo con antibióticos, corticoides, AINES, tranquilizantes.
    - Valorar eficiencia en el uso de material sanitario y/o farmacológico que depende exclusivamente de la institución privada.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Nuestra zona básica de salud cuenta con 7 residencias privadas concentradas en su mayoría en la localidad de Pinseque, con un número de residentes totales entre 300-350, ello supone un número importante de ancianos polimedicados con un riesgo especial, además de depender de la labor asistencial de un solo médico de atención primaria.

La recogida de datos se establece a partir del número de TIS, historia médica existente, ello permitirá realizar un diagnóstico situacional antes del inicio del proyecto.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La valoración se realizará de forma individualizada.

1º Realizar una valoración integral del anciano que constará de una valoración clínica (Anamnesis, exploración física e historia farmacológica), valoración funcional aplicando el índice de Barthel y valoración mental mediante el Test de Pfeiffer.

2º Realizar revisión de la historia farmacéutica en hoja de registro anulando fármacos de dudosa efectividad, comprobando tratamientos sin indicación, así como indicaciones sin tratamiento, observando posibles duplicidades y régimen posológico (evitar cronicidad con AINES, corticoides, tranquilizantes y antibióticos).

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Se comparará la situación de inicio con la situación resultante tras la detección de nuevos problemas de salud y problemas derivados o relacionados con los fármacos habidos anteriormente. (Anexo I)

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: Enero 2.004

Fecha de finalización : Junio 2.005

Calendario:

Se valorarán de 4 a 6 ancianos por semana, distribuidos de 2 a 3 ancianos durante 2 horas por dos días a la semana; al finalizar el año se realizará la evaluación.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO:

**MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.**

**APROXIMACIÓN AL MODELO DE EXCELENCIA DE LA FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTION DE LA CALIDAD (EFQM): MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO Y AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE EL MODELO EFQM.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **CARMEN IZAGUIRRE ZUGAZAGA**

Profesión **PEDIATRA** Centro de trabajo **C.S: DELICIAS SUR**

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

Fecha de inicio: **1 DE FEBRERO DE 2003**

Fecha de actualización: **1 DE FEBRERO DE 2004**

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

**El desarrollo del Proyecto presentado en el año 2003 por el EAP del Centro de Salud Delicias Sur al plan de Apoyo se ha visto limitado por dificultades en la operatividad del grupo de calidad que de manera organizada trabaja desde hace cinco años en la mejora de la calidad organizativa y asistencial del centro.**

**Nos proponemos este año reorientar el proyecto en los dos aspectos propuestos para el pasado año.**

**1. En el análisis de la atención al paciente diabético mediante la gestión por procesos pensamos utilizar material bibliográfico existente, adaptándolo a la situación concreta del centro, con el objetivo de encontrar áreas de mejora y llevar a cabo un plan de mejora.**

**2. De forma destacada nos proponemos realizar la Autoevaluación del Centro de Salud utilizando el modelo EFQM trabajando los nueve criterios en todos los aspectos que puedan ser aplicados en una unidad de atención primaria junto con los Centros de Salud de Cariñena, Ejea, Seminario y Torrero Este y el apoyo de las Gerencias del Sector 3 y 5 que esperamos nos proporcionen formación, asesoramiento y recursos de tiempo y espacio. Dado que el conocimiento sobre el modelo EFQM de los integrantes del grupo de calidad es escaso pretendemos también de esta manera mejorar nuestra formación.**

#### 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

En sucesivas reuniones de trabajo se definió el proceso base de atención a la diabetes, sus límites, destinatarios, flujos de salida y características de calidad, quedando pendiente los diagramas de flujo del proceso y la definición de indicadores. Se realizó una búsqueda de material bibliográfico, encontrando una guía muy detallada del proceso de atención a la diabetes de la Junta de Andalucía sobre la que se ha comenzado a trabajar para su adaptación a la situación concreta del centro de salud.

Por otra parte el grupo de calidad ha seguido sus actividades de mejora continua analizando las sugerencias de los usuarios e introduciendo mejoras en problemas organizativos concurrentes con el trabajo del grupo de calidad.

#### 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

El manejo de bibliografía sobre gestión de procesos ha permitido a los componentes del grupo de calidad familiarizarse con esta metodología, a veces difícil de comprender y aplicar en la práctica. Las propias dificultades surgidas en la tarea han permitido la reorientación más concreta del proyecto, modificando el objetivo más ambicioso inicial de elaborar detalladamente el proceso de atención a la diabetes.

#### 7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

***Febrero 2004:***

- Formación sobre metodología de autoevaluación con el modelo EFQM.

***Marzo-Junio 2004:***

- Realización de la autoevaluación extrayendo evidencias, puntos fuertes y áreas de mejora.
- Realización del plan de mejora según el resultado de la autoevaluación
- Conclusión del análisis del proceso de diabetes y plan de mejora

***Octubre –Diciembre 2004:***

- Llevar a cabo el plan de mejora según los resultados de la autoevaluación.
- Desarrollar el plan de mejora del proceso de diabetes.

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

El tiempo disponible para las sesiones semanales de trabajo del grupo de calidad permite reuniones de carácter organizativo o consultivo pero no se adapta para la tarea operativa de redactar un documento con terminología compleja como ha sido el proceso de atención al diabético.

La no inclusión del proyecto de autoevaluación con el modelo EFQM de uno de los centros de salud en la lista de proyectos seleccionados al Plan de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad del Servicio Aragonés de la Salud para

|         |   |
|---------|---|
| Anexo 3 | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)</b> |
|---------|---|

**2003 ha dificultado el inicio de este proyecto en el periodo de tiempo que se había previsto en un principio,**

**La dedicación a las tareas asistenciales de los profesionales que componen el grupo de calidad en nuestro centro dificulta el desarrollo de las actividades de mejora de la calidad. Esta dificultad se hace más evidente especialmente cuando se inician nuevos proyectos con metodologías mas complejas.**

| 9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...) |  |
|--|--|
| <i>Material/Servicios</i>  | <i>Euros</i><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo  |
| <i>1 Espirómetro Datospir 120 B</i>                              | <i>2.300</i>   |
| <i>Jeringa calibradora para espirómetro</i>                      | <i>400</i>   |
| <i>10 "KITS" de exploración del pie diabético</i>                | <i>700</i>   |
|  |  |
|  |  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>3400 €</b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |

Fecha y firma: Zaragoza 17 de enero de 2004

Fdo. Carmen Izaguirre

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

EXPLORACIÓN DEL PIE COMO MEDIDA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL DIABÉTICO.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos** M<sup>a</sup> ANGELES HERRERO GIL

**Profesión** MÉDICO                      **Centro de trabajo** Centro de Salud SÁDABA

**Correo electrónico:** buzsan.cs24.gapz03

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

| Nombre y apellidos       | Profesión | Centro de trabajo |
|--------------------------|-----------|-------------------|
| TERESA PÉREZ GUZMÁN      | DUE       | SADABA            |
| DANIEL TORNOS PÉREZ      | DUE       | SADABA            |
| ISABEL MARIN PICAPEO     | DUE       | SADABA            |
| AMPARO VERA GARCÉS       | DUE       | SADABA            |
| ROSARIO LABORDA EZQUERRA | DUE       | SADABA            |
| JOSEP ALSINA PERRY       | DUE       | SADABA            |
| GLORIA NAVARRO AZNÁREZ   | MÉDICO    | SÁDABA            |
| FRANCISCO OTAL ARBIZU    | MEDICO    | SADABA            |
| ARTURO CHECA VILLA       | MEDICO    | SADABA            |
| ANGEL GONZÁLEZ PÉREZ     | MEDICO    | SADABA            |
| JESÚS PÉREZ PÉREZ        | MEDICO    | SADABA            |

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

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

**IMPORTANCIA:**

El pie diabético es la causa más importante de invalidez y pérdida de calidad de vida en los diabéticos; es la principal causa de amputación no traumática en los países industrializados. La incidencia anual de gangrena es de 1 caso por cada 200 diabéticos. Alrededor del 15% de estos pacientes presentarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida.

Aún así es la complicación crónica de más sencilla y de más fácil prevención.

**MÉTODO DE DETECCIÓN:**

Opinión formal del personal sanitario a cerca de:

- Escaso conocimiento por parte de la población diabética del autocuidado de los pies.
- Escaso conocimiento de las complicaciones y del riesgo que el deficiente cuidado de los pies en el diabético puede traer.
- Deficiente registro y/o exploración por parte de los profesionales sanitarios del pie en los pacientes diabéticos.
- Necesidad de educar al paciente diabético y sus familiares

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

- Revisión anual de la lista de diabéticos asignados en cada unidad básica asistencial
- Exploración anual de los pies de forma sistematizada, a cada diabético que acuda tanto a la consulta médica como de enfermería previa cita programada.
- Explorar al menos al 50 % de los diabéticos del C. Salud
- Promover el autocuidado de los pies: inspección, higiene e hidratación frecuente, elección adecuada de calzado y calcetines
- Implicar y educar a los familiares
- Organizar cursos de EPS grupal en las diferentes localidades de la ZBS

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

- No existe una sistemática y/o costumbre de exploración
- No están definidas las responsabilidades y separación de tareas
- No tenemos estuche específico de exploración, diapasón de 128 Hz, monofilamento...
- No exige una hoja de monitorización para el registro de actividades

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Conocer el número de diabéticos de cada cupo (CRON) y el porcentaje de los que están incluidos en el protocolo de DM
- Incluir en las reuniones del EAP sesiones clínicas sobre el pie diabético para motivar a los profesionales
- Iniciar actividades: inspección, consejos, palpación pulsos...
- Realizar talleres sobre el tema para adquirir conocimientos y habilidades
- Crear un equipo de EPS
- Preparar e impartir cursos informativos grupales
- Confeccionar información escrita para los pacientes
- Conseguir instrumentos de exploración con prontitud para realizar la exploración completa (sensibilidad vibratoria, algésica, térmica...)

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Porcentaje de pacientes que en el último año tienen:

- Registro de intervenciones educativas de contenido "cuidado de los pies"
- Revisión de los pies registrada de:
  1. Inspección ocular de pies y calzado (higiene, deformidades...)
  2. Exploración de la sensibilidad algésica
  3. Exploración de la sensibilidad térmica
  4. Exploración de la sensibilidad vibratoria
  5. Palpación de los pulsos pedios y t. posteriores
  6. Exploración de los reflejos rotulianos y aquíleos

Porcentaje de pacientes que en el último año tienen:

- Amputación o lesiones en pies
- Ingresos hospitalarios por lesiones del pie

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 21/01/2004

Fecha de finalización: 31/12/2004

Calendario:

- Enero: Se realizarán dos sesiones clínicas entre el equipo de salud para conocer el protocolo.
- Febrero: Se realizarán dos talleres de exploración entre los miembros del equipo.  
Se hará una reunión para crear el Equipo de Educación para la Salud.  
Reunión del Equipo de EPS para describir el contenido de las charlas a la población y confeccionar la información escrita que se dará al paciente.
- Marzo: Charla del Equipo de EPS dirigida a pacientes diabéticos en Sádaba y Layana.  
Charla dirigida a pacientes diabéticos en Biota.
- Abril: Charla dirigida a pacientes diabéticos en Castiliscar.  
Charla dirigida a pacientes diabéticos en Alera.
- Mayo: Charla dirigida a pacientes diabéticos en Uncastillo.  
Charla dirigida a pacientes diabéticos en Luesia.
- Junio a octubre: aplicación completa del protocolo con el instrumental necesario y registros fijados.
- Noviembre: Selección aleatoria de la muestra para su posterior recopilación y análisis de datos.
- Diciembre: Evaluación de resultados (Eficacia, eficiencia y calidad asistencial).

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

| <b><u>Material/Servicios</u></b>  | <b><u>Euros</u></b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|---|--|
| 10 Estuches Accu-Chek (monofilamento de Semmes-Weinstein, pincel, pinprick, barra térmica, diapasón 128 Hz)   | 800 euros  |
| Doppler   | 600 euros  |
| Cámara fotográfica digital > 3 megapixels   | 500 euros  |
| 500 Folios<br>50 transparencias<br>3 cartuchos de color y BN para impresora Epson Stylus c62<br>CD Room, Discos de 3,5 y otros materiales de papelería                              | 200 euros  |
| -Viajes y dietas por reuniones organizativas con el EAP<br>-Viajes y dietas por reuniones organizativas del grupo de EPS<br>-Viajes a las localidades para impartir sesiones de EPS | 1.200 euros  |
| - Cursos de formación continuada  | 600 euros  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| <b>TOTAL</b>  | 3.900 euros<br><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo     |

**Fecha y firma:**

## **PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN**

### **1.- TÍTULO**

EXPLORACIÓN DEL PIE COMO MEDIDA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL DIABÉTICO.

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos** M<sup>a</sup> ANGELES HERRERO GIL

**Profesión** MÉDICO

**Centro de trabajo** Centro de Salud SÁDABA

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

Fecha de inicio: 21/01/04

Fecha de actualización: 9/02/04

### **4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO**

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

- Se incorpora al equipo de mejora:  
ALICIA PUY CABRERO-MÉDICO-C.S. SÁDABA.
- Se excluye por traslado:  
GLORIA NAVARRO AZNAREZ.
- Se incluye como actividad seleccionar una muestra aleatoria entre las historias clínicas de diabéticos para evaluar si se les hizo exploración del pie diabético y educación sobre sus cuidados durante el periodo comprendido del 1/01/03 al 31/12/03.
- Se retrasa un mes las Charlas del Equipo de EPS dirigida a pacientes diabéticos iniciándose en abril.

## **5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

- 14 Enero: Sesión Clínica sobre exploración del pie diabético a los miembros del equipo por un componente del mismo.
- 28 Enero : Sesión Clínica sobre exploración del pie y educación al diabético para reforzar conocimientos.
- 1 Febrero :Taller de exploración del pie diabético realizado por miembros del equipo.

## **6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

- El programa de calidad esta en periodo de adquisición de conocimientos para exploración del pie diabético
- Estamos intentando conseguir material escrito y material para exploración a cargo de SALUD y/o la empresa farmaceutica.

## **7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

- 
- Febrero : Taller de exploración entre los miembros del equipo.
  - Se hará una reunión para crear el Equipo de Educación para la Salud.
  - Reunión del equipo de EPS para describir el contenido de las charlas a la población y confeccionar la información escrita que se dará al paciente.
  - Marzo : Revisión de historias Clínicas de los diabéticos de la zona para determinar el número de pacientes a los que exploró el pie en el año 2003.
  - Abril : Charla del Equipo de EPS dirigida a pacientes diabéticos en Sádaba y Layana.
  - Charla dirigida a pacientes diabéticos en Biota.
  - Mayo : Charla dirigida a pacientes diabéticos en Castiliscar.
  - Charla dirigida a pacientes diabéticos en Alera.
  - Junio : Charla dirigida a pacientes diabéticos en Uncastillo.
  - Charla dirigida a pacientes diabéticos en Luesia.
  - Iniciar aplicación completa del protocolo con el instrumental necesario y registros fijados.
  - Octubre : Finalización de aplicación completa del protocolo con el instrumental Y registros fijados.
  - Noviembre: Selección aleatoria de la muestra para su posterior recopilación y análisis de datos.
  - Diciembre : Evaluación de resultados( Eficacia,eficiencia y calidad asistencial)
-

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

- Falta de material para la exploración.
- Necesidad de programar actividad con tiempo específico de aproximadamente 20 minutos para exploración completa del pie.

**9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)****Material/Servicios****Euros**Rellenar exclusivamente en caso de  
presentar a una convocatoria del  
Programa de Apoyo**TOTAL**Rellenar exclusivamente en caso de  
presentar a una convocatoria del  
Programa de Apoyo**Fecha y firma:**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

FOMENTAR LA CONSULTA A DEMANDA DE ENFERMERIA, CONSENSUANDO CON MEDICINA, CRITERIOS Y AUTAS DE ADMISIÓN Y ACTUACION EN ESTA CONSULTA Y SU POSTERIOR DIVULGACIÓN A LA POBLACIÓN.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos MILAGROS GONZALEZ GARCIA

Profesión ENFERMERA Centro de trabajo C. S. VALDEFIERRO

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

Fecha de inicio: 1-01-03

Fecha de actualización: 1-01-04

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

1. - Se procedió a la difusión del díptico sobre catalogo de actividades de enfermería y carteles en Mayo de 2003 gracias a la colaboración de AAVV de Valdefierro por consiguiente:

- El estudio de frecuentación, perfil y tipo de actuación se hará retrospectivamente en el año anterior a esta fecha.
- En cuanto a la encuesta de satisfacción, se realizara en Mayo 2004, comparándose con otras áreas, en caso que las necesidades y expectativas de los usuarios no coincidan con las propuestas, habrá que integrarlas dentro de la actividad, reeditar un nuevo folleto y evaluar su posterior repercusión.

2. - Necesidad de incrementar el numero de sesiones formativas en cuanto metodología de trabajo de enfermería y sistema de registro de planes de Cuidados en OMI durante todo el año 2004.

3. -Se pospone para el año 2005 la elaboración de documentos sobre los planes de cuidados mas frecuentes.

#### 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

1. -Se ha creado un grupo de trabajo compuesto por 5 enfermeras. Hemos desarrollado un listado de actividades propias de enfermería, se ha consensuado aquellas que se consideran más pertinentes, frecuentes e importantes.
- 2.- Difusión interna al resto del EAP. Discusión y consenso.
3. - Elaboración de díptico y carteles.
4. - Presentación al Consejo de Salud, quien financia la edición del díptico y agradecer a la AA. Vecinos de Valdefierro, Aldebaran, su colaboración por la distribución y buzoneo del mismo.
5. - Actividades formativas: Se han realizado desde Septiembre 2003, un numero total de ocho sesiones sobre metodología de trabajo en enfermería y su registro en Planes de Cuidados en OMI-AP.

#### 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- Cobertura en periodo de estudio de 01/05/02 a 01/05/03.
  - C.E. en menores de 14 años:
    - -total de pacientes : 1422
    - total de visitas en CE: 3027
    - n| de pacientes atendidos 950
    - % de pacientes atendidos: 66,8
    - frecuentacion media 3.1
  - C.E. en mayores de 14 años:
    - -total de pacientes : 6586
    - total de visitas en CE: 12990
    - n| de pacientes atendidos: 2144
    - % de pacientes atendidos: 32,5
    - frecuentacion media. 6.05

**7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

- 1.- Concluir el estudio retrospectivo por muestreo de Historia y agenda Abril de 2004.**
- 2.- Realizar encuesta de satisfacción con la colaboración de encuestadores en Mayo de 2004.**
- 3.-Evaluación posterior al año de la difusión de la nueva oferta**
- 4. - Analizar los resultados, difusión de los mismos y buscar actividades de mejora en 2º semestre año2004**
- 5. - Continuar actividades formativas durante el primer semestre 2004 con periodicidad quincenal.**
- 6. -Elaboracion de documentos con los diagnosticos y planes de cuidados mas comunes durante el año 2005.**

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

- Desconocimiento de explotación de datos a partir del sistema de OMI-AP, que ha hecho retrasar el estudio. Recomendamos se continúe la formación desde el Sector 3 y se cree a figura de experto.**
- Distintos niveles de conocimiento de las enfermeras sobre metodología de atención en enfermería, que hace que el numero de sesiones sean mayores al esperado.**
- Sobre el funcionamiento de Planes de Cuidados en OMI-AP consideramos que es poco ágil, cuesta mucho tiempo el registro y sus diferentes pantallas son de difícil acceso. La implantación y su posterior explotación requiere la colaboración de la Gerencia.**

|         |   |
|---------|---|
| Anexo 3 | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)</b> |
|---------|---|

| <b>9-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</b> |  |
|--|--|
| <i><u>Material/Servicios</u></i>                                       | <i><u>Euros</u></i><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
| <i><u>PC PORTATIL</u></i>  |  |
| <i><u>LIBROS</u></i>   |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>1500</b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo         |

Fecha y firma:

**ZARAGOZA, 10 DE ENERO DE 2004**

**Fdo. Milagros González García**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Programa integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (2004). Autoevaluación según el Modelo europeo de Gestión de Calidad Total (EFQM).**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos M<sup>a</sup> Victoria Fustero Fernández**

**Profesión Médico Centro de trabajo C. S. Cariñena**

**Correo electrónico: med009749@saludalia.com**

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

| <b>Nombre y apellidos</b>         | <b>Profesión</b> | <b>Centro de trabajo</b> |
|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| Mario Bárcena Caamaño             | Médico           | Cariñena                 |
| Domingo Casbas Vela               | Médico           | Cariñena                 |
| Manuel Granado González           | Médico           | Cariñena                 |
| M <sup>a</sup> Jesús Marqués Polo | Administrativo   | Cariñena                 |
| Antonio Oto Negre                 | Médico           | Cariñena                 |
| Israel Roig Bartolomé             | Enfermero        | Cariñena                 |
| Delfín Sarasa Piedrafita          | Médico           | Cariñena                 |

**4.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS**

- 1. Deficiente control de los pacientes diabéticos**
- 2. Falta de adecuación de los Servicios a las expectativas expresadas por los usuarios**
- 3. Dificultades en el registro y la explotación de los datos de Atención continuada**
- 4. Perfil de prescripción antibiótica mejorable**
- 5. Desconocimiento de la incidencia y control actual de la Cardiopatía isquémica en la ZBS**
- 6. Falta formación en ecografía para el uso aplicado del ecógrafo**
- 7. Falta formación en el modelo EFQM, sobre todo en lo referido a "Procesos" y generar un cambio cultural en el EAP que permita implantar progresivamente el Modelo Europeo de Gestión de Calidad total, integrando en él las actividades de Calidad ya existentes**
- 8. Mala accesibilidad y deficiente control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral de la ZBS**
- 9. Deficiente comunicación interna y mala coordinación con el equipo de refuerzos/sustitutos.**
- 10. Problemas importantes en la relación A. Primaria / A. Especializada:**
  - Deterioro en la comunicación con los servicios administrativos de A. Especializada**
  - Déficit de información relativa a pacientes comunes, desde los profesionales de A. especializada**
  - Desconocimiento de los especialistas actuales de referencia y sus horarios**
  - Desinformación acerca de la demora de las diferentes especialidades, tanto para derivaciones normales como preferentes.**

**11.Falta personal administrativo. Imposibilidad de compatibilizar  
Tareas: Una sola persona debe atender dos teléfonos, un fax,  
el mostrador y los equipos informáticos.**

**12.Fallos continuos en el sistema informático: equipos obsoletos,  
problemas en la conexión a la red y deficiente mantenimiento.**

**13.Escasa difusión a la comunidad de información y educación  
sanitaria, así como de noticias locales relacionadas con  
la salud.**

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

- 1. Mejorar el control de los pacientes diabéticos, para prevenir en mayor medida las complicaciones de la enfermedad**
- 2. Aumentar la satisfacción de los usuarios, haciéndoles llegar que su opinión ha sido tenida en cuenta**
- 3. Extender y mejorar el uso del programa informático "AMEDAC", diseñado para el registro y explotación de datos de Atención Continuada**
- 4. Mejorar el perfil de prescripción antibiótica de la ZBS y los criterios de Calidad de prescripción antibiótica**
- 5. Mejorar el control y seguimiento de los pacientes con Cardiopatía Isquémica, para disminuir sus complicaciones**
- 6. Aumentar la preparación de los profesionales para facilitar la accesibilidad de la población a la ecografía como prueba diagnóstica, disminuyendo la incertidumbre diagnóstica del médico y mejorar la satisfacción tanto del paciente como de los profesionales**
- 7. Adaptar el plan General de Garantía de Calidad del centro de manera progresiva al Modelo EFQM**
- 8. Mejorar la accesibilidad y la Calidad del control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en las distintas localidades del Centro de Salud y conocer la opinión de los usuarios de este servicio**
- 9. Presentar el Centro de Salud de Cariñena, sus características, reglamento, geografía, distribución de responsabilidades y pautas de actuación generales (documentos a cumplimentar) etc. al personal de refuerzo y sustituciones, en su primer trabajo en la zona.**
- 10. Mejorar la relación AP/AE, no sólo a nivel de los profesionales sino también en lo relativo a los temas administrativos (cada vez más deteriorados).**

- 11. Conseguir el aumento de personal administrativo, ya que este déficit empieza a influir en el trabajo habitual de todos los profesionales.**
- 12. Renovación del material informático del servicio de admisión**
- 13. Aumentar los conocimientos de la comunidad en temas sanitarios e informar periódicamente de las actividades que se llevan a cabo en su centro de salud.**

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

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

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

Dado que este proyecto, contiene 13 objetivos, consideramos que cada uno de ellos incide puntualmente de forma más importante en una u otra línea de intervención del Salud. Reflejamos en la tabla la valoración general. De forma individual, cada objetivo incide especialmente en una línea:

| <b>Líneas de intervención</b>  | <b>++++</b>      |
|--|------------------|
| <b><i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i></b>  | 1,5,7,10         |
| <b><i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i></b>  | 4,8              |
| <b><i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i></b> | 2,7,10,11,13     |
| <b><i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i></b>  | 3,6,7,9,10,11,12 |

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA****(Desglosado por objetivos)**

- 1. Dos evaluaciones previas, en 2002 y 2003 con resultados mejorables.**
- 2. Análisis y conclusiones de 2 encuestas realizadas a los usuarios: “Encuesta personal de satisfacción y expectativas con los servicios generales del centro de salud” y “Encuesta telefónica de satisfacción y expectativas con el Servicio de urgencias del centro de salud”**
- 3. Detectado en “BrainStorm” del EAP en 2001, iniciadas acciones y puesto en marcha un programa informático diseñado al efecto (AMEDAC), se detectan problemas de implantación**
- 4. Evaluaciones anteriores en 1996 y 2001**
- 5. Detectado en “BrainStorm” del EAP 2003, pendiente de realizar el registro y volcado de datos de las historias clínicas**
- 6. Inicio de la formación con cursos específicos, posibilidad y disposición de los profesionales para comenzar esta actividad**
- 7. Inicio de la formación con cursos específicos y convencimiento de la necesidad de integrar nuestro Plan de calidad actual en el nuevo modelo EFQM, adoptado por Salud**
- 8. Estudio realizado en el que se evaluaron tanto la calidad de dicho control como el circuito y las dificultades del mismo**
- 9. Detectado en “BrainStorm” del AP y escucha activa a los usuarios**
- 10. Detectado en “BrainStorm” del EAP y el desarrollo de las actividades cotidianas**
- 11. Quejas de los profesionales y expectativas de los pacientes puestas de manifiesto en las encuestas**
- 12. Quejas de los profesionales de administración**
- 13. Detectado en “BrainStorm” del EAP y en evaluación de Cartera de servicios.**

**Cada objetivo requiere unas fuentes de datos en general las utilizadas han sido: Historias Clínicas, registros de actividad, resultados evaluación de Cartera de Servicios, encuestas, libro de registro de quejas de los profesionales, buzones de sugerencias, escucha activa y registros específicos.**

**8.- METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR****1. – Segunda reevaluación de la Calidad de atención prestada a los pacientes diabéticos tipo II:**

**-Presentación de los resultados en una Sesión clínica del EAP, tras las medidas adoptadas con las conclusiones de 2003**

**-Decisión consensuada por el EAP de nuevas medidas a adoptar**

**-Publicación de los resultados**

**RESPONSABLE: Manuel Granado**

**2. –Tras la presentación al Consejo de Salud de los resultados de la encuesta de satisfacción y expectativas realizada se van a realizar acciones para corregir las deficiencias expresadas por los usuarios:**

**\*Comunicar a los responsables de cada localidad, sus deficiencias para las correcciones oportunas**

**\*Solicitar al consejo comarcal la conexión de las diferentes localidades con la cabecera de comarca y sede del Centro de Salud con transporte público**

**\*Extensión de la cita previa a otras localidades**

**RESPONSABLES: M<sup>a</sup> Victoria Fustero y Domingo Casbas**

**3. -Análisis en una sesión conjunta del EAP, del resultado de la encuesta realizada a los profesionales a cerca del uso del programa informático "AMEDAC"**

**-Instalación del 2º ordenador para uso simultáneo en la zona de urgencias**

**-Aclarar la voluntariedad del uso del programa**

**-Intentar la implicación del personal de refuerzo y sustituciones en el manejo del programa**

**-Evaluar los resultados a finales de 2004**

**RESPONSABLES: Israel Roig y Antonio Oto**

**4. Continuar evaluando la evolución del consumo antibiótico, con diseño anterior y añadir al estudio la cumplimentación de los indicadores de Calidad de prescripción del Área**

**\*Publicación de los resultados**

**\*Sesión clínica con microbiólogo del hospital de referencia para conocer la actualidad de las resistencias bacterianas en nuestro medio (si es posible)**

**RESPONSABLE: Mario Bárcena**

**5. Iniciar un registro específico de pacientes con cardiopatía isquémica y su seguimiento**

**RESPONSABLE: Mario Bárcena**

**6. Ecografía:**

**\*Realización del curso ecografía para médicos generales en la escuela de ecografía de la SEMG (Madrid), por parte de otro médico del equipo**

**\*sesiones clínicas de autoformación**

**\*Sesión de casos clínicos comentados con un radiólogo**

**\*Gestionar la compra de un ecógrafo nuevo o reparación de la sonda del actual**

**RESPONSABLES: Manuel granado, Delfín Sarasa y Mario Bárcena**

**7. -Formación externa, específica en el Modelo EFQM**

**\*Sesiones de autoformación en el EAP**

**\*Auto evaluación según cuestionario "proforma", este objetivo es una actividad conjunta con otros centros que se va a realizar como pilotaje de la aplicabilidad del Modelo en nuestro entorno**

**RESPONSABLE: M<sup>a</sup> Victoria Fustero y todos los componentes del Grupo de Calidad**

**8.-Seguimiento del control del tratamiento anticoagulante oral, en los consultorios locales:**

**\* Evaluación semestral de los resultados de la medición del INR en sangre capilar por el método CoaguChek S en las diferentes localidades del Centro**

**\*Realización de encuesta de satisfacción (ya diseñada) a los usuarios del nuevo servicio en colaboración con los Trabajadores Sociales de Base de la ZBS**

**\*Diseño de una encuesta de satisfacción de los profesionales implicados**

**\*Publicación de los resultados**

**Responsable: M<sup>a</sup> Victoria Fustero**

**9.-Crear un "Manual de acogida" para entregar a las personas que se incorporan a trabajar al Centro, con contenidos como:**

- **Reglamento interno**
- **Horarios y actividades**
- **Listado de profesionales**
- **Teléfonos y direcciones**
- **Mapas de la Zona**

- **Cartera de servicios**
- **Impresos utilizados**
- **Responsables de las diferentes áreas...etc.**

**RESPONSABLE: Antonio Oto y los componentes del Grupo de Calidad**

**10.-Solicitar a los servicios administrativos de Atención especializada:**

- \***Listado actual de especialistas de referencia y sus horarios**
- \***Tiempos de demora de las diferentes especialidades tanto para derivaciones normales como preferentes**
- \***Recoger los datos de demora en la respuesta a las derivaciones solicitadas desde el Centro de Salud**
- \***Continuar y extender el estudio prospectivo ya realizado en una localidad con una muestra/estudio de todos los profesionales del EAP**

**Responsables: Delfín Sarasa y M<sup>a</sup> Jesús Marques**

**11.-Insistir en la solicitud de otro auxiliar administrativo con jornada completa**

- \***Medir el número de llamadas atendidas en los diferentes tramos horarios**
- \***Registrar el resto de actividades administrativas realizadas**

**Responsable: M<sup>a</sup> Jesús Marqués**

**12.-Solicitar:**

- \***La renovación de los equipos informáticos de admisión**
- \***La instalación de una centralita telefónica**
- \***Registrar los problemas que causan los actuales equipos**
- \***Analizar los partes de averías y el mantenimiento del último año**

**Responsable: Domingo Casbas y M<sup>a</sup> Jesús Marqués**

**13.-Contactar con los responsables de la publicación "Crónica Comarcal del Campo de Cariñena", para crear una página mensual de información sanitaria cuyo contenido sería aportados por el personal del EAP:**

- \***Artículos de educación para la salud**
- \***Novedades del Centro de Salud**
- \***Avisos a la población (vacunaciones, conferencias etc.)**
- \***Temas de actualidad local relacionados con el entorno sanitario**

**Responsable: Israel Roig, M<sup>a</sup> Victoria Fustero y Domingo Casbas**

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Fecha de inicio: 13 de enero de 2004

Fecha de finalización: 22 de diciembre de 2004

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2004**

| ACTIVIDADES PREVISTAS                      | MESES |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
|--|-------|----|-----|----|---|----|----|------|----|---|----|-----|
|  | I     | II | III | IV | V | VI | VI | VIII | IX | X | XI | XII |
| <b>1.Diabetes</b>                          |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Recogida de datos                          |       |    | ■   |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Reevaluación                               |       |    |     | ■  |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Presentación resultados en S. Clinic       |       |    |     |    | ■ |    |    |      |    |   |    |     |
| Nuevas medidas a adoptar                   |       |    |     |    | ■ |    |    |      |    |   |    |     |
| Publicación de los resultados              |       |    |     |    |   | ■  |    |      |    |   |    |     |
| <b>2.Encuestas de satisfacción</b>         |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Comunicación de deficiencias               |       | ■  |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Solicitud transporte público               |       |    | ■   |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Extensión de la cita previa                |       |    |     |    |   |    |    |      |    | ■ |    |     |
| <b>3.Registro A. Continuada (AMEDAC)</b>   |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Resultados cuestionario profesional.       |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Instalación 2º ordenador en red            |       | ■  |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Implicación personal de refuerzo           |       |    |     | ■  | ■ | ■  | ■  | ■    |    |   |    |     |
| Evaluar resultados                         |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   | ■  |     |
| <b>4.Reevaluación consumo antibiótico</b>  |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Procesado de datos                         |       |    | ■   |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Sesión clínica con resultados              |       |    |     |    | ■ |    |    |      |    |   |    |     |
| Sesión clínica con microbiólogo            |       |    |     |    | ■ |    |    |      |    |   |    |     |
| Publicación resultados                     |       |    |     |    |   |    |    |      |    | ■ |    |     |
| <b>5.Registro de Cardiopatía Isquémica</b> |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Volcado de datos de historias              |       | ■  |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Creación de base de datos común            |       |    |     | ■  |   |    |    |      |    |   |    |     |
| <b>6.Ecografía</b>                         |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Curso de ecografía SEMG (Madrid)           |       |    | ■   |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Sesiones clínicas de autoformación         |       | ■  |     | ■  | ■ | ■  |    |      | ■  |   |    |     |
| S. casos clínicos con radiólogo            |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   | ■  |     |
| <b>7.Autoevaluación EFQM</b>               |       |    |     |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Formación externa                          | ■     | ■  | ■   |    |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Cumplimentación cuestionario               |       | ■  | ■   | ■  |   |    |    |      |    |   |    |     |
| Elaboración de memoria                     |       |    |     |    |   |    |    |      | ■  | ■ | ■  |     |

|   |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|--|---|--|--|---|---|---|---|---|
| <b>8. Seguimiento del TAO</b>             |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Evaluación Calidad del Control TAO        |   |   |   |  |   |  |  |   |   | ■ |   | ■ |
| Encuesta de satisfacción usuarios         |   | ■ |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Encuesta de satisfacción profesional      |   |   |   |  | ■ |  |  |   |   |   |   |   |
| Presentación resultados al EAP            |   |   |   |  | ■ |  |  |   |   |   |   |   |
| Publicación de resultados                 |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   | ■ |   |
| <b>9. Creación manual de acogida</b>      |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Elaboración de materiales                 | ■ | ■ | ■ |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Publicación                               |   |   |   |  |   |  |  | ■ |   |   |   |   |
| Presentación al EAP                       |   |   |   |  |   |  |  |   | ■ |   |   |   |
| <b>10. Mejora relación A.P. / A.E.</b>    |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Solicitud información de A. especiali.    | ■ |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Recogida datos derivaciones               |   |   |   |  | ■ |  |  |   |   |   |   |   |
| Realización estudio prospectivo           |   |   |   |  |   |  |  | ■ |   |   |   |   |
| <b>11. Personal administrativo</b>        |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Contabilizar llamadas recepcionadas       | ■ | ■ | ■ |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Registrar actividades administrativas     | ■ | ■ | ■ |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Solicitar con datos más personal          |   |   |   |  |   |  |  |   | ■ |   |   |   |
| <b>12. Sistemas informáticos admisión</b> |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Registro de problemas con sistema         | ■ | ■ | ■ |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Análisis averías y mantenimiento          | ■ | ■ | ■ |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Solicitud de renovación                   |   |   |   |  |   |  |  |   | ■ |   |   |   |
| <b>13. Comunicación con la comunidad</b>  |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Reunión responsables publicación          |   | ■ |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Elaboración de contenidos fijos /esp.     |   | ■ | ■ |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| Comenzar a publicar mensualmente          |   |   |   |  |   |  |  | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

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

| <b><u>Material/Servicios</u></b>   | <b><u>Euros</u></b>   |
|--|---|
|  | Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
| <b>Objetivo 3: Montaje en red de los dos ordenadores de urgencias, uno en cada consulta</b>  | <b>125</b>  |
| <b>Objetivo 6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una inscripción curso ecografía SEMG</li> <li>• Dietas y kilometraje curso (Madrid)</li> <li>• Libros : <b>-ECOGRAFIA GENERAL de MITTELSTAEDT</b></li> <li style="padding-left: 40px;"><b>-ECOGRAFIA ABDOMINAL de MITTELSTAEDT</b></li> <li style="padding-left: 40px;"><b>-ATLAS DE ECOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA de DONDELINGE</b></li> </ul> | <b>1100</b><br><b>1800</b><br><b>171</b><br><b>107</b><br><b>66</b>                   |
| <b>Objetivo 9: Edición y encuadernación del manual de acogida</b>  | <b>300</b>  |
| <b>Objetivos 1,4 y 8: Edición de posters para congresos</b>  | <b>165</b>  |
| <b>Material fungible: Fotocopias, transparencias, carpetas plastificadas etc.</b>  | <b>150</b>  |
| <b>Desplazamientos relacionados con el proyecto (Tras la justificación oportuna)</b>   | <b>150</b>  |
|  |   |
| <b>TOTAL</b>   | <b>4.134 Euros</b>  |

**Fecha y firma:**

## **PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN**

### **1.- TÍTULO**

**Programa integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (2004). Autoevaluación según el Modelo europeo de Gestión de Calidad Total (EFQM).**

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos M<sup>a</sup> Victoria Fustero Fernández**

**Profesión: Médico**

**Centro de trabajo Cariñena**

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

Fecha de inicio: 2000

Fecha de actualización: 2004

**5.ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

- **Se ha reevaluado la Calidad del seguimiento de la diabetes tipo II en el Centro de Salud de Cariñena, con el mismo diseño del estudio realizado el año anterior y tras la aplicación de las medidas correctoras. Se han presentado y discutido los resultados en una Sesión clínica del EAP, adoptándose nuevas medidas y decidiendo volver a reevaluar el próximo año 2004**
- **Se han presentado los resultados de la encuesta directa para conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud realizada por personal ajeno al Centro al Consejo de Salud**
- **Se han presentado los resultados de la encuesta telefónica para conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud con el servicio de urgencias realizada por el grupo de Calidad al EAP y al Consejo de Salud**
- **Se ha replanteado el uso del programa informático "AMEDAC" en sesión clínica, se discuten los posibles problemas de implantación del mismo. Se ha diseñado y realizado un cuestionario para pulsar de forma anónima la opinión de los profesionales**
- **Un miembro del EAP ha realizado el curso de formación en ecografía de la SEMG en Madrid en Diciembre de 2003**
- **Se ha diseñado la señalización horizontal del Centro y se ha remitido a la Gerencia para su realización**
- **Dos miembros del EAP han realizado el Curso de Evaluadores de EFQM, y se ha impartido en el EAP una sesión clínica del Modelo EFQM**
- **Se ha utilizado el registro creado de licencias de personal, para contabilizar en cada momento los días disfrutados, los motivos y los sustitutos que los trabajaron**

- **Se han realizado 3 sesiones clínicas del manejo de la anticoagulación oral en AP. Se ha comenzado el seguimiento del control del TAO, en 9 de los 10 cupos médicos, controlando semestralmente la calidad de dichos controles y se ha diseñado una encuesta de satisfacción para los usuarios de dicho servicio**
- **Se ha tratado de resolver los problemas de comunicación con el personal de refuerzo y sustitutos, se colocan las actas de todas las reuniones del EAP en la Sala de estar de Guardia, con lo que tienen acceso a las actividades realizadas y decisiones tomadas por el EAP**
- **Se han analizado las sugerencias de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto.**
- **Se han presentado 5 comunicaciones orales y 2 posters:**  
**Comunicaciones orales:**
  - **En las II Jornadas Aragonesas de Calidad en Salud (Zaragoza, febrero 2003):**
    - 1.-**“Plan Integral de Calidad del Centro de Salud de Cariñena”**
    - 2.-**“Valoración de la satisfacción y expectativas de los usuarios del Centro de Salud de Cariñena”**
  - **En el X Congreso Nacional y IV Internacional de la SEMG (Marbella, Junio 2003):**
    1. **“¿Mejoramos la Calidad de Cuidados del paciente diabético? Resultados de una reevaluación”**
  - **En el XVII Congreso Aragonés de Medicina Rural y Atención Primaria (Zaragoza, noviembre 2003):**
    1. **“Reevaluación de la cobertura vacunal en la población infantil del Centro de Salud de Cariñena”**
    2. **“Tiempo de demora Interconsultas”**

**Posters:**

- **En el X Congreso Nacional y IV Internacional de la SEMG (Marbella, Junio 2003):**
  - 1.- **“ Calidad percibida por los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un Centro de Salud Rural”**
  - 2.- **“La encuesta a los usuarios de un Centro de Salud rural como herramienta para la detección de mejoras”**

## **6.RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

- 1. Se ha mejorado la formación de los profesionales en diabetes y se está mejorando el control de la enfermedad en la ZBS**
- 2. Se ha hecho partícipe a la comunidad en temas sanitarios con las encuestas, han podido expresarse y ver que su opinión se tiene en cuenta**
- 3. Se han formado tres profesionales en ecografía, lo que va a facilitar a la población la accesibilidad a esa prueba diagnóstica**
- 4. Se ha facilitado la preparación de Sesiones clínicas y de formación y mejorado su Calidad con la utilización del cañón de proyección obtenido con recursos del proyecto anterior**
- 5. Se han aumentado los conocimientos del EAP en cuanto al Modelo de Calidad EFQM, lo que conlleva una mejor aceptación y disposición de los profesionales hacia el mismo**
- 6. Se ha mejorado la accesibilidad de los pacientes al control del TAO y la Calidad del mismo**
- 7. Se ha mejorado la infraestructura del servicio de urgencias con la dotación informática y la implantación del programa "AMEDAC"**
- 8. Se ha dado a conocer nuestra experiencia a otros compañeros con las diferentes comunicaciones y posters admitidos en diferentes congresos**

## **7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

**Ver actividades en punto 8 del Anexo 2 y Cronograma en punto 10 del Anexo 2**

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

- 1.- Falta de tiempo dentro del horario laboral para el desarrollo del mismo**
- 2.-Retraso en la resolución de la convocatoria y desconocimiento hasta muy avanzado el año de los recursos asignados**
- 3.-Escasa dotación económica**

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

**Ya presentados en punto 11 del anexo 2**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### **1.- TÍTULO**

PRIMERA EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS SOBRE LA ASISTENCIA PRESTADA EN LOS DISTINTOS PROGRAMAS DEL CENTRO DE DIA ROMAREDA.

REALIZACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION PSICOSOCIO LABORAL PARA LOS PACIENTES DEL CENTRO OCUPACIONAL DELICIAS.

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos:** ANTONIO TARI GARCIA Y ASUNCION PASCUAL GARCIA

**Profesión** PSIQUIATRA **Centro de trabajo** CENTRO DE DIA "ROMAREDA"  
**Profesión** PSIQUIATRA **Centro de trabajo** HOSPITAL PSIQUIATRICO  
 "NTRA. SEÑOR DEL PILAR"

**Correo electrónico:** cdromareda@aragob.es

**Nombre y apellidos:**

**Correo electrónico:**

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

| <b>Nombre y apellidos</b> | <b>Profesión</b> | <b>Centro de trabajo</b> |
|---------------------------|------------------|--------------------------|
| MANUEL PEREZ PASCUAL      | Psicólogo        | Centro de Día "Romareda" |
| ROSA GIMENEZ NAVARRO      | A.T.S.           | Centro de Día "Romareda" |
| MARIA VILLARROYA LACILLA  | A.T.S.           | Centro de Día "Romareda" |

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

| Nombre y apellidos                     | Profesión             | Centro de trabajo             |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| ISIDRO PEÑA JUAN                       | Aux. Psiquiátrico     | Centro de Día "Romareda"      |
| RAQUEL CARNEIRO LAZARO                 | Terapeuta Ocupacional | Centro de Día "Romareda"      |
| ENCARNA HERAS LOPEZ                    | Terapeuta             | Centro de Día "Romareda"      |
| RAQUEL TRAMULLAS GASCON                | Aux. Administrativo   | Centro de Día "Romareda"      |
| ROSA GARCES TRASOBARES                 | Psicóloga             | Colaboradora                  |
| ARANZAZU MUNARRIZ JIMENEZ              | Aux. Psiquiátrico     | Centro Ocupacional "Delicias" |
| M <sup>a</sup> DOLORES LAFUENTE GUMIEL | Aux. Psiquiátrico     | Centro Ocupacional "Delicias" |
| JOSE M <sup>a</sup> BELTRAN MORENO     | Jefe de Unidad        | Centro Ocupacional "Delicias" |
| NOELIA HERAS ALONSO                    | Terapeuta Ocupacional | Centro Ocupacional "Delicias" |

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

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

##### Centro de Día "Romareda"

Uno de los principios metodológicos de la rehabilitación psicosocial es la necesidad de implicar de forma activa al sujeto en su proceso de rehabilitación. De ahí la importancia de considerarlo un elemento clave en la evaluación de la atención recibida.

La realización periódica de investigaciones sobre la satisfacción de los usuarios y sus familias en los dispositivos de rehabilitación es uno de los requisitos para las actividades de acreditación de dichos dispositivos.

Hasta la fecha el método en el Centro de Día respecto a valorar la satisfacción sobre la atención recibida ha sido mediante entrevistas clínicas en el momento del alta del paciente. Aunque las "impresiones" en general son positivas nos parece importante recoger la información con una metodología más estandarizada y más discriminada.

##### Centro Ocupacional "Delicias"

Dada la ausencia de un programa de rehabilitación estructurado para estos pacientes, es necesario implantarlo para optimizar su asistencia. Por ello, los pasos seguidos serían:

- 1) Poner en marcha un sistema de evaluación eficaz que ilustre de forma amplia la situación clínica y las capacidades laborales de los pacientes derivados a este recurso.
- 2) Iniciar un programa de intervenciones de tipo rehabilitador dirigido a todos y cada uno de los usuarios que pertenezcan a este recurso, así como a las futuras derivaciones.
- 3) Mejorar el sistema de derivaciones de pacientes.
- 4) Mejora en los recursos del área ocupacional-laboral así como en el adecuado aprovechamiento de éstos.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**Centro de Día "Romareda"

Tener una primera evaluación de los pacientes dados de alta en el Programa de Rehabilitación Intensiva en el primer semestre del año 2004, así como una evaluación de aquellos pacientes que permanecen actualmente en el Programa C. de Día y en el Programa C.Ocupacional (Programas de largo tratamiento).

Centro Ocupacional "Delicias"

1. Incrementar el número de pacientes que dispongan de historias donde estén recogidos tanto los aspectos clínicos como los aspectos laborales, así como instrumentos estandarizados que apoyen los datos recogidos y ofrezcan una definición más certera del funcionamiento en todas las áreas vitales.
2. Conseguir que a un gran número de pacientes se les haya realizado un Plan Individualizado de Rehabilitación.
3. Adecuar las derivaciones a los recursos que se disponen. Favorecer la derivación de pacientes hasta conseguir una tasa de ocupación superior al 95 %.
4. Mejorar la asistencia a los talleres disminuyendo las ausencias y los abandonos.
5. Incrementar las relaciones entre los usuarios del taller tanto dentro como fuera de los talleres.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Centro de Día "Romareda"

La situación de partida es la inexistencia de una normativa respecto a la recogida de información sobre la satisfacción de los usuarios y sus familias respecto a la atención recibida.

Carecemos por tanto de instrumentos consensuados para dicha valoración.

Escasa cultura entre los profesionales de la utilidad de recoger dicha información como instrumento de feed-back para modificar la asistencia.

Posibles causas: Cultura profesional  
Ausencia de Manual de Procedimientos Adecuado  
Enfoque muy centrado en lo clínico  
Falta de asesoramiento estadístico

Fuentes de información: Memorias de CPRS (Madrid) y otros dispositivos de Rehabilitación Psicosocial.

Manuales de Rehabilitación Psicosocial y Cuadernos Técnicos.

Publicaciones sobre Calidad Asistencial en Servicios de Salud Mental.

Centro Ocupacional "Delicias"

La situación actual es que cada paciente se halla inserto en actividades del taller ocupacional o de CEE pero no se ha explicitado un proyecto de RHB laboral donde se especifiquen objetivos futuros ni en esa área ni en otras áreas vitales de interés.

Posibles causas que inciden en el problema:

1. Los tres dispositivos laborales existentes se encuentran en diferentes momentos evolutivos, parten de circunstancias diferentes.
2. Ausencia de una estructura asistencial psiquiátrica que unifique estos recursos permitiendo un recorrido rehabilitador en el que se estratifiquen objetivos laborales y en otras áreas vitales.

Fuentes de información:

1. Informes de derivación
2. Historias clínicas
3. Proceso de adaptación en el taller ocupacional
4. Opiniones recogidas del personal del servicio de forma no estructurada.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Centro de Día "Romareda"

Establecer por parte del coordinador del Centro la Normativa a cumplir en este aspecto y nombrar a los responsables (Responsable de cada uno de los Programas).

Establecer un grupo de trabajo entre los profesionales adecuados a fin de estudiar y seleccionar y adecuar a nuestro Centro los cuestionarios de satisfacción más utilizados en dispositivos similares al nuestro .

Aplicación de dicho cuestionario por parte de los profesionales titulados superiores del Centro.

Análisis de los resultados por los profesionales implicados.

Centro Ocupacional "Delicias"

1. Sistematizar el protocolo de evaluación de los usuarios estructurándolo en tres entrevistas clínicas llevadas a cabo por parte del Psiquiatra y del T.O., tanto con el paciente como con la familia. Irá dirigido a establecer un diagnóstico clínico y a detectar las capacidades ocupacionales o laborales de que dispone el usuario, así como a establecer una priorización de sus necesidades.
2. Reuniones periódicas de los miembros del equipo responsable de cada dispositivo con el terapeuta ocupacional y el médico psiquiatra.
3. Puesta en común de los datos de que se dispone en las diferentes áreas, datos del proceso de evaluación, en lo que se refiere tanto a la historia clínica como a la historia laboral y datos de informes de derivación, tanto datos de su adaptación laboral en los dispositivos. Con todos estos datos se elabora el Plan Individualizado de Rehabilitación.
4. Intervenciones individuales, familiares, enmarcadas en el desarrollo y ejecución del PIR.
5. Búsqueda de actividades lúdicas, sociales, formativas en recursos psiquiátricos de la red o bien normalizados.
6. Puesta en marcha de Talleres Polivalentes y Talleres dirigidos a la mejora de Actividades de la Vida Diaria, diseñados para aquellos usuarios, en su mayoría pacientes de la UME, con actividades de tipo ocupacional, relacional y lúdico que favorezca la mejora de destrezas manuales, habilidades sociales y capacite para la autonomía personal.
7. Trabajar el sistema de derivaciones tanto intrahospitalario como extrahospitalario. En el primer caso, a través de la instauración de reuniones de derivación entre responsables de la UME y responsable del COD.
8. A nivel extrahospitalario, información a los C.S.M. a través de la elaboración de un díptico donde se recojan los recursos que se puedan ofertar.

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

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
| <p><b>9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b></p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar</p> <p><u>Centro de Día "Romareda"</u></p> <p>Establecimiento del <b>criterio: El Centro o consulta evalúa de manera periódica mediante encuestas, el nivel de satisfacción de los pacientes en relación con el tratamiento y los servicios ofrecidos.</b></p> <p>El indicador sería, en primer lugar, un indicador de estructura en relación con la existencia de un documento que establezca la norma de recoger la satisfacción de los usuarios y sus familias en el momento del alta en el Programa de duración limitada, así como la evaluación anual de la satisfacción en los usuarios de largo tratamiento. Como indicador de proceso estableceríamos que el 90% de pacientes de alta en el 2004 tuvieran rellenado el cuestionario de evaluación-satisfacción de calidad asistencial, y el mismo estandar (90%) en los usuarios de largo tratamiento.</p> <p>Otro indicador sería que en la Memoria anual apareciera reflejado al menos un estudio estadístico simple sobre la respuestas a dicho cuestionario.</p> <p><u>Centro Ocupacional "Delicias"</u></p> <p>Proyecto con una duración de un año, con una evaluación cada seis meses.</p> <p>Indicadores que se van a utilizar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porcentaje de historias clínicas y laborales completas realizadas.</li> <li>2. Porcentaje de usuarios que disponen de un Plan Individualizado de Rehabilitación.</li> <li>3. Porcentaje de ausencias de los talleres.</li> <li>4. Porcentaje de abandono de los recursos ofertados.</li> <li>5. Índice de ocupación.</li> <li>6. Porcentaje de usuarios que han requerido ingreso hospitalario por descompensación.</li> </ol> |
|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p><b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b></p> <p>Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p>                               |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td><b>Centro de Día "Romareda"</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Fecha de inicio:</b> Marzo del 2004</td> <td><b>Fecha de finalización:</b> Febrero del 2005</td> </tr> </table> | <b>Centro de Día "Romareda"</b>                |  | <b>Fecha de inicio:</b> Marzo del 2004 | <b>Fecha de finalización:</b> Febrero del 2005 |
| <b>Centro de Día "Romareda"</b>  |  |  |  |  |
| <b>Fecha de inicio:</b> Marzo del 2004   | <b>Fecha de finalización:</b> Febrero del 2005 |  |  |  |
| <p><u>Calendario:</u></p> <p>Abril-Mayo del 2004: Selección del cuestionario de evaluación de la satisfacción.</p> <p>Junio: Aplicación del cuestionario a aquellos pacientes que se dan de Alta en este</p> |  |  |  |  |

Anexo 2

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

periodo.

Julio-Septiembre: Revisión de los cuestionarios conseguidos

Septiembre- Diciembre: Aplicación del cuestionario a pacientes en Programas de Largo Tratamiento.

Diciembre-Enero: Estudio estadístico y realización de Memoria

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

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

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

**Centro Ocupacional "Delicias"**

**Fecha de inicio:** 15 de Junio 2003

**Fecha de finalización:** 15 de Junio 2004

Calendario:

Hasta Diciembre del 2003: Elaboración del PIR para cada uno de los pacientes.

Marzo 2004: 1ª Evaluación de resultados.

Septiembre 2004: 2ª Evaluación.

Finalización del proyecto.



## **PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN**

### **1.- TÍTULO**

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

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos: Antonio Tarí García y Asunción Pascual García**

**Profesión Psiquiatra Centro de trabajo C. de Día Romareda**

**Profesión: Psiquiatra Centro de trabajo: Hospital Psiquiátrico**

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

Fecha de inicio: Marzo del 2003

Fecha de actualización: 15 de Enero del 2004

### **4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO**

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

#### **Centro de Día Romareda**

#### **Cambios respecto a los componentes del equipo de mejora:**

Han causado baja en dicho equipo los siguientes profesionales:

FERNANDO LAGUNA ARRANZ

TERESA MAYOR HERRANDO

MARIO FORNIES CARDIEL

DAVID GIMENO LANUZA

#### **Cambios respecto a las líneas de intervención**

En relación con lo que planteabamos de la elaboración de un folleto informativo sobre los Programas del Centro de Día, hemos sustituido dicho objetivo por la realización de una Memoria cuya Introducción consiste en una descripción sistemática de Programas, Perfiles de pacientes, Metodología de trabajo y descripción de las Intervenciones en los distintos Programas Asistenciales. Faltan recoger los últimos datos del 2003, que esperamos estén para finales de Enero del 2004, en cuyo momento la remitiremos a la Gerencia del Sector y a la Dirección de Salud Mental para solicitar su aprobación y la

realización del folleto informativo.

En relación las Areas Ocupacionales, Ocio y T.Libre y Psicoterapeutica

Hemos establecido a lo largo del año pequeños comités que definieran claramente los objetivos de estas areas de intervención, consensado instrumentos de evaluación en dichas area, así como el establecimiento de algunos indicadores. Algunas conclusiones de dicho trabajo se recogen en el Documento Memoria citado.

En el Area Psicoterapeutica se estableció la necesidad de insturar sesiones clínicas que trabajaran exclusivamente las problemáticas que surgen en dicha area en el trabajo con los pacientes.

**Centro Ocupacional Delicias**

Fechas previstas: en Diciembre de 2003 se habrán realizado el 80 % de los PIR previstos.

**5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO****Centro de Día "Romareda"**

Delimitamos algunas áreas de mejora de manera cuantificada a través del Manual de autoevaluación

Análisis de las causas: Ausencia de Documentos consensuados

Identificación y puesta en marcha de las medidas correctoras:

Un círculo de calidad diseñó y estableció los siguientes documentos:

- Documento de Evaluación funcional
- Documento PIRR
- Documento de Alta
- Documento de Seguimiento
- Selección y consenso respecto a instrumentos estandarizados a emplear en la admisión y alta

Se asignó el cumplimiento de la documentación a los profesionales responsables y tiempo de aplicación

Un círculo de calidad estudió la lista de espera y se estableció que un grupo de profesionales la gestionara con el objetivo de reducir el tiempo de espera entre la derivación y el inicio de la asistencia.

**Centro Ocupacional "Delicias"**

- Sistematizar un protocolo de evaluación de los usuarios.
- Reuniones periódicas de los miembros responsables de cada dispositivo.

**6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO****Centro de Día "Romareda"**

Aunque no tenemos aún los datos dado que nos falta aplicar de nuevo la Escala de Autoevaluación, por las medidas propuestas y realizadas sabemos que casi con seguridad los objetivos que nos propusimos respecto a la recogida de información y cumplimiento de los procesos básicos asistenciales han sido cubiertos.

En relación con la lista de espera hemos reducido el tiempo de espera ha pasado de casi un año para aquellos pacientes derivados en el año 2002 a seis mese en los pacientes derivados en el primer semestre del 2003 y tres meses en aquellos pacientes derivados en el último semestre del 2003.

#### **Centro Ocupacional "Delicias"**

- Gran número de pacientes dispone de historias completas donde se recogen aspectos clínicos, y capacidades laborales.
- Se han realizado más del 80 % de PIR a los usuarios.

### **7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

#### **Centro de Día "Romareda"**

Aplicación de nuevo de la Escala de Autoevaluación (Monitorización del proceso) :  
Febrero- Marzo del 2004

#### **Centro Ocupacional "Delicias"**

- Marzo de 2004, evaluación de resultados.
- Septiembre de 2004, finalización del proyecto.

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

Ausencia de información cuantificable sobre nuestro punto de partida, lo que nos permitiría ver la evolución de nuestra actividad en el tiempo y finalmente como decíamos fijar objetivos. Los datos recogidos en el registro de casos son claramente inadecuados para plantear evaluaciones respecto a la calidad.

Ausencia de una definición clara de la misión del dispositivo dada la escasez de plazas que supone para atender las necesidades de la posible población de referencia (pacientes con TMG de la ciudad de Zaragoza). Cuando el recurso es manifiestamente insuficiente es difícil desde la dirección establecer claramente la misión del dispositivo.

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

| <b><i>Material/Servicios</i></b> | <b><i>Euros</i></b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|----------------------------------|--|
|                                  |  |
|                                  |  |
|                                  |  |
|                                  |  |



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

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

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos** ARMANDO J. COLOMER SIMÓN

**Profesión** ENFERMERO

**Centro de trabajo** C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR

**Correo electrónico:** acolomer@aragob.es

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

| <b>Nombre y apellidos</b>            | <b>Profesión</b> | <b>Centro de trabajo</b>               |
|--------------------------------------|------------------|--|
| José Manuel Granada López            | Enfermero        | Centro de Salud Mental. Zaragoza       |
| Ana Belén Morales Rozas              | Enfermera        | Centro de Salud Mental. Zaragoza       |
| Ana Béjar Iñiguez                    | Enfermera        | C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza. |
| M <sup>a</sup> Isabel García Marco   | Enfermera        | C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza. |
| Olga Vidaller Escudero               | Enfermera        | C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza. |
| Luis Benedí Sanz                     | Enfermero        | H. Clínico Universitario Zaragoza.     |
| Manuel Langa Sanjosé                 | Enfermero        | H. Clínico Universitario Zaragoza.     |
| Marga Esteban Escolano               | Enfermera        | H. Clínico Universitario Zaragoza.     |
| Teresa Antoñanzas Lombarte           | Enfermera        | H. Clínico Universitario Zaragoza.     |
| Concha Rubio Soriano                 | Enfermera        | H. Clínico Universitario Zaragoza.     |
| M <sup>a</sup> Jesús Rivarés Morcate | Enfermera        | Hospital San Jorge. Huesca.            |
| Elena Fidalgo Abadías                | Enfermera        | Hospital San Jorge. Huesca.            |
| M <sup>a</sup> Carmen Marcén Seral   | Enfermera        | Hospital San Jorge. Huesca.            |
| Ana García Pardos                    | Enfermera        | Hospital San Jorge. Huesca.            |
| Marta Elboj Saso                     | Enfermera        | Hospital San Jorge. Huesca.            |

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

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

- Dificultades para los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) tras el alta de Unidades de Corta Estancia para vincularse con los recursos de la red de salud mental a los que es derivado.
- Incumplimiento de citas y seguimiento de tratamiento tras el alta de Unidades de Corta Estancia.
- Frecuente insatisfacción de las familias, tras el alta de Unidades de Corta Estancia, por las dificultades de manejo y convivencia con la persona con TMG (alta emoción expresada, déficit de conocimientos e insuficiente capacidad de contención).
- Escaso desarrollo de soporte domiciliario desde los recursos de Salud Mental.
- Necesidad de implantación de programas de autoayuda para familias de pacientes con TMG.

Métodos de detección: aplicación de los criterios operativos del Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial del Plan Estratégico de Salud Mental del Salud.

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

- Consenso de aplicación de criterios para la definición de las personas con TMG.
- Programa de preparación al alta para pacientes con TMG desde las Unidades de Corta Estancia.
- Oferta desde los recursos de Salud Mental de programas de autoayuda para familias de pacientes con TMG.
- Establecimiento de indicadores de resultados de estos programas.
- Documentación informativa para familiares y pacientes.
- Proyecto de desarrollo de mecanismos informáticos para la comunicación de pacientes y familias con la enfermera de su Centro de Salud Mental, para disponibilidad no programada.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Los pacientes afectados por TMG son los que generan mayor consumo de recursos de salud mental, suponen la mayor fuente de insatisfacción para familiares que a su vez determinan una demanda, frecuentemente injustificada (sentida), de dispositivos de internamiento. Estas situaciones provocan alarma social en el entorno de convivencia de estos pacientes.

Es decir, hay numerosos pacientes catalogables como TMG, que produciendo un alto número de estancias hospitalarias apenas hacen uso de recursos comunitarios instalados en la red de salud mental.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

A través de los servicios que en estos dos últimos años han conseguido mayor nivel de implantación de la Guía de Cuidados Enfermeros en la red de Salud Mental de Aragón, del Plan Estratégico de Salud Mental.

- Consensuar criterios de clasificación de las personas con TMG.
- Elaboración de indicadores de consecución de objetivos.
- Selección de pacientes con TMG desde dos Unidades de Corta Estancia.
- Aplicación del Programa de preparación al alta de UCE.
- Elaboración de Programa de autoayuda para familiares de pacientes con TMG.
- Selección de familiares para inclusión en este programa.
- Aplicación del Programa de autoayuda para familiares de pacientes con TMG.
- Evaluación y resultados de estos programas.
- Diseño de documentación informativa para familiares y pacientes.
- Proyecto de desarrollo de mecanismos informáticos para la comunicación de pacientes y familias con la enfermera de su Centro de Salud Mental, para disponibilidad no programada.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

La evaluación de los puntos proyectados se realizará con los indicadores seleccionados que incluirán, entre otros, encuestas de satisfacción de usuarios y familiares, escalas de asertividad y emoción expresada, cumplimiento de citas, adhesión a tratamientos y pautas terapéuticas, número de reingresos y utilización de recursos de la red de salud mental.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 16 de febrero de 2004

Fecha de finalización: 30 de noviembre de 2004

Caleandario:

A determinar en la primera reunión del grupo.

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

| <b><i>Material/Servicios</i></b>   | <b><i>Euros</i></b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|--|--|
| Material bibliográfico actualizado   | 600 euros  |
| Tripticos informativos   | 900 euros  |
| Ordenador y conexión con e-mail para las enfermeras de los Centros de Salud Mental incluidos en el proyecto. |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| <b>TOTAL</b>   | 1500 euros<br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo          |

**Fecha y firma:**

Zaragoza, a 19 de enero de 2004

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.-TITULO

Plan de mejora de la coordinación entre Neurología y Atención Primaria para la Asistencia a los Pacientes con DEMENCIAS, CEFALEAS y RADICULOPATIAS.

### 2.-RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos** Cristina Iñiguez Martinez

**Profesión** F.E.A. de NEUROLOGÍA **Centro de trabajo** H.C.U.

**Correo electrónico:** [nrlh@hcu-iblesa.es](mailto:nrlh@hcu-iblesa.es)

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

| <b>Nombre y apellidos</b> | <b>Profesión</b>                          | <b>Centro de trabajo</b> |
|---------------------------|---|--------------------------|
| Pilar Larrodé Pellicer    | F.E.A. Neurología                         | H.C.U.                   |
| José Angel Mauri Llerda   | F.E.A. Neurología                         | H.C.U.                   |
| Sonia Santos Lasaosa      | F.E.A. Neurología                         | H.C.U.                   |
| Carlos Tejero Juste       | F.E.A. Neurología                         | H.C.U.                   |
| Elena López García        | F.E.A. Neurología                         | H.C.U.                   |
| Oscar Fabre Pi            | M.I.R. Neurología                         | H.C.U.                   |
| Moisés Garcés Redondo     | M.I.R. Neurología                         | H.C.U.                   |
| Cristina Pérez Lázaro     | M.I.R. Neurología                         | H.C.U.                   |
| Fernando Flor de Lis      | Coordinador de Atención Primaria (área 3) |                          |

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

### **Importancia y utilidad del proyecto. Métodos de detección y priorización empleados:**

La demora media para una primera visita en las consultas de Neurología del C.E.M. Inocencio Jiménez (Area 3), superaba los 4 meses en el 2002.

Durante los meses de noviembre y diciembre de dicho año, se recogieron de forma prospectiva y consecutiva los datos de 1035 pacientes atendidos como primera consulta para tratar de averiguar los motivos de dicha consulta, desde donde eran remitidos y cual era la demora, además de datos demográficos.

En este estudio se objetivó que un 80.9% de las consultas provenían de Atención 1ª, y que las patologías más prevalentes eran:

- Cefaleas: 23.4% de las primeras consultas.
- Pérdida de memoria: 11% de las primeras consultas.
- Radiculopatías 8% de las primeras consultas.

La protocolización consensuada entre Atención Primaria y Neurología con referencia a estas tres patologías podría contribuir a mejorar la calidad de la asistencia, reducir la tasa de derivaciones con la consecuente disminución de la demora, mejorando la accesibilidad general de los pacientes a las consultas de Neurología.

La primera actuación para mejorar la coordinación será la protocolización consensuada en la atención a estos tres procesos.

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

1-Mejorar la derivación de pacientes desde Atención Primaria y así contribuir a regular la demanda y mejorar la utilización de los recursos.

2-Garantizar y mejorar la continuidad de la asistencia en patologías neurológicas crónicas como son las tres incluidas en el proyecto (cefaleas, demencias y radiculopatías).

3-Contribuir a la Formación Continuada en Atención Primaria y a mejorar la relación entre ambos niveles asistenciales.

4-Disminuir la espera media y mejorar la accesibilidad a la consulta de Neurología.

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

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

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

## **7.-ANALISIS DEL PROBLEMA**

### **Situación de partida, posibles causas (poner algo más)**

La demanda de consulta neurológica se ha incrementado de forma considerable en los últimos años, llegando a producirse un desequilibrio entre dicha demanda y los recursos disponibles.

Entre las posibles causas que justifican el aumento desmesurado de la demanda se pueden incluir:

- El aumento de la prevalencia e incidencia de las enfermedades neurológicas sobre todo las patologías más crónicas, debido al envejecimiento de la población.

- El desarrollo de las neurociencias en los últimos años, con la aparición de nuevos tratamientos para enfermedades consideradas intratables hasta hace unos años.

- En términos generales existe entre un 10 y un 25% de casos con patología no estrictamente neurológica que son remitidos a las consultas de Neurología.

Como la mayor parte de los pacientes neurológicos provienen de Atención 1ª, se ha incrementado de forma considerable el número de pacientes derivados desde dichas consultas a Neurología, con el consiguiente incremento de la demora.

La regulación de la demanda es una necesidad si deseamos optimizar los recursos destinados a la asistencia neurológica ambulatoria. Por todos estos motivos es necesario mejorar la coordinación con Atención 1ª protocolizando aquellas patologías más prevalentes.

## **Fuentes de información**

-“Evaluación de los pacientes no presentados a las consultas de Neurología”. C. Iñiguez, P. Larrodé, JA. Mauri, S. Santos, C. Tejero, E. López, JC. Sanz-Lacruz. Revista de Neurología 2003;37(diciembre): 1104-1106.

-“Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de Neurología en la Seguridad Social de Aragón: resultados globales”. Revista de Neurología, 1997;25:194-199.

-Plan estratégico nacional para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas. Sociedad Española de Neurología. 1ª ed. Barcelona 2002.

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

### **Medidas previstas y responsables**

1º-Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de protocolos.

2º-Desarrollar los protocolos de actuación de las patologías más prevalentes (cefaleas, demencias y radiculopatías); protocolos de seguimiento y tratamiento de dichas enfermedades así como definir los criterios de consulta urgente, preferente o programada.

3º-Preparación y diseño del material de trabajo.

4º-Presentación de estos documentos de forma práctica en los diferentes Centros de Salud urbanos del área 3.

Cada uno de los componentes del equipo de mejora acudirá a uno de los seis centros de salud urbanos aproximadamente dos veces cada tres meses.

## **9.-EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

**Cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar:**

-Recoger de forma prospectiva y consecutiva los datos referentes a los pacientes atendidos en las consultas de Neurología del C.E.M. Inocencio Jiménez durante los

meses de noviembre y diciembre del 2004 y compararlos con los datos obtenidos en el estudio realizado durante el mismo periodo en el 2002 (demora, número de pacientes derivados desde los diferentes centros de salud del área, proporción de pacientes remitidos con las patologías protocolizadas etc) antes de la puesta en marcha del plan de mejora.

-Valorar el cumplimiento de los protocolos de derivación tanto en la consulta de Neurología como en Atención primaria.

## **10-DURACION Y CALENDARIO PREVISTOS**

**Fecha de inicio:** 16/01/04. **Fecha de finalización:** 20/12/04.

**Calendario:**

-Protocolo de cefaleas (desarrollo y presentación en los Centros de Salud Urbanos del Area 3): 1ª trimestre del 2004.

-Protocolo de demencias: 2º trimestre del 2004.

-Protocolo de radiculopatías: 4º trimestre del 2004.

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

| <b><u>Material / Servicios</u></b>                           | <b><u>Euros</u></b> |
|--|---------------------|
| Ordenador portátil, para la presentación de los protocolos   | 2.000               |
| Asistencia a congreso nacional para presentar los resultados | 1.000               |
| Gastos de desplazamiento a los centros                       | 300                 |
| Material fungible (fotocopias, discos, Cd etc)               | 300                 |
| <b>TOTAL</b>   | <b>3.600</b>        |

**Fecha y firma:**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

"Implantación de un sistema de calidad en el tratamiento y control evolutivo de los pacientes con insuficiencia cardiaca"

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos:** Ruiz Laiglesia, Fernando José

**Profesión** Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Unidad B.

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

**Correo electrónico:** mibh-fruiz@hcu-lblesa.es

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

| Nombre y apellidos            | Profesión   | Centro de trabajo                              |
|-------------------------------|---|--|
| Manuel Amores Ferreras.       | Jefe Clínico de Medicina Interna. Responsable de Calidad. Servicio de Medicina Interna. Unidad B. | Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". |
| Juan Ignacio Pérez Calvo.     | Jefe Clínico de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Unidad B.                         | Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". |
| Maria Pilar Sampérez Legarre. | Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Unidad B.     | Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". |
| Francisco José Ruiz Ruiz.     | Médico Residente de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna.                               | Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". |
| Raquel Dolz Aspas.            | Médico Residente de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna.                               | Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". |
| José Luis Morales Rull.       | Médico Residente de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna.                               | Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". |

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

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Álvaro Flamarique Pascual. | Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".<br>Medicina Interna. |
| Marta Sánchez Marteles.    | Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".<br>Medicina Interna. |

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

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

- La insuficiencia cardiaca (IC) tiene una prevalencia en la población por encima de 65 años de un 5%; ello supone alrededor de 7.561 pacientes, diagnosticados o no, en el sector Zaragoza III, en el que está integrado el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCU).
- Por otra parte, los códigos CIE-9 MC 428, 427, 398 y 415 que abarcan la insuficiencia cardiaca y complicaciones representaron el 14.33 % de las altas (567 pacientes) de los servicios de Medicina Interna del HCU (Memoria 2002).
- A pesar de la prevalencia en la población, en el total de ingresos y el alto consumo de recursos que la IC genera en Atención Primaria y en Medicina Interna, no existen programas de educación higiénico-sanitaria dirigidos a los enfermos, ni vías de comunicación o coordinación con los Médicos de Atención Primaria (MAP)

Por todo ello, existe oportunidad de mejorar:

1. Mejorar las líneas de comunicación con entre el MAP y el Médico Especialista en Medicina interna.
2. La educación higiénico-sanitaria de los pacientes.
3. Aplicar y difundir las Guías de Práctica Clínica en IC.

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

1. Mejorar la continuidad asistencial en el proceso de la IC.
2. Disminuir el número de reingresos y frecuentación de urgencias.
3. Mejorar el tratamiento y control de los pacientes con IC.
4. Mejorar la coordinación con el MAP.
5. Adquirir experiencia en el manejo del modelo Mejora Continua de la Calidad
6. Introducir el sistema de Gestión por Procesos en IC

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

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

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

## **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

- Actualmente no hay estudios globales realizados en Medicina Interna sobre la tasa de reingresos y frecuentación de urgencias de los enfermos con IC del sector Zaragoza III.
- A pesar de la importancia del MAP en la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la IC, no existen canales de comunicación ágiles entre la Atención Primaria y la Especializada, incluida la Medicina Interna. Ello puede ser atribuido a la sobrecarga asistencial que obliga a la solución de problemas "inmediatos" y a la rigidez del sistema que dificulta la comunicación entre niveles asistenciales y profesionales, así como su proyección en la comunidad.
- A pesar de la importancia del conocimiento del paciente sobre la prevención de la enfermedad, sus reagudizaciones y el reconocimiento de los signos o síntomas de alarma, no existen programas de educación higiénico-sanitaria.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Realizar una evaluación de la calidad asistencial en IC en el servicio de Medicina Interna (planta 12A, unidad B) del HCU, con los siguientes indicadores:
  - a. Tasa de ingresos y reingresos
  - b. Frecuentación en urgencias
  - c. Estancia media
  - d. Mortalidad
  - e. Adecuación terapéutica
2. Adaptación y aplicación de las recomendaciones emanadas de las Guías de Práctica Clínica en IC de las sociedades españolas y europeas de Medicina Interna y Cardiología a los pacientes ingresados en Medicina Interna (planta 12ª, unidad B):
  - a. Educación higiénico-sanitaria del paciente.
  - b. Adecuar las pautas de tratamiento a las Guías de Práctica Clínica.
3. En los enfermos pertenecientes a los Centros de Salud urbanos de Univérsitas y Delicias Sur (57.517 habitantes):
  - a. Informar a su MAP: notificación del ingreso, notificación del alta, interconsultas.
  - b. Establecer una línea de comunicación (línea telefónica y correo electrónico) con su MAP
  - c. Ofertar una consulta externa de Medicina Interna al MAP con especial dedicación a la IC, donde remitir a los pacientes en caso de empeoramiento sintomático que haga suponer la posibilidad de recaída.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

1. Al principio del proyecto realizar una evaluación de la calidad asistencial en IC en el servicio de Medicina Interna (planta 12A, unidad B) del HCU, con los siguientes indicadores:
  - a. Tasa de ingresos y reingresos
  - b. Frecuentación en urgencias
  - c. Estancia media
  - d. Mortalidad
  - e. Adecuación terapéutica
2. Al final de los años 2004 y 2005 realizar nuevas evaluaciones de la calidad asistencial en IC en el servicio de Medicina Interna (planta 12A, unidad B) del HCU con los mismos indicadores.
3. Al final de los años 2004 y 2005 comparar los resultados de dichos indicadores con los del inicio.
4. Al final de los años 2004 y 2005 comparar la tasa de ingresos y reingresos, frecuentación en urgencias, estancia media y mortalidad de los pacientes con IC de los Centros de Salud de Univérsitas y Delicias Sur, con los del resto de Centros de Salud urbanos del Sector Zaragoza III.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1/7/04

Fecha de finalización: 31/12/05

Calendario:

1. Julio 2004: evaluación inicial de la calidad asistencial en IC en el servicio de Medicina Interna (planta 12A, unidad B) del HCU y comunicación del proyecto a los MAP de los Centros de Salud de Univérsitas y Delicias Sur.
2. Diciembre 2004 y diciembre 2005:
  - Evaluación de la calidad asistencial en IC en el servicio de Medicina Interna (planta 12A, unidad B) del HCU.
  - Comparación con los resultados iniciales.
  - Comparación de la tasa de ingresos y reingresos, frecuentación en urgencias y mortalidad de los pacientes con IC de los Centros de Salud de Univérsitas y Delicias Sur, con los del resto de Centros de Salud urbanos del Sector Zaragoza III.

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

| <b>Material/Servicios</b>   | <b>Euros</b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|---|---|
| Un ordenador personal con conexión a Internet y a las bases de datos del HCU (HPDOCTOR, HPHIS, INTRALAB) y correo electrónico | 1600 €  |
| Un ordenador portátil y cañón de proyección para presentaciones en los Centros de Salud                                       | 2800 €  |
| Material didáctico dirigido a los pacientes y para difusión de las Guías de Práctica Clínica y Protocolos                     | 500 €   |
| Asistencia a congresos y cursos relacionados con el tema  | 1200 €  |
| <b>TOTAL</b>  | 6.100 €<br><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo  |

**Fecha y firma:** Zaragoza 13 de enero de 2004

Fernando José Ruiz Laiglesia



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

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

La información sanitaria al paciente, es un derecho del mismo contemplado en el Cap. II, Art. 4 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre. La correcta comprensión por parte del paciente, entorno familiar y médico de cabecera, mediante una adecuada y continuada información redunda siempre en un mejor proceso médico.

Nuestro grupo de mejora identificó esta oportunidad de mejora mediante la técnica de "grupo nominal", y se priorizó, frente a otras detectadas, mediante el método de ponderación (rank weight).

Así mismo, hemos revisado los resultados de las encuestas de satisfacción de paciente realizadas por el Servicio de Atención al Paciente y la Unidad de Calidad del HCU del período 1994-2001.

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

Información correcta y adecuada para el paciente, su entorno familiar, y para su médico de cabecera durante todo el proceso diagnóstico, terapéutico y posthospitalario neuroquirúrgico. Esperamos conseguir que el personal sanitario conozca los aspectos necesarios de la información, y, al tener un conocimiento mejor de ella, poco a poco vaya formando parte de su quehacer diario.

Se conseguiría mejorar la satisfacción del cliente y la mejora de los procesos asistenciales, y con ello, un impacto positivo en el modelo de calidad EFQM.

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

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

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Situación de partida: frecuentemente los pacientes se quejan de que no saben con quién están hablando, ni conocen el proceso asistencial que se va a seguir en su caso.

Posibles causas: mediante el diagrama causa-efecto se detectaron causas atribuibles a dificultades de:

1) Organización:

Falta de protocolos de información.

Falta de horario de información

2) Actitudes de los profesionales:

Falta de hábito

Falta de tiempo

3) Usuarios

Dificultades de comprensión del lenguaje técnico médico

Comparación inadecuada con casos que consideran erróneamente similares al suyo de otros pacientes de su entorno.

Fuentes de información: personal no sanitario sanitario y encuestas de satisfacción de pacientes.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Entrega de folleto informativo sobre el proceso asistencial específico en consulta externa, al ser incluido en lista de espera. Responsable: el neurocirujano.
2. Entrega del manual de acogida en el momento del ingreso, reflejándolo en la historia de enfermería. Responsable: enfermería.
3. Implantación en la planta de sistemas de información. Responsable: jefe de servicio y jefe clínico.
4. Sesiones semanales audiovisuales de la patología más frecuente en el servicio (hernia de disco cervical y lumbar). Responsable: supervisora de enfermería.
5. Entrega de informe de alta hospitalaria, médico y de enfermería, para paciente y médico de cabecera. Responsable: neurocirujano y enfermería.
6. Evaluación de resultados y conclusiones. Responsable: responsable del proyecto de mejora.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

**Indicadores**

1. % pacientes que han recibido folleto informativo.
2. % pacientes que han recibido manual de acogida.
3. Nº de historias clínicas en las consta que ha sido informado.
4. % pacientes que asisten a sesiones de información audiovisual.
5. % de historias clínicas en las que figura el consentimiento informado debidamente formalizado.
6. Nº de historias con informe de alta.

**Procedimiento de evaluación**

1. Encuesta SIAP (Servicio de información y atención al paciente)
2. Revisión de la historia de enfermería.
3. Revisión historias clínicas.
4. Encuesta SIAP.
5. Revisión historias clínicas.
6. Nº de historias con informe de alta.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1-4-2004

Fecha de finalización: 31-12-2005

Calendario:

1-4-2004 hasta 30-6-2004: implantación de actividades.

1-7-2004 hasta 30-9-2005: monitorización.

1-10-2005 hasta 31-12-2005: evaluación.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Evaluación de la etiología y del uso racional de fármacos en las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) atendidas en un Servicio de Urgencias Hospitalario y en un Centro de Salud Urbano.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos: Miguel Rivas Jiménez**

**Profesión: Coordinador S. Urgencias Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"**

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

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

| <b>Nombre y apellidos</b>    | <b>Profesión</b>   | <b>Centro de trabajo</b>                         |
|------------------------------|--------------------|--|
| <b>Julián Mozota</b>         | <b>Médico</b>      | <b>H. Clínico. S. Urgencias.</b>                 |
| <b>Dolores Sada</b>          | <b>Enfermera</b>   | <b>H. Clínico. S. Urgencias.</b>                 |
| <b>María Victoria Lázaro</b> | <b>MIR Familia</b> | <b>H. Clínico/ Centro de Salud Delicias Sur.</b> |
| <b>Enrique De la Figuera</b> | <b>Médico</b>      | <b>Centro de Salud Delicias Sur.</b>             |
| <b>Javier Suárez</b>         | <b>Médico</b>      | <b>Jefe S. Neumología del H. Clínico.</b>        |
| <b>Olga Torres</b>           | <b>Enfermera</b>   | <b>S. de Urgencias. H. Clínico.</b>              |
| <b>Joaquín Gómez</b>         | <b>Médico</b>      | <b>S. De Urgencias. H. Clínico.</b>              |

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

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

**La N.A.C. sigue siendo un problema sanitario de primer orden, dado que representa una de las principales causas de ingreso hospitalario y de mortalidad en los países desarrollados, afectando por término medio y año entre 5 y 10 personas por cada 1000, cifra que aumenta con la edad.**

**Durante la última década se ha producido un incremento de la edad de la población atendida y del número de pacientes con patologías crónicas e inmunosupresión (corticoides, etc) que, junto a cambios en los patógenos implicados y sus resistencias antibióticas, obligan a una constante adaptación a los protocolos clínicos y terapéuticos para una correcta actuación.**

**Son el centro de salud junto con el S. de Urgencias los lugares comunes para la atención a este tipo de patologías. Por ello se llevó a cabo un estudio descriptivo de las NAC atendidas en nuestro S. de Urgencias, en el que se estudió el uso racional de antibióticos en NAC, según protocolo del hospital al respecto, características clínicas y radiológicas y los criterios de gravedad; detectándose una falta de uso racional en el empleo de antibióticos en estos cuadros (grave y creciente problema de resistencias a neumococo en nuestra población), de adecuación de ingreso hospitalario en los mismos y de la calidad en la atención sanitaria prestada a los pacientes.**

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

- 1. Mejora en el uso racional de medicamentos, especialmente antibióticos en las NAC.**
- 2. Disminución en el número de ingresos hospitalarios inadecuados por NAC**
- 3. Disminución en el número de gasometrías arteriales solicitadas en este tipo de pacientes, así como mejora en la calidad de la técnica desarrollada por enfermería.**
- 4. Mejora en el cumplimiento terapéutico por parte de pacientes.**
- 5. Creación de una base de datos para el seguimiento de estos procesos.**
- 6. Realización de un protocolo común de actuación entre A. Primaria y la Hospitalaria ante la NAC.**
- 7. Uso de unos criterios comunes de gravedad.**

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

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

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

## **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

La aparición de nuevos patógenos, la mayor comorbilidad de los pacientes atendidos y los otros cambios acontecidos en nuestra población nos obligan a un seguimiento continuado de este importante problema de salud.

A pesar de los avances recientes en diagnósticos microbiológicos, sigue siendo la terapia empírica la única alternativa de tratamiento para la N.A.C. De ahí la importancia del conocimiento más exacto de los patógenos prevalentes, de los consensos de las sociedades científicas en el tratamiento de estos cuadros y su adaptación a nuestra zona de salud.

A su vez, sigue siendo importante estudiar las características clínicas y radiológicas de estos cuadros, y su división en "típica" y "atípica" para su correspondiente terapia, valoración de la posible etiología, de la gravedad del proceso y de las necesidades de hospitalización.

Junto a ello, es obligado el seguimiento en la calidad de la atención prestada a nuestros pacientes, tanto en el número y tipo de pruebas complementarias solicitadas (especialmente la gasometría arterial frente a la oximetría de pulso), así como mejoras en la técnica de extracción de gasometrías (procedimiento publicado por la SEPAR).

Tres son las fuentes fundamentales de información en este problema:

1. las historias clínicas cumplimentadas por los facultativos del S. de Urgencias y del Centro de Salud.
2. Datos de los hemocultivos, cultivos de esputos y serología solicitados en las neumonías que requiriesen ingreso hospitalario.
3. Registros de enfermería de ambos centros.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. **Difusión entre los facultativos de los consensos terapéuticos y clínicos de las sociedades científicas y del protocolo de neumonías de la comisión de infecciones del H. Clínico, mediante la publicación de un procedimiento común (Dres Suárez, De la Figuera y Rivas).**
2. **Indicaciones de la gasometría arterial y explicación de su técnica para enfermería (Responsables de enfermería)**
3. **Creación de una base de datos para el seguimiento de pacientes (Dres. Gómez, Mozota y Rivas)**
4. **Creación de unas fichas para la recogida de datos (MIR de M. De familia).**
5. **Recogida de datos prospectiva de un año de duración. (MIR de M. De familia).**

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

1. **Estudio del tratamiento antibiótico prescrito a los pacientes con NAC en un S. de Urgencias y en un centro de salud y su comparación con el protocolo del H. Clínico, durante 6 meses del año 2004.**
2. **Proporción de pacientes a los que se solicitan gasometrías arteriales.**
3. **Porcentaje de pacientes que requieren ingreso hospitalario.**
4. **Porcentaje de pacientes en los que se usan los criterios de Fine para valorar las necesidades de ingreso en el hospital.**
5. **Proporción de NAC atendidas con monoterapia.**

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: Marzo de 2004

Fecha de finalización: Marzo de 2005

Calendario:

1. Marzo de 2004: Revisión de la bibliografía, creación de ficha de recogida de datos y difusión del estudio entre el personal de ambos centros.
2. Abril de 2004: Inicio de recogida de datos.
3. Septiembre 2004: Estudio transversal respecto a los indicadores reseñados en el seguimiento de los pacientes, de los primeros 6 meses de estudio.
4. Octubre de 2004: Estudio descriptivo de las NAC atendidas en ambos centros.
5. Febrero de 2005: Nuevo estudio de calidad de los indicadores descritos, durante los tres últimos meses.
6. Marzo de 2005: Recogida de datos de todo el año y estudio descriptivo y de calidad del mismo.

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

| <b>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</b>                             |   |
|---|---|
| <b><i>Material/Servicios</i></b>  | <b><i>Euros</i></b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo        |
| <b><i>Material informático para el seguimiento del estudio (Servicio de Urgencias)</i></b>    | <b><u>2000 Euros.</u></b>   |
| <b><i>Material bibliográfico (Servicio de Urgencias / Servicio de Neumología)</i></b>         | <b><u>600 Euros</u></b>   |
| <b><i>Asistencia a curso de calidad (Personal de enfermería del S. de Urgencias)</i></b>      | <b><u>1200 Euros</u></b>  |
| <b><i>Gastos varios: Impresión de documentos, material de fotocopias, fungibles, etc.</i></b> | <b><u>2500 Euros.</u></b>   |
| <b>TOTAL</b>  | <b><u>6.300 Euros.</u></b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |

**Fecha y firma:**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

Conducta a seguir ante un esguince de tobillo.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Miguel Rivas Jiménez

Profesión Médico  
Urgencias

Centro de trabajo Hospital Clínico. S.

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

Fecha de inicio: Convocatoria del 2003

Fecha de actualización: Convocatoria 2004

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

Detención de la puesta en marcha del programa en su fase inicial.

### 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Revisión bibliográfica inicial.

Protocolo de actuación ante el esguince de tobillo.

### 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Difusión entre los facultativos del S. de Urgencias del Protocolo de actuación ante un esguince de tobillo.

Inicio del estudio descriptivo de los esguinces de tobillo atendidos en el Sº de Urgencias en el año 2003.

|         |   |
|---------|---|
| Anexo 3 | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)</b> |
|---------|---|

### 7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

1. Creación de una base de datos de pacientes con esguince de tobillo atendidos en el H. C. U.
2. Publicación de una vía clínica y de un documento para la atención del esguince de tobillo en A. Primaria y S. de Urgencias de nuestro sector.
3. Estudio y seguimiento de las complicaciones del esguince de tobillo en los pacientes vistos en el S.U.H. del H.C.U:
4. Difusión del uso racional de pruebas complementarias radiológicas (Reglas de Ottawa) en el esguince de tobillo.

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

1. Finalización de la residencia a dos de los facultativos MIR encargados de las primeras fases del proyecto.
2. Presión asistencial y falta de disposición de tiempo para la coordinación del proyecto.
3. Falta de formación en calidad.

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

| <u>Material/Servicios</u>  | <u>Euros</u><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|--|---|
| <u>Publicación de un manual y guía de actuación (300 ejemplares)</u>             | <u>2500</u>   |
| <u>Asistencia a cursos de calidad de dos de los participantes en el programa</u> | <u>1000</u>   |
| <u>Dietas para viajes y contactos con los centros de salud del sector.</u>       | <u>500</u>  |
|  |   |
|  |   |
| <b>TOTAL</b>   | 4.000   |

Fecha y firma: Miquel Rivas  
26-2-2004

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Creación de una red estable y cualificada de revisores para la validación institucional de Recomendaciones de Práctica Clínica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Pilar Astier Peña

Profesión: Médico Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario

Correo electrónico: mpastier@salud.aragob.es

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

| Nombre y apellidos                       | Profesión | Centro de trabajo |
|--|-----------|-------------------|
| Aibar Remón, Carlos                      | Médico    | HCU               |
| Altarribas Bolsa, Elena                  | DUE       | HCU               |
| Antoñanzas Lombarte, Teresa              | DUE       | HCU               |
| Barrasa Villar, J Ignacio                | Médico    | HCU               |
| Bergua Sevil, Fernando                   | Informát. | HCU               |
| Comet Cortés Pilar                       | DUE       | HCU               |
| Eguizábal, Miguel Angel                  | Médico    | HCU               |
| García Montero, J Ignacio                | Médico    | HCU               |
| Mareca Doñate, Rosa                      | Médico    | HCU               |
| Olano Aznarez, Jesús                     | Gestión   | HCU               |
| Peinado Visanzay, M <sup>a</sup> Rosario | Gestión   | HCU               |
| Ramírez, Teresa                          | Médico    | HCU               |
| Rodrigo Val, Pilar                       | Médico    | HCU               |
| Rubio Soriano, Concepción                | DUE       | HCU               |
| Vecino Soler, Ana                        | DUE       | HCU               |

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

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

Uno de los objetivos estratégicos 2004-2007 del Departamento de Salud es el de "fortalecer los sistemas de información para que alimenten la toma de decisiones en todos los niveles y permitan incorporar, entre otros elementos clave de renovación, el uso generalizado de guías de buena práctica y la gestión clínica en los servicios".

Siguiendo esa línea estratégica, se pretende crear una red interna de revisores de Recomendaciones de Práctica Clínica (RPC), incluyendo protocolos, guías de práctica clínica, procedimientos de cuidados, guías de utilización de pruebas complementarias, de fármacos, etc, que evalúen y hagan recomendaciones y propuestas para mejorar la calidad técnica, científica, formal y organizativa (de coordinación entre servicios implicados) de cualquier RPC que se elabore en el hospital. Dicha red funcionaría de forma similar a como lo hacen los revisores de una revista científica:

- Desde los Servicios y Unidades se proponen y remiten las RPC que crean convenientes.
- Los revisores evaluarán las RPC que les fueran encargadas de acuerdo con una determinado metodología específica.
- Remitirían sus comentarios y sugerencias con un determinado formato y en periodo de tiempo pre-establecido.
- Dichos comentarios se reenviarían como propuestas de mejora a los autores de la citada RPC guardando el anonimato del revisor.

El proyecto es importante porque con él dispondríamos de un sistema sencillo, ágil y participativo para la validación y aceptación institucional de los protocolos, garantizando que todos ellos cumplen unos mínimos requisitos de calidad (formal, científico-técnica y organizacional). A su vez, la aceptación institucional permitiría la edición y difusión "on line" (Intranet del hospital) o escrita del protocolo por el centro, así como la oportunidad de tener un registro actualizado con todos los documentos de ese tipo que tuvieran dicha "validación formal y administrativa". De esta forma se estimularía y respaldaría la utilización de protocolos y guías de práctica clínica de calidad por parte de los profesionales, se posibilitaría el acceso y difusión de dichos documentos- con un formato unificado- a todos los profesionales del centro, se facilitaría el cumplimiento de sus plazos de revisión, se facilitaría la evaluación de la práctica clínica y, en definitiva, se contribuiría a normalizar la atención y los tratamientos en los diferentes servicios y a mejorar la coordinación, la efectividad y la eficiencia de nuestro hospital. En un futuro, el proyecto podría ampliarse al ámbito del Sector.

Se ha priorizado este proyecto, por la incapacidad actual que tenemos para evaluar y dar el visto bueno institucional a las diferentes RPC que elaboran los Servicios y Unidades asistenciales, que además suelen redactarse en muy diferentes formatos y muy diferentes maneras, y sin consultar con otros servicios a los que directa o indirectamente pueden estar afectando las decisiones propuestas en el protocolo.

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

- 1.- Asegurar unos estándares de calidad formal, científico-técnica y organizativa en todas las RPC que se pongan en marcha en el hospital
- 2.- Formalizar e institucionalizar gradualmente las diferentes RPC que actualmente están disponibles en el hospital.
- 3.- Estandarizar actuaciones entre diferentes servicios o unidades asistenciales
- 4.- Disponer de un registro institucional de RPC.
- 5.- Estimular la actuación protocolizada de los profesionales del hospital mediante la difusión "on line" de los documentos aprobados por este sistema y aportando el aval y respaldo institucional a las decisiones que contengan.
- 6.- Garantizar los plazos de revisión de las RPC y facilitar la realización de audits clínicos en nuestro centro.

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

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

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

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

## **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

En nuestro centro existen más de 400 RPC, tanto médicos como de enfermería, que cada servicio u unidad ha ido elaborando por iniciativa propia, de forma casi siempre independiente y sin seguir unos criterios comunes en cuanto a contenido y forma .

En el año 2000 se intentó establecer un procedimiento normalizado para la elaboración y validación de estos instrumentos de trabajo, pero las dificultades técnicas para llevar a cabo tal empresa, la falta de formación y la escasez de recursos y tiempo, entre otras cosas, ha impedido el funcionamiento adecuado de dicho procedimiento. El resultado es que no sabemos con exactitud cuántos RPC existen, ni su grado de difusión, ni si siguen en vigor o no, ni cuántos de ellos responden a unos criterios mínimos de calidad que los haría valedores de un respaldo y apoyo institucionales.

Para los protocolos nuevos tampoco tenemos todavía diseñado un sistema lo suficientemente ágil, participativo y sencillo que nos permita comprobar esos requisitos mínimos de calidad (formal, técnica y organizativa) y dar y dar un rápido respaldo institucional a todos aquellos que los cumplan, por lo que los servicios siguen trabajando de forma aislada, y no ven ninguna ventaja ni sienten la necesidad de que sus RPC estén o no validados.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

De forma esquemática, el plan de trabajo para desarrollar este proyecto consistiría en lo siguiente:

**1.- Creación de una red de revisores entre el personal del hospital:** La Dirección del Centro junto con la Unidad de Calidad, realizarían una convocatoria entre los profesionales del hospital para entrar a formar parte, con carácter voluntario, de un red de revisores, dando preferencia a los responsables de calidad de los servicios y unidades. A cambio se les ofrecería formación específica y nombramiento individual, así como el mismo reconocimiento expreso que el que tiene cualquier miembro perteneciente a una Comisión Clínica.

**2.- Formación de revisores:** se realizaría un curso de formación específica en el diseño y evaluación de protocolos/guías de práctica clínica, estableciendo a partir de ese momento un método común de trabajo.

**3.- Inventario de RPC:** se recabará información actualizada en todos los servicios y unidades

sobre todos las RCP que tengan disponibles.

**4. Codificación y registro de todas las RPC existentes:** A cada RPC se le asignará en la Unidad de Calidad un código y se elaborará un registro con los principales datos que sirvan para identificarlo (nombre del protocolo, servicio, autor, fecha última revisión, etc).

**5. Adquisición de editor "on line" de revistas/documentos:** se adquirirá un editor "on line" de documentos que permitirá la uniformidad de formatos de los protocolos en función de unos parámetros previamente establecidos y su publicación y difusión por la web interna del hospital.

**6. Procedimiento para autorización de protocolos:** Se elaborará y pondrá en marcha un procedimiento institucional para la aceptación y aprobación administrativa de un protocolo por la Comisión de Dirección del Centro

**7.- Puesta en marcha de la red de revisores:** Se irán repartiendo gradualmente los protocolos entre los revisores, empezando por los de nueva creación y tratando de acomodar los perfiles profesionales de los revisores a los temas protocolizados. Su funcionamiento será similar al del grupo de revisores de las revistas científicas.

**8.- Publicación de los RPC:** Los protocolos validados por la red de revisores se remitirán a la Comisión de Dirección para su aprobación administrativa y serán difundidos a través de la web del hospital. Los más relevantes se remitirán además, con el aval de la Dirección del Centro, a la revista Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza, para su difusión escrita.

## **9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Los resultados del proyecto se evaluarán a partir de los siguientes indicadores, que se calcularán con periodicidad anual:

- Nº de revisores que forman parte de la red.
- Nº de RPC registrados
- Nº de RPC validados por la red de revisores.
- Nº de protocolos/Guías de práctica autorizados administrativamente.
- Nº de RPC publicados en la web del hospital
- Nº de RPC publicados en la revista Archivos de la Facultad de Medicina.

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

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

Fecha de inicio: enero 2004

Fecha de finalización: diciembre 2004

Calendario:

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| - Creación de una red de revisores entre el personal del hospital: | Enero-febrero 2004    |
| - Formación de revisores:  | marzo-abril 2004      |
| - Inventario de protocolos:  | Enero-abril 2004      |
| - Codificación y registro de protocolos/Guías de práctica clínica: | Enero-abril 2004      |
| - Adquisición de editor "on line" de revistas/documentos:          | Enero-junio 2004      |
| - Procedimiento para autorización de protocolos:                   | Abril-mayo 2004       |
| - Puesta en marcha de la red de revisores:                         | Mayo 2004             |
| - Validación de primeros protocolos:                               | Junio 2004            |
| - Publicación de los protocolos:                                   | Junio-diciembre 2004- |

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

| <b><u>Material/Servicios</u></b>                              | <b><u>Euros</u></b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|---|--|
| <b>Cursos para formación de revisores</b>                     | <b>4.500</b>   |
| <b>Adquisición y desarrollo de un programa editor on line</b> | <b>12.000</b>  |
| <b>Presentación Congreso de carácter nacional</b>             | <b>1.500</b>   |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| <b>TOTAL</b>  | <b>18.000</b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo       |

**Fecha y firma:**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

Actuación ante el Síndrome Coronario Agudo (SCA) en el Servicio de Urgencias Hospitalario y Centros de Salud rurales del Sector Zaragoza III

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos** Julián Mozota Duarte

**Profesión** Médico                      **Centro de trabajo** Hospital Clínico  
"Lozano Blesa". **Servicio de Urgencias**

**Correo electrónico:** jmozota@salud.aragob.es

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

Fecha de inicio: septiembre 2003

Fecha de actualización: enero 2004

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

**Recomendación de las autoridades sanitarias publicadas por el Ministerio de Sanidad en el documento PLAN INTEGRAL CARDIOPATÍA ISQUÉMICA 2004-2007, en dicho documento se propone:**

"en el área de la *Investigación Clínica, Fisiopatológica y Terapéutica* se proponen cinco grandes objetivos:

.....

2. Optimizar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con cardiopatía isquémica en cualquiera de sus cuadros clínicos (angina estable, síndrome coronario agudo, muerte súbita, insuficiencia cardiaca). Para ello habrá que desarrollar acciones específicas en cuatro ámbitos:

- a) Marcadores de lesión aterosclerótica coronaria.
- b) Marcadores de afectación funcional miocárdica.
- c) Protocolos de profilaxis y tratamiento de la CI aguda.
- d) Protocolos de profilaxis y tratamiento de la CI crónica.

**RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- **Atención clínica basada en la evidencia científica.**
- **Disminución de la variabilidad en la atención por distintos profesionales.**
- **Disminución de los tiempos de asistencia y decisión diagnóstico-terapéutica.**
- **Coordinación entre niveles asistenciales.**

**5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

1. Estudio epidemiológico retrospectivo de los Síndromes Coronarios Agudos (SCA) atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario.
2. Creación de una base de datos permanente sobre SCA en el S. de Urgencias del H.C.U.
3. Contacto con los centros de salud rurales, estudio de la estructura y de las necesidades para la atención integral del SCA.

**6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

- Conocimiento de la epidemiología de SCA/dolor torácico en el Servicio de Urgencias del HCU.
- Conocimiento del proceso que siguen los pacientes con SCA en el HCU.
- Establecimiento de los contactos para la adecuada coordinación entre AP y atención hospitalaria.
- Concienciación de la importancia del SCA en la atención urgente tanto en AP como hospitalaria.

**7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

- Elaboración de la "Guía para la atención del paciente con SCA en los S. de Urgencias Hospitalarios y en los Centros de Salud Rural". (4 meses)
- Divulgación de la Guía entre los profesionales de los Servicios de Urgencias y los Centros de Atención Primaria. (3 meses)
- Creación de un responsable en cada centro de salud encargado de la difusión de la Guía y de la recogida de datos prospectiva de aquellos pacientes atendidos con S.C.A. (6 meses)

- Evaluación de los resultados y comparación con los previos a la elaboración de la Guía para valorar la necesidad de correcciones en el proceso. (3 meses)

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

El principal problema para el desarrollo del proyecto radica en la dificultad para establecer contactos fluidos entre los distintos niveles asistenciales y entre tantos profesionales, lo que lleva a que la velocidad de realización del proyecto sea más lenta de lo deseado.

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

| <b><u>Material/Servicios</u></b>                    | <b><u>Euros</u></b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|---|--|
| Editar documentación (folletos, trípticos)          | <b><u>1.500</u></b>  |
| Reuniones del grupo de trabajo                      | <b><u>1.500</u></b>  |
| Asistencia a reuniones científicas y de divulgación | <b><u>2.000</u></b>  |
| Material informático y diseño de base de datos      | <b><u>3.000</u></b>  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

Anexo 3

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

**TOTAL**

**8.000 euros**

**Fecha y firma:**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### **1.- TÍTULO**

**Programa de Educación para la Salud a la puerpera en la estancia hospitalaria.**

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos: Elena Altarribas Bolsa**

**Profesión: Enfermera                      Centro de trabajo: HCU "Lozano Blesa"**

**Correo electrónico: [denf-calidad@hcu-lblesa.es](mailto:denf-calidad@hcu-lblesa.es)**

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

| <b>Nombre y apellidos</b> | <b>Profesión</b> | <b>Centro de trabajo</b> |
|---------------------------|------------------|--------------------------|
| Alvarez, Beatriz          | Matrona          | HCU "Lozano Blesa"       |
| Cantero, Alicia           | Matrona          | HCU "Lozano Blesa"       |
| Gistain, Trinidad         | Enfermera        | HCU "Lozano Blesa"       |
| Perales, Carmen           | Enfermera        | HCU "Lozano Blesa"       |
| Sanz, María               | Enfermera        | HCU "Lozano Blesa"       |
|                           |                  |                          |
|                           |                  |                          |
|                           |                  |                          |
|                           |                  |                          |

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

Oportunidad de Mejora: Educación para la salud a la mujer puérpera

La utilidad del proyecto reside en satisfacer las necesidades y expectativas de información y educación demandadas por las propias puérperas a través del diseño e implantación de un programa de Educación para la Salud (EpS) en las unidades de Nidos y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCU).

Los métodos de identificación de la oportunidad de mejora han sido una encuesta de opinión, pregunta abierta, realizada a las mujeres puérperas durante tres semanas hasta obtener saturación en los datos con 54 encuestas (Anexo I) y la opinión recogida de profesionales externos al HCU, matronas y enfermeras de Atención Primaria.

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

- Satisfacer las necesidades y expectativas de información y educación para la salud a la mujer puérpera.
- Diseñar un programa multidisciplinar de Educación para la Salud a la puérpera en la estancia hospitalaria. (Anexo II).
- Implantar dicho programa de EpS en las unidades de Obstetricia y Nidos del HCU "Lozano Blesa".
- Favorecer la coordinación atención hospitalaria / atención primaria en el sector.
- Realizar EpS en grupos a las pacientes puérperas periódicamente (dos veces por semana) en las unidades asistenciales.
- Conocer el grado de satisfacción de la mujer puérpera con el programa de EpS.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Las fuentes de información han sido la encuesta de opinión a mujeres puérperas realizada durante los meses de abril y mayo del 2003 y la opinión recogida a profesionales externos matronas y enfermeras de Atención Primaria.

Durante tres semanas, del 21 de abril al 11 de mayo, se entregaron encuestas de opinión al total de mujeres puérperas ingresadas en la unidad de obstetricia del HCU. Recogiéndose 54 respuestas tras observar la saturación en los datos obtenidos. De las 54 (100%) encuestas, el 91% hace referencia a su necesidad de educación en cuidados tanto para la puérpera como para el niño; de estas en el 22% se hace referencia a la satisfacción por los cuidados y el trato recibido por el personal de la Unidad de Obstetricia durante su ingreso en el HCU y el 9% refiere no tener necesidad de información suplementaria. De la misma forma, matronas y enfermeras de Atención Primaria expresan la necesidad de facilitar la continuidad en los cuidados que dispensamos. Por estas razones, se considera oportuna la implantación de un programa de Educación para la salud a la mujer puérpera en la estancia hospitalaria.

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

- Creación de un grupo de mejora multidisciplinar (Matronas y Enfermeras)
- Diseñar un programa de Educación para la Salud que recoja las necesidades y expectativas de la mujer puérpera durante la estancia hospitalaria.
- Elaborar tríptico de apoyo a la información dada a la mujer puérpera.
- Conocer el grado de satisfacción de la mujer puérpera con el programa de EpS.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

- Actas del grupo de mejora.
- Unidades asistenciales en las que se ha implantado dicho programa.
- Existencia del diseño del Programa EpS.
- Número total de puérperas a las que se le ha impartido EpS x 100 / población estimada.
- % satisfacción global de la mujer puérpera con el programa de EpS.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: Abril 2003

Fecha de finalización:

Caleandario:

- 11 de mayo 2003: Último día de recogida de encuestas de opinión a mujer puérpera
- 24 de julio 2003: Diseño del programa EpS.
- Septiembre 2003: Difusión y solicitud de colaboración al equipo enfermero en las unidades asistenciales.
- Abril 2004: Implantación en las unidades de Obstetricia y Nidos.

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

| <b><u>Material/Servicios</u></b>   | <b><u>Euros</u></b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|--|--|
| Formación en sensibilización hacia la calidad y equipos de mejora de la calidad. | 2.500  |
| Triptico color difusión del programa EpS para la mujer púerpera.                 | 2.000  |
| Cañón  | 2.000  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>6.500</b><br><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo    |

**Fecha y firma:**


HC 1-03

## ANEXOS NO ESCANEADOS

# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE PRE-QUIRÚRGICO

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos. Elena Altarribas Bolsa

Profesión Enfermera Centro de trabajo: HCU "Lozano Blesa"

Correo electrónico: calidad-denf@hcu-lblesa.es

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

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo  |
|--------------------|-----------|--------------------|
| Rosario Cardiel    | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |
| Angela Deito       | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |
| Manuel Félix       | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |
| Teresa Laguarda    | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |
| Begoña Romero      | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |
| Elena Roses        | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |
| Maria José Rueda   | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |
| Amparo Vallejo     | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |
| Ana Vecino         | Enfermera | HCU "Lozano Blesa" |

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

- Mejora de atención al paciente pre-quirúrgico.

La utilidad del proyecto reside en primer lugar en facilitar la adecuación del protocolo de quimioprofilaxis a la práctica asistencial (Anexo I) y en segundo lugar en mejorar la acogida del paciente prequirúrgico en el Bloque Quirúrgico (Anexoll).

Los métodos de identificación de la oportunidad de mejora han sido la monitorización a través de indicadores de la morbilidad infecciosa post-quirúrgica (EPINE) y la opinión de los profesionales (Comité de Infecciones, Supervisión Bloque Quirúrgico y Supervisión Medicina Preventiva).

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

- Adequar la práctica asistencial de cuidados en función de las medidas de prevención recogidas en el protocolo de quimioprofilaxis de la infección de la herida quirúrgica elaborado por la Comisión de Infecciones y de la propuesta de mejora de cuidados al paciente prequirúrgico elaborada por el Servicio de Medicina Preventiva y la Comisión de Cuidados.
- Disminuir la morbilidad infecciosa post-quirúrgica (eficacia)
- Reducir el período de hospitalización y los costes (eficiencia)
- Facilitar la continuidad de cuidados entre las Unidades Asistenciales Quirúrgicas y el Bloque Quirúrgico.
- Disponer de una unidad de enfermería de acogida al paciente en el Bloque Quirúrgico.
- Elaborar un plan de cuidados consensuado al paciente prequirúrgico entre los profesionales de las Unidades Asistenciales Quirúrgicas y los profesionales del Bloque Quirúrgico que recoja los problemas reales y potenciales que se identifican en el paciente, los objetivos que se plantea el equipo de enfermería para resolver los citados problemas y los cuidados que realiza para la consecución de estos.

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

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

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

- Causas por déficits estructurales: Disponer de una unidad de enfermería de acogida al Bloque Quirúrgico.
- Causas que dependen del profesional: Falta de adecuación de la práctica asistencial de cuidados al último protocolo (mayo 2003) de quimioprofilaxis de la infección de la herida quirúrgica y a la propuesta de mejora de los cuidados del paciente pre-quirúrgico ( marzo 2003).
- Causas internas de la organización: Falta de homogenización de criterios en todas las unidades asistenciales con pacientes pre-quirúrgicos.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Creación de un grupo de mejora formado por profesionales de las unidades asistenciales, del Bloque Quirúrgico (quirófanos, anestesia), por la Coordinadora de Cuidados, de Calidad en Enfermería y por la Supervisora de Medicina Preventiva (Anexo III).
- Planificación y diseño de la unidad de enfermería de acogida al Bloque Quirúrgico (Anexo III).
- Elaboración del Plan de cuidados pre-quirúrgico consensuado al paciente prequirúrgico coordinando tanto las Unidades Asistenciales Quirúrgicas como la Unidad de Acogida al Bloque Quirúrgico.

### 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Actas del grupo de mejora (Anexo III).
- Realización del calendario de difusión de la información y de responsables de la puesta en marcha del proyecto (Anexo IV).
- % de unidades asistenciales en las que se ha realizado la difusión del proyecto.
- Diseño de hoja de aportaciones y/o sugerencias al equipo de mejora del Bloque Quirúrgico (Anexo V).
- % de unidades asistenciales en las que se ha implantado el proyecto de mejora.
- Existencia de una Unidad de Enfermería de Acogida en el Bloque Quirúrgico.
- Existencia de un Plan de Cuidados consensuado de Atención al paciente pre-quirúrgico.
- Número sugerencias aportadas al equipo de mejora por el resto de profesionales del HCU "Lozano Blesa".
- % de pacientes pre-quirúrgicos Acogidos en el Bloque Quirúrgico.
- % de cumplimentación del proyecto de mejora de Atención al paciente pre-quirúrgico.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

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

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos JOSE IGNACIO BARRASA VILLAR

Profesión Centro de trabajo

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

Fecha de inicio: 01 enero de 2003

Fecha de actualización: 01 enero 2004

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

Se han desarrollado ya todas las fases del proyecto y disponemos de una aplicación informática capaz de elaborar informes de mortalidad observada y esperada por servicio, GRD, diagnóstico y procedimiento principal, así como de un sistema de mortalidad centinela. Falta sin embargo desarrollar una parte de la última fase consistente en valorar la utilidad del sistema a partir de una encuesta de satisfacción de usuarios (comisión de mortalidad, dirección y servicios clínicos)

### 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- Se ha elaborado un modelo de informe epidemiológico estándar para informar periódicamente sobre la evolución de mortalidad a los servicios y a la comisión de mortalidad.
- Se ha desarrollado una aplicación informática capaz de calcular de forma automática los indicadores de mortalidad centinela, mortalidad general y estratificada por Servicio, CDM, GRD, Diagnóstico, Procedimiento, ofreciendo comparación con estándares establecidos.
- Se ha realizado un estudio piloto para validar el contenido del informe y se han distribuido informes epidemiológicos periódicos a los diferentes servicios y comisión de mortalidad

### 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

|         |   |
|---------|---|
| Anexo 3 | Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)</b> |
|---------|---|

- Se ha desarrollado la herramienta informática mencionada
- El sistema de información epidemiológica sobre mortalidad se ha puesto en marcha y el servicio de Medicina Preventiva ha asumido esta tarea como una de sus nuevas prestaciones para este año.
- La comisión de mortalidad ha establecido como objetivo específico de trabajo para el 2004 la selección a partir de este sistema de información de algún procedimiento con mortalidad superior a la esperada para su investigación y estudio.
- Todos los servicios con hospitalización han incluido en sus planes de calidad indicadores sobre mortalidad.

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES
- Mejora de la aplicación informática para hacer más fácil y flexible la carga de diferentes estándares de comparación y registro de la propiedad intelectual de la aplicación
  - Consolidación del sistema de información periódica (trimestral) sobre mortalidad a los servicios
  - Evaluación de la utilidad del sistema de información sobre mortalidad a finales de 2004
  - Edición de una publicación con instrucciones de manejo y aplicación en CD para distribución por hospitales.

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

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

| <u>Material/Servicios</u>  | <u>Euros</u><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
|--|---|
| <i>Mejoras en la aplicación informática</i>                            | <i>2.400</i>  |
| <i>Edición de publicación con manual de instrucciones y aplicación</i> | <i>3.000</i>  |
| <i>Registro propiedad intelectual</i>                                  | <i>100</i>  |
| <i>Presentación en congresos</i>                                       | <i>600</i>  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>6.100</b><br>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |

Fecha y firma: