

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, anteriores a 2016)

Número de memorias: 5 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS GALLUR	ESTEBAN JIMENEZ OSCAR	2015_0242	F	20/07/2016	PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2015_0300	S1	14/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2015_0300	S4	19/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	GIMENO GARZA JAIME	2015_0189	F	17/01/2018	VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA	2015_0297	F	08/01/2018	INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

Fecha de entrada: 20/07/2016

2. RESPONSABLE OSCAR ESTEBAN JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GALLUR
· Localidad GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PEIRONA BARBARA
TARONGI SALINAS BEGOÑA
OTO NEGRE ANTONIO
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
BAILLO GAY ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El método constaba de tres fases, una denominada datos de partida, otra de formación sanitaria y la última de intervención.

- Datos de partida: Los miembros del grupo de trabajo ya han realizado la búsqueda de pacientes diabéticos de sus cupos y que estén actualmente con triple terapia de ADOs. Se utilizó un mes para esta fase.
- El apartado de formación sanitaria consistente en presentar el proyecto, formar al personal en la adecuada individualización de los objetivos de HbA1C y presentación de las actualizaciones de las guías ADA/EASD 2015, redGDPS y guía del SALUD ya ha sido realizado. Se reservó un mes para buscar una fecha que pudiera ser aceptada por todos los miembros del grupo para realizar la formación adecuada y establecer unas directrices comunes basadas en las guías actuales.
- Se han establecido los objetivos de HbA1c, invirtiéndose 2 meses para establecer el objetivo individual de cada paciente y adecuación del nuevo tratamiento de cada paciente.
- Durante 6 meses se han citado a las pacientes y llevar a cabo las actividades pertinentes para cada caso, obteniéndose el valor de RCV y realizado las intervenciones necesarias para lograr los objetivos establecidos en las guías. De igual forma se han completado los datos y protocolos pendientes de cada paciente.
- Se han utilizado otros 2 meses para evaluar los resultados obtenidos y presentarlos a los equipos participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hubo 41 pacientes que cumplían el criterio de DM tipo 2 con triple terapia antidiabética oral, 17 mujeres y 24 hombres. La edad media de la muestra era de 66,25 años (68,65 años en mujeres y 64,48 en hombres). Presentaban una media de años de evolución de la DM de 9,925 años (11,18 mujeres y 9 en hombres). El objetivo principal del estudio era valorar la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) a las 24 semanas. Se encontró que había 31 pacientes cuyo objetivo de glicada era <7%, 12 mujeres y 19 hombres:

- De ellos ya estaban en rango 14 (7 mujeres y 7 hombres) pero al final del estudio sólo permanecían bien controlados 6 (3 mujeres y 3 hombres). Los que salieron del rango objetivo, que inicialmente estaban bien controlados, fueron 5 (2 mujeres y 3 hombres). Los 3 pacientes de los que no disponemos datos eran porque 2 no quisieron más intervención en su patología y el tercero era controlado por endocrino y no se había realizado el control analítico en el momento de finalizar el estudio.
- Había 17 pacientes con glicada superior a 7%, 5 mujeres y 12 hombres. De ellos 5, 1 mujer y 4 hombres logran las cifras objetivo y 7 no son controlados, 3 mujeres y 4 hombres. De los 7 no controlados, hay 4 que no quieren o no acuden a las citas de intervención y 1 es controlado por endocrino y no aporta datos. En el grupo de pacientes con objetivo de glicada >7% se encontraron 10 pacientes. Una paciente se consiguió una mejora de su control e incluso se bajo de 7% y 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres, se mantuvieron en valores >7%. 2 pacientes no aceptaron participar en el estudio.

Objetivos secundarios:

De los 41 pacientes que cumplían los criterios de inclusión se pudo intervenir sobre 37. Sobre los 17 pacientes que debían tener una glicada <7% y no la tenían sólo se obtuvo el objetivo de reducción en 7 de ellos, lo cual supone que sólo un 41 % de los pacientes mejoraron su control glucémico. Otro dato es que de los 14 pacientes bien controlados con glicada <7% al inicio del estudio empeoraron su control 7 pacientes, un 50%.

En cuanto a la mejora en la recogida de datos y cumplimentación de protocolos asociados a la DM en los 41 pacientes:

- Electrocardiograma: Realizado en 31 pacientes, 75,61% (12 mujeres y 19 hombres). 3 de ellos eran patológicos y se derivaron al cardiólogo.
- Retinografías: Realizadas en 32 pacientes, 78,05% (13 mujeres y 19 hombres) y pendientes de resultado otras 3 más. 8 de ellas fueron derivadas al oftalmólogo por ser patológicas.
- Datos de IMC: Se obtuvieron datos de 35 pacientes, 85,37%. La media fue de 31,28; en las 15 mujeres fue de 33,295 y en los 20 hombres de 29,76.
- Perímetro abdominal: Se realizó en 32 pacientes, 78,05%, siendo la media de 106,36; en las 13 mujeres de 105,33 y en los 19 hombres de 107,14.
- El riesgo cardiovascular: Fue calculado en 39 pacientes, 95,12%, 16 mujeres y 23 hombres.

Tratamientos.

-Metformina: 38 pacientes.
-SGLT-2: 13 pacientes (11 dapagliglozina y 2 empagliflozina).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

-Gliptinas: 39 pacientes (sitagliptina 26, vildagliptina 10 y linagliptina 3).

-Sulfonilureas: 10 pacientes.

-Glinidas (repaglinida): 16 pacientes.

-Glitazona (pioglitazona): 2 pacientes.

-GLP-1: 1 paciente (exenatida).

La combinación más habitual era metformina+sitagliptina+repaglinida.

Sólo se insulinizó en 3 pacientes con glargina pero no se obtuvo en ellos el objetivo de glicada establecido previamente.

En 6 pacientes se sustituyó la sulfonilurea por un SGLT-2 pero tampoco se logró el objetivo deseado.

1 paciente fue derivado a endocrino dada la complejidad de sus patologías y la mala respuesta terapéutica.

Durante los 6 meses de intervención no se notificó ninguna hipoglucemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Los pacientes con triple terapia antidiabética son aquéllos que presentan o más años de evolución o un peor control metabólico y a la vista de este trabajo no se realiza la adecuada intervención para el control óptimo de sus valores de glicada.

-Existe un evidente retraso en el inicio de la insulinización, datos que confirman lo que ya está publicado en diversos artículos internacionales.

-Nuestra muestra poblacional presenta unos índices de IMC medio compatibles con el criterio de obesidad y un perímetro abdominal muy elevado, principales factores de riesgo para desarrollar diabetes y para su peor control metabólico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/242 ===== ***

Nº de Registro: 0242

Título
PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

Autores:
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR, ZABALA GARCIA ANA ISABEL, BAILO GAY ANA MARIA, VILAFRANCA ESCOSA ALFREDO, TARONGI SALINAS BEGOÑA, LOPEZ PEIRONA BARBARA, MAINER SANMARTIN PAZ, MALLOR BERNAD PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

PROBLEMA

•La prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en España se estima entorno al 13,8%. Siendo la principal enfermedad crónica y representando un 7% del coste sanitario total del SNS.

•Un paciente con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos sanitarios directos que los pacientes con otras enfermedades crónicas. Además genera importantes costes indirectos como consecuencia de la morbimortalidad generada.

•Un control adecuado de la enfermedad es clave para reducir la mortalidad y el riesgo de sufrir complicaciones. Por tanto, el mejor control glucémico representa también una utilización mejor y menor de recursos económicos y en todos los niveles asistenciales.

Según muchos estudios, si se manejan con efectividad los niveles de glucemia, HbA1c, lípidos, tensión arterial y se propugnan cambios de estilo de vida, se consigue una mejora de la calidad de vida del paciente y una disminución del costo sanitario que suponen las complicaciones de la enfermedad.

Aun conociendo lo anterior, en un reciente estudio multicéntrico promovido por SEMERGEN, un alto porcentaje de pacientes diabéticos (16%) no tienen ningún dato de HbA1c en el último año, y el control glucémico es muy deficitario. En aquellos pacientes tratados con doble o triple solo el 39% y el 23% respectivamente están con HbA1c = 6 < 7%. Aún es más llamativo que de los pacientes tratados con insulina (31% del total tratados), solo el 21% alcanzan los niveles recomendados por los consensos nacionales e internacionales, debido en su mayor parte a un mal ajuste de las dosis.

Existen experiencias en AP, en las que la implantación de un programa de revisión y seguimiento a cargo del Médico y Enfermero consigue una mejora en todos los parámetros y una mayor adherencia al tratamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) a las 24 semanas.

Objetivos secundarios:

•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo general de HbA1c <7,0 % y la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c <7 % o <8-8,5 % conforme al nivel de riesgo.

•Describir la proporción de pacientes que logran una mejoría en la HbA1c de al menos el 0,5 % y 1,0 % con respecto al momento basal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

- Evaluar el impacto de la hipoglucemia sintomática conforme a su frecuencia y severidad sobre el logro del objetivo de HbA1c a las 24 semanas.
- Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) sin hipoglucemia sintomática.
- Identificar factores basales asociados al fracaso del tratamiento.

MÉTODO

A) DATOS DE PARTIDA (Cada profesional).

- 1.-Búsqueda activa de los pacientes diabéticos con triple terapia oral en nuestra área de salud.
- 2.-Revisión mediante corte transversal de su estado actual de control glucémico de HbA1c y análisis de su riesgo cardiovascular.
- 3.-Establecer el objetivo de HbA1c de forma individualizada según los criterios de la redGDPS.
- 4.-Selección del anterior grupo de pacientes, los que tienen un mal control glucémico.

B) INTERVENCIÓN SANITARIA.

B1) Intervención formativa-Óscar Esteban y Begoña Tarongi..

- Transmitir al equipo médico y enfermería la situación actual con los resultados obtenidos en "Datos de Partida".
- Presentar el proyecto de intervención.
- Formar al personal sanitario para la correcta individualización de los objetivos de HbA1c, así como en las guías terapéuticas siguiendo las guías internacionales de la ADA/EASD 2015, redGDPS y guía de tratamiento DM2 de SALUD.

B2) Intervención terapéutica.

Dentro de la práctica clínica diaria y respetando las fechas de control habituales.

- Como grupo control el de los pacientes con triple terapia y control glucémico adecuado, según los criterios de individualización.
 - Como grupo de intervención aquellos pacientes en triple terapia y mal control glucémico individualizado.
- En ambos grupos se incluirán paulatinamente en la historia datos de edad, duración de la DM, IMC, perímetro de cintura, signos/síntomas de complicaciones diabéticas, hipoglucemias previas o post-intervención, realización o no de ECG y retinografías

INDICADORES

Se evaluará el adecuado control de nuestros pacientes según los criterios ADA/EASD 2015 y redGDPS estableciendo comparación entre los valores obtenidos al inicio del estudio y a los 6 meses del inicio de la intervención.

Indicadores: HbA1c y mejora del registro de datos en OMI-AP.

DURACIÓN

- 1 mes para solicitar y recibir el corte poblacional.
- 1 mes para realizar reuniones con el personal de cada centro de salud para informar sobre los actuales criterios ADA/EASD 2015 y redGDPS.
- 2 meses para establecer el objetivo individual de cada paciente y adecuación del nuevo tratamiento de cada paciente.
- 6 meses para citar a las pacientes y llevar a cabo las actividades pertinentes para cada caso.
- 2 meses para evaluar los resultados obtenidos y presentarlos a los equipos participantes.

OBSERVACIONES

LOPEZ PEIRONA, BÁRBARA actuará como coordinadora del equipo de enfermería.

Otros cupos participarán aunque no exista espacio físico para incluirlos (médico+enfermera):

Dr.Manuel Botaya + ATS Pilar Mallor-->C.S.Torrero Este.

ATS María Jesús Gil-->C.S. Torre Ramona.

Dr.Javier Sangros González + ATS Ana Díez-->C.S. Torrero Este

Dr. José Manuel Millaruelo Trillo + ATS Teresa Gómez Royo-->CSTorrero Este.

Dr.Fco Aganzo+ATS Belen Corao RuiZ-->CS La Almunia De Doña Godina.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARIO BARCENA CAAMAÑO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS VALDEFIERRO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES RUBIO FERNANDO
VELA CONDON PABLO ANTONIO
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Solicitud de listados de pacientes en tratamiento con Antivitamina K y ACOD, al servicio de Farmacia de AP del Sector (Datos de Receta electrónica)
2. Valoración del control de la coagulación de cada paciente según los criterios del IPT por cada profesional de los asignados a su cupo en julio 2017
-Extracción de datos de OMI AP
-Entrega a cada uno de los profesionales médicos del listado de los pacientes de su cupo con los resultados
-Modificaciones de tratamiento si se ha considerado oportuno
3. Evaluación de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Total de pacientes anticoagulados: 131
- Total de pacientes con acenocumarol: 92
- Total de pacientes con ACOD: 39
- Total de pacientes no evaluados (tratamiento con duración menor de 6 meses, autocontroles, domicilios a temporadas fuera de Valdefierro): 24
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en julio de 2017: 42,64%
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, mal controlados con situaciones clínicas en las que el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), recomienda su paso a ACOD: 42,85%
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en julio 2017: 29,77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es preciso mejorar el porcentaje de pacientes que cumpliendo las indicaciones del IPT para su paso a ACOD, aun siguen en tratamiento con acenocumarol.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/300 ===== ***

Nº de Registro: 0300

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, MORENO ASENSIO SANTIAGO, TORRES RUBIO FERNANDO, VELA CORDON PABLO, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

PROBLEMA

Durante los últimos años, se han incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad UT/V4/23122013, que mejoran la seguridad, los circuitos asistenciales, la calidad de vida de los pacientes y en definitiva los resultados en salud.
Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los ACOD (Anticoagulantes orales de acción directa), aunque no precisan monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

MÉTODO

- 1.-Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K, que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD.
 - Extracción de datos de OMI AP (Responsable: Grupo de mejora)
 - Modificaciones de tratamiento si se precisan (Responsable: el médico del paciente)
- 2.-Identificación de pacientes en tratamiento en el momento de iniciar el proyecto con ACOD
- Datos de receta electrónica proporcionados por el Servicio de Farmacia AP del Sector
- 3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO
 - Responsable: El grupo de mejora
- 4.- Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros. (Responsable: Mario Bárcena)
- 5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Antonio OTO, Rosabel Villares)

INDICADORES

- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ADOD
- %de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
- Existencia de protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD
- N° de sesiones clínicas de Anticoagulantes orales realizadas en el Centro de salud
- % de personas que han asistido a las sesiones
- N° de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa
- N° de trombosis registradas en pacientes tratados
- N° de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- N° de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN

1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (Mayo/junio)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo/junio)
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO (Junio/julio)
4. Trabajo de campo con los pacientes (De Junio a noviembre)
5. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo/junio/ septiembre)
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Septiembre/Octubre)
7. Evaluación de resultados (Noviembre/Diciembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDEFIERRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA
VELA CONDON PABLO ANTONIO
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Solicitud de listados de pacientes en tratamiento con Antivitamina K y ACOD, al servicio de Farmacia de AP del Sector (Datos de Receta electrónica)
- Valoración del control de la coagulación de cada paciente según los criterios del IPT por cada profesional de los asignados a su cupo en agosto 2018

Extracción de datos de OMI AP
Entrega a cada uno de los profesionales médicos el listado de los pacientes con sus resultados
Modificaciones de tratamiento si se ha considerado oportuno
Sesión clínica con los resultados el 13/02/2019

- Evaluación de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Total de pacientes anticoagulados: 153
- Total de pacientes con antivitamina K (acenocumarol; warfarina): 94
- Total de pacientes con ACOD: 59
- Total de pacientes no evaluados (tratamiento con duración menor de 6 meses, autocontroles, domicilios a temporadas fuera de Valdefierro): 25
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en agosto de 2018: 40,96%
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, mal controlados con situaciones clínicas en las que el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), recomienda su paso a ACOD: 57,77%
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en agosto 2018: 38,56%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continúa siendo preciso mejorar el porcentaje de pacientes mal controlados que cumpliendo con los criterios del IPT aún continúan en tratamiento con acenocumarol.

7. OBSERVACIONES.

El año de presentación del proyecto a valorar fue el 2015. En el desplegable solo permitía a partir de 2016

*** ===== Resumen del proyecto 2015/300 ===== ***

Nº de Registro: 0300

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, MORENO ASENSIO SANTIAGO, TORRES RUBIO FERNANDO, VELA CORDON PABLO, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

PROBLEMA

Durante los últimos años, se han incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad UT/V4/23122013, que mejoran la seguridad, los circuitos asistenciales, la calidad de vida de los pacientes y en definitiva los resultados en salud.
Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los ACOD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

(Anticoagulantes orales de acción directa), aunque no precisan monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

MÉTODO

- 1.-Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K, que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD.
 - Extracción de datos de OMI AP (Responsable: Grupo de mejora)
 - Modificaciones de tratamiento si se precisan (Responsable: el médico del paciente)
- 2.-Identificación de pacientes en tratamiento en el momento de iniciar el proyecto con ACOD
 - Datos de receta electrónica proporcionados por el Servicio de Farmacia AP del Sector
- 3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO
 - Responsable: El grupo de mejora
- 4.- Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros. (Responsable: Mario Bárcena)
- 5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Antonio OTO, Rosabel Villares)

INDICADORES

- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ADOD
- %de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
- Existencia de protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD
- N° de sesiones clínicas de Anticoagulantes orales realizadas en el Centro de salud
- % de personas que han asistido a las sesiones
- N° de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa
- N° de trombosis registradas en pacientes tratados
- N° de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- N° de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN

1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (Mayo/junio)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo/junio)
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO (Junio/julio)
4. Trabajo de campo con los pacientes (De Junio a noviembre)
5. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo/junio/ septiembre)
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Septiembre/Octubre)
7. Evaluación de resultados (Noviembre/Diciembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE JAIME GIMENO GARZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
BIELSA RODRIGO FERNANDO
VEGAS VEGAS ISMAEL
NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER
GARCIA CLAVER AINHOA
GONZALO SANCHEZ PASCUAL
TORCAL CASADO CHARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre Junio de 2015 y Febrero de 2016 se realizaron las siguientes actividades:

- Se constituyó el Grupo de Trabajo, al cual se unió el otro Cardiólogo del Hospital Ernest Lluch, de Calatayud (Ismael Vegas Vegas).
- Se elaboró la Vía clínica de derivación de pacientes con insuficiencia cardiaca desde Atención Primaria a Consulta de Cardiología.
- Se modificó el protocolo que inicialmente se presentó en el Proyecto para adaptar los puntos de corte del NT-proBNP a las Guías de Práctica Clínica más recientes.
- Trabajamos con el responsable de OMI, y se consiguió incluir la vía de derivación diseñada en dicha aplicación informática.

- Se comenzó a informar, e instruir a los Médicos de Atención Primaria para poner en marcha dicha Vía clínica Entre Marzo de 2016 y Junio de 2016:

- Se comenzó de forma piloto la derivación de pacientes, con los Médicos de Atención Primaria que formaban parte del Grupo de trabajo.

A partir de Junio de 2016:

- Se instauró la Interconsulta Virtual de Cardiología, por lo que la mayoría de pacientes remitidos desde Atención Primaria a la Consulta de Cardiología pasaban por este filtro, donde el Cardiólogo asesoraba y orientaba al Médico de Atención Primaria para la correcta derivación a la Consulta de Cardiología, si precisaba; por lo que se llegó a la conclusión de que este Proyecto ya no tenía sentido, porque se había instaurado otra vía de comunicación y derivación con Atención Primaria mucho más fluida y eficaz

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los resultados no son valorables porque se detuvo precozmente este Proyecto, pues fue superado por otra realidad (instauración de Interconsulta virtual)
- Los pacientes que se remitieron de forma piloto fueron escasos, por lo que no nos permitió valorar su impacto sobre la reducción de la lista de espera para la Consulta de Cardiología, ni la reducción del número de Ecocardiogramas realizados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque el proyecto no cumplió las expectativas para el que fue diseñado, pues como hemos comentado, fue superado por una realidad superior, sí que podemos extraer varios aspectos positivos:

- Permitted elaborar una Vía clínica de derivación, que hoy en día aun se tiene en cuenta en la Interconsulta virtual, sirviendo como guía para la derivación estos pacientes
- Permitted dar a conocer en Atención Primaria, el nuevo biomarcador (NT-proBNP) disponible en el Laboratorio de bioquímica del Hospital Ernest Lluch, así como sus indicaciones y utilidad
- Impulsó la instauración de la Interconsulta virtual de Cardiología, porque de alguna manera, este Proyecto, ponía en evidencia la escasa comunicación entre Primaria y Cardiología, lo cual repercutía en derivaciones inadecuadas que sobrecargaban la Unidad de Cardiología; y así la necesidad de encontrar fórmulas y recursos que mejoraran esta deficiencia

7. OBSERVACIONES.

Cuando se elaboró el Proyecto, en el Hospital Ernest Lluch sólo había un Cardiólogo (Dr. Jaime Gimeno Garza). Desde Junio 2015, se contrata un segundo Cardiólogo (Dr. Ismael Vegas Vegas) al cual se creyó imprescindible incluirlo en el Proyecto, para que pudiera ponerse en marcha.

Actualmente el responsable del proyecto (Dr. Jaime Gimeno Garza) ya no trabaja en el Hospital Ernest Lluch sino que trabaja en el HCU Lozano Blesa.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/189 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Nº de Registro: 0189

Título
VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Autores:
GIMENO GARZA JAIME, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, BIELSA RODRIGO FERNANDO, NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER, GARCIA CLAVER AINOHA, GONZALVO SANCHEZ PASCUAL, TORCAL CASADO CHARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

PROBLEMA

Problema: derivación inadecuada desde Atención Primaria de pacientes con el diagnóstico de sospecha de insuficiencia cardiaca a la Consulta de Cardiología, sobrecargando la misma (aumentando la lista de espera) y haciéndola poco eficiente.

Derivación inadecuada por:

- Derivación del síntoma (disnea) y no del síndrome (IC): o sea, remitir a Consulta de Cardiología disneas para estudio; la orientación diagnóstica básica de la disnea la debe hacer el MAP y en función de la sospecha etiológica remitirla al especialista correspondiente (Neumología, Cardiología, Medicina Interna, etc).
- No se ha realizado el estudio básico en Primaria o este es incompleto: el estudio básico de una disnea o sospecha de IC debería incluir analítica general, Rx tórax y ECG. Remitir al paciente con esas pruebas ayuda enormemente en la consulta especializada permitiendo ganar tiempo y eficiencia

-Diagnóstico incorrecto de IC

Oportunidad: la inclusión en la cartera de servicios del Laboratorio del marcador para diagnóstico de IC "NT-proBNP" nos brinda la oportunidad de mejorar y facilitar el diagnóstico de IC desde Atención Primaria y así mejorar la calidad de las derivaciones a Cardiología evitando derivaciones incorrectas o innecesarias

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo primario: establecer una vía clínica para la correcta orientación diagnóstica y derivación de pacientes con sospecha de insuficiencia cardiaca desde Atención Primaria a Cardiología, respaldada por el marcador NT-proBNP

Objetivos secundarios:

- Reducir derivaciones inadecuadas
- *Reducir lista de espera en Consulta de Cardiología
- *Disminuir realización de Ecocardiogramas innecesarios; reducir lista de espera en Ecocardiografía
- Evitar peticiones no indicadas de NT-proBNP

MÉTODO

Diseñar, difundir e implementar una vía clínica.

-Diseñar: creación de un Grupo de Trabajo formado por Atención Primaria, Cardiología, Laboratorio y Responsable Funcional de OMI.

-Difundir: difusión en Atención Primaria de dicha vía clínica mediante nota informativa a cada Centro de Salud, nota en la Intranet del Sector, y acciones formativas.

-Implementar: incluir en OMI dicha vía clínica como un Plan de Diagnóstico de IC para su obligado cumplimiento. El plan incluirá los criterios clínicos de Framingham, radiografía de tórax, electrocardiograma y analítica general con determinación de los péptidos natriuréticos (NT-proBNP). Continuar acciones formativas y presentar resultados.

INDICADORES

Muestreo que estimará:

- Número de derivaciones por IC y % de derivaciones correctas (aplicando correctamente la vía clínica)
- Número de NT-proBNP solicitados desde Atención Primaria y % de aquellos solicitados correctamente (siguiendo indicaciones de la vía clínica)
- Reducción de la lista de espera para Consulta de Cardiología (pacientes en lista de espera y días de demora al comienzo y al final)
- Reducción del número de Ecocardiogramas realizados (Ecocardiogramas solicitados antes/después de la implantación de la vía clínica para el estudio de disnea/IC y % de reducción).

DURACIÓN

Junio 2015-Septiembre 2015: creación del Grupo de trabajo y diseño de la vía clínica.

Octubre 2015-Noviembre 2015: presentación de la vía clínica y formación

Diciembre 2015: puesta en marcha e implementación.

Febrero 2016: evaluación preliminar. Dificultades y búsqueda de soluciones.

Mayo 2016: evaluación de indicadores y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE TERESA ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAENZ ABAD DANIEL
ABASCAL RODA JOSE MANUEL
CANTIN GOLET AMPARO
LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN
RIVAS JIMENEZ MIGUEL
GRANADOS CARLOS
COLAS CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El principal objetivo fue optimizar el uso de recursos humanos y materiales, disminuir la estancia hospitalaria y los costes asociados al angioedema agudo, así como poder disminuir la mortalidad relacionada con este proceso, adecuando su manejo en el Servicio de Urgencias, a la mejor evidencia científica disponible.

Para ello, se elaboró un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico- terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual.

El protocolo fue elaborado por un grupo de trabajo constituido por médicos urgenciólogos y alergólogos y personal de enfermería.

Las recomendaciones realizadas para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre el diagnóstico, la valoración clínica y el tratamiento se basaron en la síntesis de esta evidencia de la literatura científica disponible y en la experiencia de los expertos.

Nuestra población diana fueron los pacientes > 14 años con signos o síntomas de angioedema agudo, que consultaban en el Servicio de urgencias.

Los profesionales a los que iba dirigido el protocolo eran:

1. Profesionales facultativos:
 - a. Médicos Adjuntos del Servicio de Urgencias
 - b. Médicos Internos Residentes que hacen guardias de presencia física en el Servicio de Urgencias.
 - c. Otros médicos implicados en el manejo de los pacientes con angioedema agudo en el Servicio de Urgencias: adjuntos y residentes de Otorrinolaringología, adjuntos y residentes de Alergología, Anestesia y de Dermatología.
 - d. Médicos adjuntos y residentes que hacen guardias de Medicina Interna en nuestro hospital.
2. Profesionales de enfermería:
Profesionales de enfermería que realizan su labor asistencial en el Servicio de Urgencias

Para la elaboración del protocolo de angioedema se realizó inicialmente una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en idioma inglés y castellano a través de MEDLINE (OVID), mediante una estrategia diseñada previamente para este propósito.

Se procedió a recuperar los estudios referentes a los diferentes apartados del protocolo: angioedema agudo en general, estudios de descripción de la frecuencia del angioedema, diagnóstico, etiología y tratamiento. Se estudiaron y valoraron las referencias relevantes de los diferentes documentos.

Con el fin de no perder ningún artículo español, que pudiera haber sido publicado en alguna revista española no indexada en IME o MEDES se utilizó el buscador de Internet Google Académico. La combinación de palabras clave fue angioedema, tratamiento y protocolo. Se obtuvieron 938 resultados al aplicar esta búsqueda el día 22 Enero 2014. Tras revisarlos se consideraron de interés para utilizarlos en este protocolo 4 de ellos.

El total de títulos a considerar por parte de los investigadores fue de 486.

2.5. Proceso de selección de documentos

Por consenso, se incluyeron documentos que trataban sobre los siguientes aspectos:

- Diagnóstico de angioedema
- Manejo de angioedema agudo
- Tratamiento de angioedema agudo

En una primera fase se realizó la lectura de títulos. Si con la lectura de títulos el documento no pudo ser excluido, se leyó el abstract y si tras ello tampoco fue excluido, se leyó el documento completo. Se excluyeron artículos que contenían datos publicados anteriormente.

Estrategia de implementación del protocolo:

La estrategia de implementación del protocolo se orientó fundamentalmente a la intervención sobre los profesionales implicados en el manejo de esta patología:

- Información de la elaboración del protocolo a la Dirección del Hospital y Unidad de Calidad.
- Sesiones formativas: Sesiones clínicas y/o informativas dirigidas a FEAs, MIR, ATS y celadores.
- Distribución material impreso: Elaboración de dípticos de bolsillo para los profesionales.
- Disponibilidad y acceso del protocolo: en la intranet del hospital
- Auditoría y retroalimentación: se proporcionó a los profesionales y a la dirección del hospital un resumen de las actividades y revisión de resultados tras el periodo estimado para la evaluación del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Se propusieron los siguientes indicadores para la monitorización e implementación del protocolo. Todos de proceso, salvo el segundo indicador, que era de resultado. Así mismo, todos exploraban la dimensión efectividad, salvo el segundo que exploraba la eficiencia. El responsable de la obtención de los indicadores fue el gestor del protocolo. La fuente de datos fue la historia clínica informatizada en el programa PCH de urgencias. El estándar para los 4 indicadores se estableció en 90%.

Se recogieron 322 casos de angioedema registrados en el sistema de información PCH Urgencias, que fueron vistos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario en el periodo entre Enero de 2015 y Diciembre 2017. En cuanto al resultado de los indicadores monitorizados se diferenciaron 3 periodos: 1º previamente (2015), 2º durante (2016) y 3º posteriormente (2017) a la difusión del protocolo.

1. Proporción de pacientes con crisis de angioedema con anamnesis adecuada. Respectivamente: 54,16%, 77,96% y 94,30%.

2. Proporción de pacientes derivados al servicio de Alergología: 51,98%, 69,18% y 52,63%

3. Proporción de pacientes tratados con fármacos anti- bradikinérgicos por ineficacia del tratamiento antihistaminérgico: 0,69%, 13,55% y 2,10%

4. Proporción de pacientes con diagnóstico previo que reciben tratamiento adecuado: 23,9%, 90% y 39,28%.

Se realizó un análisis descriptivo para conocer las características generales de la muestra global.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis bivariante de comparación de los subgrupos según casos recogidos antes de la implantación del protocolo y posterior a la implantación del mismo.

El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS Statistics 21, aplicando en la comparación de muestras pruebas paramétricas (T Student) o no paramétricas (U Mann-Whitney) según el caso, y chi cuadrado para comparación de variables cualitativas.

Al comparar las variables referentes al proceso de atención del angioedema antes y después de la implantación del protocolo tampoco se encontraron diferencias significativas en ambos grupo.

Discusión:

Realizamos la elección de nuestros niveles de estándares basándonos en nuestros propios resultados previos y con un objetivo ambicioso. No comparamos nuestros resultados con los de otros centros (benchmarking), dado que se veía dificultada la comparación por la existencia de una gran diversidad metodológica en la evaluación y la elección de estándares aceptables válidos de adecuación del protocolo.

Los resultados obtenidos en los sucesivos cortes realizados han puesto de manifiesto, tras una situación inicial con mayor problema, una mejora en las cifras tras la monitorización de los 4 indicadores durante la implementación del protocolo y un empeoramiento en las cifras nuevamente en el periodo posterior a la implementación.

La mejora de calidad obtenida es destacada en un inicio; su evolución en los distintos momentos de medición sí nos dan información para poder clasificar el proceso estudiado como aceptable o problemático y adoptar en consecuencia posibles decisiones de actuación.

En este caso las posibles intervenciones deberían incidir en el cumplimiento del protocolo mediante la realización de ciclos de mejora.

Aunque no se ha detectado ningún problema de calidad, los indicadores en los que se producían más incumplimientos eran "la proporción de pacientes tratados con fármacos antibradicinérgicos o inhibidor de C1" y "proporción de pacientes con diagnóstico previo de angioedema bradikinérgico, que recibe un tratamiento adecuado", esto puede ser debido a un defecto en la construcción del indicador: relacionábamos el número de pacientes tratados con antibradicinérgicos con el total de pacientes atendidos por angioedema y no con los que no responden al tratamiento antihistaminérgico en el primer caso y en el segundo, con los pacientes diagnosticados de angioedema bradikinérgico.

Estos resultados nos invitan a valorar la fiabilidad de los indicadores y elaborar una versión final, para su uso rutinario en la gestión interna de la mejora de la seguridad del paciente.

Tras el análisis estadísticos los resultados no son concluyentes y esto puede estar en relación con el tamaño muestral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, la aplicación de un algoritmo de decisión, en función de unas variables clínicas, ayuda a la selección de la opción terapéutica más eficiente en cada momento y puede ser un instrumento de utilidad en el abordaje terapéutico. También la insistencia de su seguimiento con los profesionales y el recuerdo a modo de sesiones clínicas o material impreso o pósters puede ayudar a mejorar la motivación de los profesionales a la hora de utilizar estos protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/297 ===== ***

Nº de Registro: 0297

Título
INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Autores:

ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA, SAENZ ABAD DANIEL, ABASCAL RODA JOSE MANUEL, CANTIN GOLET AMPARO, LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN, RIVAS JIMENEZ MIGUEL, GRANADOS CARLOS, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

PROBLEMA

La urticaria y el angioedema son frecuentes motivos de consulta, no sólo en alergología, sino también en Atención Primaria y en urgencias; en concreto, el angioedema, se está convirtiendo en un problema creciente entre la población más añosa.

Se trata de un cuadro que cursa a episodios de inicio impredecible y que potencialmente pueden amenazar la vida del paciente, por lo que afecta a la calidad de vida de los mismos.

Además existen estudios, desarrollados en España, que describen la repercusión económica del angioedema, nada desdeñable, por el mayor absentismo laboral que presentan, que es mayor que en todos los pacientes que sufren alergias

Se estima que el 20% de la población experimentará un episodio en algún momento de su vida.

En nuestro Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza, a lo largo del año 2014, se atendieron 122 pacientes con angioedema (13 casos pediátricos, menores de 14 años, y 109 en adultos, es decir, pacientes mayores de 14 años) de 124.740 urgencias que pasaron por dicho servicio en el mismo período.

El interés de esta enfermedad radica en la heterogeneidad y en la gravedad potencial del cuadro clínico, lo que dificulta su diagnóstico, y en la necesidad de un tratamiento precoz y específico, según el mediador inflamatorio que lo desencadene, con el fin de evitar complicaciones. Su pronóstico mejorará con el tratamiento adecuado administrado de forma precoz.

En el servicio de urgencias el médico debe guiarse únicamente por la historia clínica y la exploración física, con los medios habituales en este ámbito, para establecer un diagnóstico de sospecha y administrar un tratamiento adecuado. Esto puede llevar a una variabilidad en el manejo de estos pacientes. Para disminuir la misma se propone elaborar un protocolo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el manejo del angioedema agudo en el servicio de urgencias, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible, reduciendo al mínimo el fracaso terapéutico y los costes económicos que acarrea.

MÉTODO

Se propone la elaboración de un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico- terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual, y su posterior difusión al personal sanitario implicado en el manejo de esta patología, a través de sesiones clínicas impartidas tanto a FEAs, MIR, ATS como a celadores, para posteriormente comenzar a aplicarlo a los pacientes que acuden al servicio de urgencias con angioedema agudo. Además colocaran posters en la unidad de vital, boxes de observación y de cirugía, ubicaciones donde se atienden a este tipo de pacientes, con el algoritmo impreso.

También se propone elaborar dípticos de bolsillo con el algoritmo, que se repartirán después de cada sesión a los profesionales involucrados en la asistencia de estos pacientes.

Tras un año de la aplicación del protocolo, se revisarán los resultados obtenidos.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores para la monitorización e implementación del protocolo:

1.
Numerador: N° de pacientes que acuden a urgencias con crisis de angioedema a los que se realiza anamnesis que incluye los siguientes aspectos: antecedentes familiares, antecedentes personales y tratamiento farmacológico actual x 100

Denominador: N° total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

2.
Numerador: N° de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema sin diagnóstico previo, que son derivados al alta al servicio de alergología para su diagnóstico definitivo x 100

Denominador: N° total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

3.
Numerador: N° de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema con compromiso orofaríngeo, sin diagnóstico previo, que no responde a tratamiento antihistamínico, y que reciben tratamiento con fármacos anti- bradikinérgicos x 100

Denominador: N° total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

4.
Numerador: N° de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema con compromiso orofaríngeo, con diagnóstico previo de angioedema bradikinérgico, que reciben tratamiento antibradikinérgico x 100

Denominador: N° total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

El responsable de la obtención de los indicadores, será el gestor del protocolo. La fuente de datos será la historia clínica informatizada en el programa PCH de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

La periodicidad de su obtención, anual.

DURACIÓN

- Creación del grupo de trabajo de angioedema: Enero 2015.
- Elaboración del protocolo: Hasta Junio 2015.
- Elaboración de posters y dípticos de bolsillo durante Julio y Agosto 2015.
- Sesión clínica a los adjuntos de urgencias, residentes y personal de enfermería: En Septiembre 2015, en la cual se comenzarán a repartir los dípticos.
- Colocación de pósters: en Septiembre 2015
- Inicio de la aplicación del protocolo: Septiembre 2015
- Revisión de resultados: Septiembre 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **