

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BENZODIAZEPINAS, HIPNÓTICOS Y ANTIDEPRESIVOS E INCORPORACIÓN DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (Fase II)

COORDINADOR DEL PROYECTO: Carmen Montón Franco

PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO:

Objetivos generales:

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

Objetivos específicos:

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

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- *Analizar la prescripción de benzodiazepinas y antidepresivos en el E.A.P. Casablanca correspondiente al año 2000. Estudiar los factores que pueden influir en su variabilidad (1^{er} semestre 2001).*
- *Formación de los profesionales en aspectos relacionados con la salud mental:*
 - Entrevista clínica
 - Detección de los Trastornos de Ansiedad y Depresión,
 - Abordaje de los pacientes con Duelo
 - Causas, consecuencias y pautas para el tratamiento del insomnio
- *Elaboración de materiales escritos para la educación y promoción de la salud mental*
 - HIGIENE DEL SUEÑO
 - Al inicio de prescripción de BENZODIAZEPINAS
- *Información a los pacientes con insomnio de pautas no farmacológicas y entrega de material escrito.*
- *Utilización de pautas cortas y reducción progresiva cuando se inicia una nueva prescripción de Benzodiazepinas con apoyo de material escrito*

RESULTADOS CONSEGUIDOS:

- *Sensibilización de los profesionales (médicos y enfermeras) de la necesidad de mejorar la calidad de prescripción de Psicofármacos y de incluir terapias no farmacológicas*
- *Implicación en la revisión de los temas (Insomnio y Tratamiento de Benzodiazepinas) para la elaboración de material escrito*
- *Incorporación de recursos y técnicas no farmacológicas en el abordaje del insomnio, duelo...*
- *Adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales*
- *Mejora de la información a los pacientes*

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- *Analizar la prescripción de benzodiazepinas y antidepresivos en el E.A.P. Casablanca correspondiente al año 2001 y 2002. Estudiar los factores que pueden influir en su variabilidad (1^{er} semestre 2003).*
- *Formación de los profesionales en aspectos relacionados con la salud mental: (1^{er} semestre 2003)*
 - Diagnóstico de los trastornos de Ansiedad y Depresión
 - Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad y Depresión,
 - Técnicas de Cómo comunicar malas noticias
 - Técnicas de resolución de problemas
 - Deshabitución en pacientes que utilizan de forma prolongada las BZ
- *Elaboración de materiales escritos para apoyar la deshabitución de los tratamientos prolongados con BZ (1^{er} trimestre 2003)*
- *Intervención sobre los pacientes que siguen tratamiento prolongado con Benzodiazepinas (Identificar, priorizar a los pacientes susceptibles y ofertar pautas de deshabitución). (2^o trimestre y 2^o semestre 2003)*
- *Evaluación de la efectividad de las actividades. (2^o semestre 2003)*

EVALUACIÓN DE LA APLICABILIDAD DE UN NUEVO MÉTODO TERAPÉUTICO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA LUMBALGIA CRÓNICA.

COORDINADOR DEL PROYECTO: Sara Pérez Palomares.

OBJETIVOS:

- 1-Comparar la efectividad en el tratamiento con la aplicación de estimulación eléctrica percutánea (P.E.N.S.), en pacientes que presentan lumbalgia crónica, con el estudio de referencia tomado de la revista "Jama", de Marzo de 1999.
- 2-Comparar los resultados con la utilización de diferentes estimuladores (*portátil o más complejo con posibilidad de software*).
- 3-Cuantificar los beneficios obtenidos en términos de salud percibida y mejora de la calidad de vida.
- 4-Facilitar la aplicación de P.E.N.S. tanto en la consulta de fisioterapia como en la atención en domicilio, con la utilización de equipo portátil.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Se han incluido a 48 pacientes en el estudio por el momento.

A cada paciente se le realiza:

- 1- Técnica de estimulación eléctrica percutánea, mediante protocolo estandarizado: Aplicación de la terapia con uno de los dos estimuladores utilizados, asignándolo previamente a cada paciente utilizando secuencia de números aleatorios. Se realizan un total de 9 sesiones a cada paciente, distribuidas en 3 sesiones semanales de 30 minutos cada una.
- 2- Escala analógica visual (EAV) para valoración de las siguientes variables: calidad de sueño, intensidad de dolor y grado de limitación de actividades de la vida diaria, todas ellas medidas antes, durante y después de la aplicación de la técnica.
- 3- Cuestionario de salud Health Status Survey Short Form (SF-36) para valoración subjetiva del estado de salud, antes y después de la aplicación de la técnica.
- 4- Valoración a los tres meses del estado de salud del paciente mediante cuestionario telefónico.

	Dallas	Zarag	p	% mejRef	% mejZar	P
dolor1	6,3(1,5)	5,17(2)	,0021*			
d9	3,4(1,4)	2,45(2,02)	,0075*	46%	53%	,5
activ.1	5,5(2)	5,03(2,22)	,2838			
a9	3,2(1,7)	2,95(2,14)	,5260	42%	41%	,9
Sueño1	5,5(1,9)	4,66(2,98)	,0930			
S9	3,1(1,6)	2,31(1,46)	,0581	44%	48%	,6
TOTAL (%MEJORIA)				44%	48%	,7

- La apreciación subjetiva de dolor es más alta en Dallas (se quejan más).
- Nuestros datos son algo mejores, aunque no de forma significativa.
- No existen diferencias significativas entre los 2 aparatos utilizados.
- No se han producido reacciones adversas. Ha sido bien tolerada.
- No hay razones para pensar que no pueda aplicarse en nuestro me

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

De los 48 pacientes incluidos, 11 abandonaron en tratamiento (por causas ajenas y por mala adaptación o problemas con la técnica). No se encontraron diferencias significativas en los abandonos en función de la utilización de uno u otro aparato. De los 37 pacientes que finalizaron el estudio, 9 eran varones y 28 mujeres, la edad media fue de 51,59 +/- 11.97 (máximo 77, mínimo 22). El tiempo medio de evolución de la lumbalgia fue de cerca de 4 años (47, 89 meses) con un mínimo de 3 meses y un máximo de 204. Un 75,3% habían recibido tratamiento farmacológico en el último mes por este motivo. El dolor, las actividades de la vida diaria y la calidad del sueño mejoraron significativamente ($P<0.0001$ para las tres variables) desde el inicio de las sesiones hasta la finalización de las mismas. Respecto a la evaluación realizada a los tres meses de la finalización del tratamiento: todos los pacientes encuestados recomendarían la técnica; el 86 % de ellos mantenían la mejoría obtenida. La aplicación de la técnica resultó sencilla, de fácil adiestramiento y no dió lugar a ninguna complicación a nivel local. Nuestros resultados hasta ahora son similares a los del estudio de referencia; tampoco hay diferencias significativas entre los dos equipos utilizados.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Durante los meses de Enero y Febrero realizar nuevas sesiones recordatorio de los criterios de inclusión del estudio, en los EAPs con los que ya se estaba trabajando.

Completar el número de pacientes hasta un total de pacientes incluidos en el estudio. Realizar la aplicación de los tratamientos sin cambiar de profesional para cada paciente para evitar sesgos. Elaborar las conclusiones definitivas para poder generalizar la aplicación del PENS en nuestro ámbito de Atención Primaria. Finalización del estudio en Junio de 2003.

NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN TÉCNICAS CARDIOLÓGICAS DE RIESGO.

I Calvo Cebollero, F Fernandez Vazquez, JG Galache Osuna, JA Diarte De Miguel, C Santolaria Aisa y LJ Placer Peralta.

OBJETIVO:

Mejorar la información del paciente antes de la toma de decisiones, en procedimientos cardiovasculares percutáneos diagnósticos y terapéuticos de riesgo.

METODOLOGÍA:

Elaboración de una sección informativa interactiva, en la página web de la Sección de Hemodinámica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), utilizando como eje de la página el documento de consentimiento informado escrito propuesto por la SEC, adaptado por la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

RESULTADOS:

La sección “Rincón del paciente” incluida en www.hemodinamica.com incluye tres bloques informativos:

- El corazón con una animación explicativa de la anatomía y fisiología cardíaca.
- El cateterismo diagnóstico que utiliza el mismo texto del consentimiento informado escrito que el paciente recibe en el hospital, como opciones para acceder mediante vínculos a imágenes, videos y animaciones que responden a cuatro preguntas: ¿Qué es?. ¿Para qué sirve?. ¿Cómo se realiza?. ¿Qué riesgos tiene?, además de otras opciones interactivas que completan opcionalmente la información anterior, entre las que se encuentran el vínculo al documento completo sobre el consentimiento informado en cardiología publicado en Rev Esp Cardiol 1998; 51: 782-796.
- La angioplastia coronaria que siguiendo el mismo esquema interactivo mediante imágenes, videos y animaciones responde a las preguntas: ¿Qué es?. ¿Para qué sirve?. ¿Cómo se realiza?. ¿Qué riesgos tiene?. ¿Qué resultados tiene?. El usuario puede acceder además a casos clínicos reales de actuaciones terapéuticas en distintos contextos clínicos y anatómicos.

CONCLUSIONES:

La cada vez más amplia utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación para el acceso a la información sanitaria, permite que estas pueden servir de apoyo al proceso verbal de consentimiento, facilitando la transmisión de una información lo más completa posible, veraz y comprensible para el paciente que le capacite para participar, voluntaria y activamente, en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

Cucullo López JM, Nuñez Alonso E, Flaquer Terrasa N, Campos Sanz A, Navarro Cirugeda M.
Servicio de Geriatria Hospital San Jorge. Zaragoza.

Palabras clave: anciano, rehabilitación, hospital de día geriátrico, coordinación entre niveles.

OBJETIVO:

Diseñar un plan de actuación en pacientes que sean candidatos de ser atendidos en la Unidad de Recuperación Funcional (URF), ubicada en el Hospital de Día Geriátrico (HDG), con el fin de unificar criterios de actuación y lograr una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del hospital. Análisis de resultados tras un año del inicio de la vía clínica FR.

METODOLOGÍA:

La documentación de la vía incluye la matriz temporal, la hoja de verificación, los indicadores de verificación, la hoja de información a enfermos/familiares y la encuesta de satisfacción. Se establece un cronograma de la vía: primera quincena de agosto de 1999 para constitución del grupo de trabajo, 30-10-99 finalización de reuniones de trabajo y consenso de documentación, 1-11-99 inicio del ensayo piloto, diciembre 1999 evaluación inicial y análisis de fallos, mayo de 2000 implantación definitiva.

RESULTADOS:

Pacientes en URF 164 (en vía RF17, 10,4%), edad media 82,2, 5 hombres y 12 mujeres, estancia media 15 días. Porcentaje de cumplimentación de la matriz temporal: médicos (día 0-85%, día 1-69%, sucesivos 46%, alta 34%), enfermería (día 0-100%, día 1-48%, sucesivos 23%, alta 23%), URF (día 0-100%, día 1-100%, sucesivos 76%, alta 80%).

CONCLUSIONES:

NEGATIVAS: desinterés general por su puesta en marcha, colaboración escasa y muy laboriosa, excesiva burocracia. POSITIVAS: formación de un grupo de trabajo y desarrollo de su labor a pesar de las dificultades, normalización documental así como la de la sistemática de actuación de la vía RF y URF, mejora de la comunicación entre niveles asistenciales y buena aceptación del procedimiento por parte de los usuarios y familiares.

GESTIÓN POR PROCESOS EN REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

F. Caro, A. Sarasola, C. De la Cámara, V. Escolar, M. Pinilla, B. Serrano

OBJETIVOS:

Tras instaurar un sistema de gestión por procesos en la Residencia Profesor Rey Ardid – Unidad de Media Estancia de Rehabilitación Psiquiátrica –mejoramos la organización del trabajo, la documentación e historia clínica, así como las intervenciones con los pacientes. Se detectaron problemas en la recogida de datos y en la evaluación de los procesos, creemos debido a la inexperiencia del equipo, a la selección de indicadores demasiado ambiciosos y que no dependían enteramente del equipo. A la vista de estas oportunidades de mejora nos planteamos como objetivos: simplificación de los procesos (preingreso, ingreso, atención-rehabilitación y alta) y de sus indicadores, mejora de la coordinación de los departamentos participantes, mejora de la documentación administrativa y de la historia clínica, instauración de un sistema informático de registro y análisis de indicadores automatizado.

METODOLOGÍA:

Para cada uno de los procesos se realiza una evaluación, replanteamiento y rediseño de los indicadores y de los criterios de calidad. Se introduce como método de trabajo el uso sistemático del ciclo PDCA; se utilizan para el análisis de problemas y sus causas herramientas de calidad como la tormenta de ideas y el diagrama de Ishikawa, entre otros. Proponemos la realización de un ciclo PDCA mensual para cada proceso; implantación paralela del sistema de documentación y registro; optimización del software; análisis de indicadores y evaluación del cumplimiento de calidad.

RESULTADOS:

En la gestión de procesos asistenciales complejos como la rehabilitación psiquiátrica, en la que intervienen varios departamentos y agentes externos (familia, equipos de salud mental, recursos sociales), se valora como imprescindible la simplificación de los procesos e indicadores, la no duplicación de los registros, así como la automatización informática del análisis de indicadores. Se aportan los datos más relevantes de esta segunda fase de implantación, las modificaciones introducidas, los indicadores de calidad de los procesos, así como una valoración de las repercusiones en la percepción de la asistencia por parte de los usuarios.

CONCLUSIONES:

El incluir un sistema de trabajo de gestión por procesos y ciclos de mejora continua aportan una mejor organización del trabajo clínico-rehabilitador y optimización/eficiencia del trabajo en equipo.

Este proyecto está financiado parcialmente por el Gobierno de Aragón, siendo el resto financiado por la Fundación Ramón Rey Ardid.

GUÍA DE COORDINACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

COORDINADOR DEL PROYECTO: Pilar Mainar García

OBJETIVOS:

Esta guía tiene la finalidad de mejorar la coordinación de los profesionales implicados en la Atención Domiciliaria para favorecer la permanencia del paciente en su domicilio con la mejor capacidad funcional y calidad de vida posible. Para ello es necesario que la guía permita en sucesivas visitas domiciliarias:

- Identificar problemas del individuo o de su entorno que están limitando actualmente o pueden hacerlo en el futuro.
- Identificar los activos u oportunidades que posee el paciente, la familia y su entorno, incluido el ámbito asistencial, para resolver estos problemas.
- Desarrollar un plan de cuidados que garantice que cada factor limitador o potencialmente limitador es abordado teniendo en cuenta el contexto de ese paciente, sus preferencias y calidad de vida, y las posibles intervenciones de otros profesionales,

Población diana:

Personas dependientes, es decir, personas que por razón de la disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de su vida cotidiana.

Usuarios de la guía:

Personal de enfermería y otros profesionales de Atención Primaria.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Los pasos establecidos en nuestro cronograma, fueron los siguientes:

1. Análisis de la información sobre atención domiciliaria
2. Definición de la población diana, de los problemas de salud que van a ser desarrollados en la guía y de sus usuarios.

Las actividades de los pasos 1 y 2 fueron realizadas durante el año 2001

3. Elaboración de la guía por problemas (tiempo previsto: 18 meses)

Métodos

- Grupo de expertos de varias disciplinas
- Detección de aspectos clave

Fuentes

- Revisión sistemática de la literatura
 - Opinión de expertos clínicos
 - Experiencias de pacientes y cuidadores
4. Seminario sobre metodología para la elaboración de guías de práctica clínica
 5. Estas actividades se han venido desarrollando durante el año 2002; se eligió como problema prioritario la atención domiciliaria en las demencias, por lo que se ha decidido centrar el proyecto en la realización de una **“GUÍA DE DEMENCIAS”**. En este momento hemos realizado el diseño del borrador y nos encontramos en la fase inicial de su redacción.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

1. Diseño del borrador de la Guía de Demencias
2. Inicio de la redacción de la Guía

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

1. Revisión del borrador final por expertos externos.
2. Evaluación de los aspectos formales (tiempo previsto: 5 meses)
 - Prueba piloto en 3 ó 4 Centros
 - Revisión externa de la Guía
3. Difusión e implantación (aproximadamente 6 meses)
4. Evaluación de la efectividad de la Guía
5. Establecer un procedimiento para futuras revisiones (tiempo previsto: 3 meses)

ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO

COORDINADOR DEL PROYECTO: José Manuel Arroyo Cobo

OBJETIVOS:

Manejo adecuado de los casos de salud mental más frecuentes en la consulta de atención primaria de un centro penitenciario.

EVALUACIÓN DE LO CONSEGUIDO:

Los problemas de salud mental en prisión generan una carga asistencial que supone el 50% de la consulta diaria a demanda. Se ha estudiado la prevalencia de estos trastornos en la población reclusa y también la relación entre determinadas patologías y el clima social de la prisión para comprobar la hipótesis de que el número y el tipo de trastornos mentales, especialmente los Trastornos de Personalidad, influyen en la convivencia entre los internos y los funcionarios, alterando de manera significativa el clima social de la prisión.

Prevalencia de problemas mentales

Se han estudiado las patologías mentales presentes en un momento determinado utilizando por tanto un diseño transversal.

Se ha obtenido una muestra aleatoria de los internos ingresados el 9 de febrero de 2002 en el Centro Penitenciario de Zaragoza (n = 60).

Encontramos un 41% de internos sin patología mental (25/60), como diagnóstico principal, un 17% de toxicómanos (16/60), un 30% de Trastornos de Personalidad (TP) (18/60) y un 2% de otros tipos de patologías (1/60) (Figura 1), los TP se distribuyeron en: Trastorno Antisocial 11,6% (7), Trastorno Límite 11,6% (7), Trastorno Paranoide 3,3% (2), Trastorno Narcisista 1,6% (1), Trastorno Esquizoide 1,6% (1)

Predominan por tanto los TP del grupo B. (Figura 2)

Se recogió también en todos estos internos la existencia de partes disciplinarios por falta leve (L), grave (G) o muy grave (MG) relacionada con comportamientos interpersonales agresivos. Se vio mayor número de estos comportamientos entre los trastornados mentales. La hipótesis a comprobar es que el diseño de un tratamiento adecuado desde un punto de vista tanto farmacológico como conductual, podría mejorar la eficiencia en el funcionamiento de los recursos sanitarios del centro y disminuir los episodios de agresividad y frustración en la relación funcionario-interno.

Incidencia de problemas de salud mental

El número de pacientes atendidos y número de consultas realizadas en los internos durante los 22 meses revisados han sido los siguientes:

- Nº de pacientes atendidos 177
16% del total de internos (177/1093)
- Nº de consultas de psiquiatría realizadas 412
17% del total de consultas (412/2398)

La incidencia respecto a los procesos mentales tratados se ha obtenido analizando las historias clínicas de una muestra aleatoria de 30 sujetos de los atendidos durante el periodo estudiado.

Se obtuvo una incidencia por tipos de trastornos tal y como muestra la figura 3

La incidencia por tipo de sintomatología atendida se muestra en la fig 4 Respecto a la relación entre trastornos mentales y comportamientos interpersonales inadecuados y/o agresivos se observó una diferencia significativa entre las sanciones recibidas por episodios de ese tipo en el grupo de sujetos diagnosticados de Trastorno de Personalidad 90,9% (10/11) respecto del grupo control 9% (1/11).Figura 5

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Es necesaria una coordinación entre profesionales de la sanidad penitenciaria y el Servicio de Atención Especializada encargado de atender los problemas mentales de los reclusos. Se pretende a lo largo del próximo año :

- 1-Elaborar protocolos consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario y el de Atención Especializada
- 2-Actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales y mejora del clima social del Establecimiento. Sobre todo con funcionarios sanitarios y de vigilancia