

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

1.- TITULO

MEJORA EN LA EVALUACION Y MANEJO DEL PIE DIABETICO

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	LAURA SENDER ALEGRE		
	D.E.		
Profesión		Centro de trabajo	C.S. de ALCANIZ
Dirección	AVDA. ARAGON		
Localidad	ALCAÑIZ	Código postal y provincia	44600(TERUEL)
Teléfono	978831718	Fax	978833586
		Correo electrónico	

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LOURDES ENCISO CIRIANO	MEDICO	C.S. ALCANIZ
ANGELA LARA GARRIDO	D.E.	"
PEDRO BONO LAMARCA	MEDICO	"
ALEJANDRO MONGE ILLANES	MIR 3	"
YSABEL MONREAL ALIAGA	MEDICO	"
CARMEN BURGUES VALERO	D.E.	"
PILAR NAVARRO BAYOD	D.E.	"
ALEJANDRO GUALLAR BLASCO	MEDICO	"
■LINA BELNGUER CARRERAS	MIR 3	"
PILAR BEGUER GRINON	NTR 3	"

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Examen del pie diabético, registrado en Hª clínica, fue del 31,7%, en la reevaluación del Ciclo de Mejora del Paciente diabético en C.S. Alcañiz (octubre 2001)

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

El pie diabético es la primera causa de amputación no traumática en los países industrializados, siendo la úlcera del pie precursora del 85% de estas amputaciones.

El 15% de los diabéticos presentarán úlcera en el pie a lo largo de su vida.

La neuropatía sensorial periférica es el primer factor de riesgo de amputación/úlcera en ausencia de traumatismo. Del 45% al 60% de las úlceras en los diabéticos son puramente neuropáticas y otro 45% tienen componentes neuropáticos e isquémicos.

El 20% de las hospitalizaciones sufridas por los diabéticos fueron debidas a úlceras /amputaciones, en Holanda.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

OBJETIVO GENERAL: Identificación precoz del pie de alto riesgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

+El 80 % de los pacientes incluidos en programa se les habrá inspeccionado los pies en el último año.

-El 70% de los pacientes que se les haya inspeccionado los pies tendrán registrados en su Hª clínica, la presencia o ausencia de pulsos pedio y tibial posterior.

-El 70% de los pacientes que se les haya inspeccionado los pies tendrán registrados en su Hª clínica, el resultado de la exploración de la sensibilidad con monofilamento 5-07.

-El 70% de los pacientes que se les haya inspeccionados los pies tendrán registrados en su Hª clínica, la presencia o ausencia de deformidades en los pies.

-El 50% de los pacientes que se les haya inspeccionado los pies tendrán registrados en su Hª clínica, la huella plantar.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

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

ACTIVIDAD	CALENDARIO	RESPONSABLE
Análisis del problema	inicio 27-01-03	L.Sender
Elaboración de criterios	inicio 27-01-03	C. Burgues
Pilotaje de los criterios	inicio 01-02-03	L.Enóiso
Evaluación del nivel de cumplimiento	inicio 02-02-03	A. Guallar
Diseño de actividades	inicio 04-02-03	A.Lara
Reevaluación del nivel de cumplimiento	inicio 27-02-04	P.Bono

5 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

GUTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN ATENCION PRIMARIA.
GedapS enero del 2000 J.F. Cano Perez.

CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO 2002 Autor Angel Camp Fauli.

ATENCION PRIMARIA . cuarta edición 1998. A.Martin Zurro.J.F.Cano Perez.

EVALUACION Y MANEJO DEL PIE DIABETICO.Del Cañizo Gomez,Moreira Andres.7
SerMecico juliodel 2001.

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Los pacientes con patologías crónicas concomitantes como hipertensión, diabetes y dislipemia reciben tratamientos farmacológicos combinados con el riesgo de presentación de interacciones farmacológicas. Estudios descriptivos sobre tratamientos crónicos en atención primaria muestran una elevada frecuencia de interacciones (Castillo, 41%; Arroyo, 35%; Gené, 10%; Chrischilles, 26%) en pacientes polimedicados. La relevancia clínica suele ser baja, pero en otras ocasiones, pueden originar problemas de salud por un incremento de los efectos adversos o por una disminución de la actividad terapéutica.
- Existe dificultad para detectar interacciones medicamentosas al tratarse de un campo de conocimiento complejo y extenso. Es necesario encontrar sistemas sencillos y rápidos que faciliten esta tarea en atención primaria.
- Es necesaria una mayor integración de los Farmacéuticos de Administración Sanitaria, como asesores en materia de uso racional del medicamento, en la actividad asistencial de los equipos de atención primaria para llevar a cabo una atención multidisciplinar al paciente

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Identificar y describir las interacciones medicamentosas (IM) en los tratamientos de pacientes crónicos diabéticos, hipertensos y dislipémicos incluidos en cartera de servicios de los equipos de atención primaria participantes, por el Farmacéutico de Administración Sanitaria.
- Unificar el uso de una aplicación informática para la detección de IM
- Participar conjuntamente con los médicos de atención primaria en el establecimiento de estrategias que minimicen la presentación de IM y los posibles efectos adversos que se deriven.
- Definir explícitamente el seguimiento del paciente con prescripciones que no supongan interacción absoluta.
- Establecer una metodología sistemática de trabajo en la que el farmacéutico colabore con el médico de forma cotidiana en el control y solución de interacciones medicamentosas en pacientes polimedicados.

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

Emplazamiento: 3 zonas básicas de salud en las que ya existe un Farmacéutico de Administración Sanitaria: Alcorisa, Teruel Urbano y Albarracín

Fuente de datos: Sistema específico de registro de cartera de servicios de los centros de salud

Unidad de estudio: Pacientes con historia clínica abierta que cumplan los criterios de inclusión en cartera de servicios de hipertenso, diabético y dislipémico, pertenecientes a la totalidad de cupos médicos de los centros de salud referidos.

Tamaño muestral: Universo

Se van a utilizar en la evaluación los datos referentes al tratamiento farmacológico tanto de los procesos crónicos (hipertensión, diabetes y dislipemia) como de los agudos, correspondientes al año 2002, reflejados en las historias clínicas de todos los pacientes que cumplen el criterio de inclusión indicado.

Para el análisis de las interacciones medicamentosas se dispone de la aplicación informática *BOT* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Se trata de una gran base de datos informatizada de medicamentos elaborada y actualizada periódicamente por este organismo. Para la detección de interacciones, el programa analiza instantáneamente pares de medicamentos, introduciéndolos por nombre comercial o principio activo, y en el caso en el que existan interacciones, elabora un informe en el que se describe la naturaleza de la misma, las medidas a tomar, la significación clínica, el mecanismo, el efecto que origina, evidencias clínicas y referencias bibliográficas

Criterios de calidad:

- Los informes impresos sobre interacciones quedan reflejados en la historia clínica
- Interacción detectada. El informe refleja en el apartado de medidas a tomar "Evitar asociación": Suspender o cambiar el fármaco
- Interacción detectada. El informe refleja en el apartado de medidas a tomar "Control clínico del paciente": No modificar el tratamiento, monitorización de parámetros clínicos.

Fases del proyecto:

1. Reuniones formativas sobre la utilización de la aplicación informática *BOT* a los Farmacéuticos de Administración Sanitaria (FAS) impartidas por la Farmacéutica de Area de Atención Primaria de Teruel (FAP).
2. Diseño de una base de datos informatizada para la recogida de la información.
3. Revisión de historias clínicas de los pacientes objeto de estudio.
4. Identificación y descripción de las interacciones medicamentosas mediante el programa informático *BOT*.
5. Evaluación
6. Elaboración de informes de las interacciones detectadas y comunicación al médico responsable en los casos en los que sea necesario evitar la asociación de los fármacos o un control clínico del paciente.

7. Realización de sesiones farmacoterapéuticas coordinadas por la Farmacéutica de Área de Atención Primaria a todos los miembros de los equipos sobre las interacciones encontradas con mayor frecuencia.
8. Reevaluación

Calendario:

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Reuniones formación BOT FAS-FAP												
Diseño base datos												
Revisión historias clínicas												
Identificación y descripción de IM con el programa BOT												
Evaluación												
Elaboración de informes de IM												
Comunicación con el médico												
Sesiones farmacoterapéuticas FAS-FAP												
Reevaluación												

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- García López A., García Raso MA, Morilla Herrera JC et al. Detección de interacciones medicamentosas en pacientes crónicos mediante un programa informático. *Aten Primaria* 1997; 19 (3): 138-141. *Estudio descriptivo de interacciones medicamentosas en pacientes crónicos seguidos en consulta de enfermería en un centro de salud urbano utilizando la misma aplicación informática que en este proyecto.*
- Mata Cases M et al. Mejora continua de la calidad de la prescripción crónica en un centro de atención primaria: seguimiento de cinco años. *Aten Primaria* 1994; 13: 172-176. *Estudio de adecuación del tratamiento en pacientes con patología crónica asociada. Estrategias para mejorar la calidad en la prescripción farmacéutica.*
- Fernández MA, Moya F, Delgado de Mendoza J. Mejora de la prescripción a partir del trabajo interdisciplinar en el centro de salud Puerto Real de Cádiz. En: Enric Nin Julve. Manual de gestión de la prescripción farmacéutica en atención primaria. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, Madrid 2001. *Estudio sobre la intervención de enfermeros y farmacéuticos en la identificación y solución de interacciones medicamentosas en pacientes polimedcados mediante el programa BOT. Desarrollo de un protocolo de actuación y medida del grado de aceptación del personal médico*
- Sáenz A, Ausejo M, Cruz E, et al. Interacciones medicamento-medicamento y asesoramiento farmacéutico. *Aten Primaria* 1996; 17: 559-563. *Estudio descriptivo transversal en el que los farmacéuticos evalúan las interacciones medicamentosas en pacientes que recibían más de un medicamento simultáneamente, a través de la información escrita proporcionada por los médicos, con la ayuda del programa informático "Medical Letter drug Interactions Program"*
- Esteras J, Calvet A, Díez de Ulzurrun M, Pérez MT. Interacciones farmacológicas en tratamientos crónicos: medidas correctoras para su prevención en un área básica de salud rural. *Aten Primaria* 2001; 27: 33-37. *Estudio de identificación de las interacciones farmacológicas de relevancia clínica existentes en las tarjetas de autorización de medicación de crónicos y establecimiento de estrategias para minimizar su aparición*
- Martínez A, Llangostera J, Abellán J et al. Las interacciones medicamentosas con los antihipertensivos en la práctica clínica. *Hipertensión* 2001; 18: 118-124. *Análisis de la prevalencia de potenciales interacciones farmacológicas de los antihipertensivos en monoterapia asociados a tratamientos crónicos.*

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

Material/Servicios	Euros
Ordenador portátil (Para la aplicación informática BOT, elaboración de informes, evaluación de resultados y preparación de sesiones farmacoterapéuticas)	1.800
Fuentes bibliográficas: <i>Martindale. The Extra Pharmacopeia.</i> (En formato CD y papel. Compendio de medicamentos con amplia información sobre interacciones medicamentosas) <i>Flórez J. Farmacología humana.</i> (Revisión farmacológica de los diferentes grupos terapéuticos)	2.125
Material de papelería para imprimir informes	180
Dietas de desplazamiento	180

TOTAL euros	4.285
--------------------	--------------

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)
---------	--

1.- TITULO

**INICIATIVA MULTICÉNTRICA EN MEJORA DE LA
CALIDAD EN LA ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA.
C.S. ANDORRA (TERUEL)**

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	JOSÉ MARÍA TURÓN ALCÁINE		
Profesión	MÉDICO	Centro de trabajo	C.S. ANDORRA (TERUEL)
Dirección	C/HUESCA s/n		
Localidad	ANDORRA	Código postal y provincia	44500 TERUEL
Teléfono	978843806	Fax	Correo electrónico j.m.turon@terra.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ARACELI FERNÁNDEZ REVUELTA (responsable)	MÉDICO	C.S. DELICIAS SUR ZARAGOZA
M^a TERESA LAMBÁN SÁNCHEZ (responsable)	MÉDICO	C.S. REBOLTERIA ZARAGOZA
ROSA MAGALLÓN BOTAYA	MÉDICO	C.S. ARRABAL ZARAGOZA
ISABEL MONREAL ALIAGA	MÉDICO	C.S. ALCANIZ TERUEL
BEATRIZ SOLANS AISA	MÉDICO	C.S. JACA HUESCA
TEÓFILO LORENTE AZNAR	MÉDICO	C.S. SABIÑANIGO HUESCA
MARIA LUISA SAMITIER LERENDEGUI	MÉDICO	C.S. SANTA LUCIA ZARAGOZA
CARMEN QUINTANA VELASCO	MÉDICO	C.S. GRAUS HUESCA
LOURDES CLEMENTE JIMÉNEZ	MÉDICO	C.S. PERPETUO SOCORRO HUESCA

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)**3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS**

La EPOC es una de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio, tanto en la asistencia primaria donde se ha calculado que supone el 10% de las visitas como en la especializada de neumología (30% de los motivos de consulta). Sin embargo también es uno de los procesos con más dificultades a la hora de llevar a la práctica un seguimiento programado:

- Un reciente estudio multicéntrico (1) realizado en territorio nacional muestra que el 38,6% de los diagnósticos de EPOC estudiados en atención primaria se realizaron sin hacer una espirometría, algo que sólo ocurría en el 10,2% de los pacientes estudiados en consultas de neumología. El 72,6% de los pacientes tuvieron 2 o más agudizaciones en el último año por un 44,3 % de los que fueron controlados en las consultas de neumología.
- En el año 2000 se evaluaron los criterios de inclusión en cartera de servicios del programa EPOC encontrando importantes deficiencias en numerosos centros de salud.
- Existe un problema estructural importante que es la ausencia de calibración de los espirómetros en la mayoría de los centros, hecho que ha motivado discordancias en la evaluación de pacientes compartidos con los neumólogos y que dudemos sistemáticamente de la fiabilidad de los aparatos y por tanto origina un cierto abandono del seguimiento de esta patología.
- Existen dos modelos de organización en cuanto a la realización de espirometría: centros donde los realiza sólo una enfermera y centros donde no hay personal dedicado específicamente. Desconocemos si esta discordancia puede tener alguna influencia en la calidad del diagnóstico (causa hipotética de mala calidad).

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El objetivo principal es evaluar la calidad prestada de forma específica en el diagnóstico de la EPOC con la finalidad de averiguar si existe o no existe espacio para la mejora e identificar que factores se asocian a los problemas de calidad. Contenidos específicos:

- Que el diagnóstico de los pacientes con EPOC se realice con criterios espirométricos basados en las guías (Gold, SEMFYC-SEPAR, ATS).
- Que se valoren sistemáticamente los factores de riesgo específicos de esta enfermedad
- Que a todo paciente se le realice en el momento del diagnóstico una valoración adecuada tanto en lo que respecta a Anamnesis, como exploración física y pruebas complementarias según las guías
- Aumentar la confianza de los médicos de familia en la fiabilidad de los espirómetros y como consecuencia de ello mejorar la calidad del diagnóstico.

Como objetivo posterior, en el caso de que consigamos los medios estructurales adecuados buscaríamos en una segunda fase abordar todo el proceso de atención al paciente EPOC mediante la realización de una guía de práctica informatizada dentro del programa OMI, de tal manera que el objetivo final sería conseguir una continuidad en el proceso de atención al paciente EPOC basado en las indicaciones de las guías basadas en la mejor evidencia disponible (Gold, SEMFYC-SEPAR, ATS) que redunde en un aumento de la calidad del diagnóstico, una disminución del número de ingresos y una utilización más racional de los fármacos.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

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

- Realización de un diagrama causa-efecto entre los representantes de cada centro-diagrama de Ishikawa. Marzo 2003
- Estudio de nivel de calidad y causas asociadas a la mala calidad: Muestreo aleatorio estratificado por profesional en cada centro de salud. 50 historias clínicas a extraer del registro de pacientes diagnosticados de EPOC. Se excluirán del estudio los pacientes en los que conste en la historia que no han podido realizar la espirometría por imposibilidad física o psíquica. Se valorará el cumplimiento de los criterios (cumple/no cumple/excepción) en porcentaje \pm intervalo de confianza del 95%. los criterios están basados en las guías referidas y la fiabilidad de los criterios de calidad del registro espirométrico será evaluada mediante el método EMCA para múltiples observadores. Se evaluará la asociación de las causas hipotéticas de mala calidad al cumplimiento de los criterios mediante ji cuadrado y análisis multivariante. La evaluación será retrospectiva, interna de cada centro y mixta. Se realizará un cálculo del cumplimiento medio de todos los centros y se valorará si existen diferencias estadísticamente significativas entre cada centro y la media.
En el cumplimiento de cada criterio se realizará un chi cuadrado entre todos los centros, y en aquellos criterios donde se encuentren diferencias significativas entre los centros se realizará un rango relativo de cumplimiento. Mayo- Julio 2003
- Diagrama de afinidades: una vez acotado el problema del diagnóstico se tomará por consenso en cada centro las iniciativas que correspondan. Los responsables de cada centro expondrán en reunión conjunta las medidas a tomar. Julio - Septiembre
- Diseño de la calidad: El grupo coordinador elaborará una guía adaptada con la intención de darle formato informático adaptado al programa OMI.
- Reevaluación: mejora absoluta, relativa y significación estadística de la mejora, global y de cada centro (fecha a consensuar por los participantes)

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. *Lumbreras García. Resumen de estudio IDENTEPOC. XXII CONGRESO DE LA SEMFYC. Aten Primaria 2002. Vol 30 Suplemento I. (Ya comentado en la introducción)*
2. *American Thoracic Society (ATS). Standardization of spirometry (1994 update). Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 1107-1136*

Explica detalladamente todos los criterios de calidad que deben de cumplir las espirometrías, espirómetros, calibración de los mismos..

3. *The Gold scientific committee. Global Initiative for chronic obstructive Lung Disease. Disponible en: <http://www.goldcapd.com>*

Informe del Consenso GOLD con el objeto de mejorar la prevención y tratamiento de la EPOC. Se confirma el diagnóstico por la espirometría. La constatación de un volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1) postbroncodilatación <80% del valor de referencia en asociación con un FEV1/FVC <70% confirma la presencia de limitación del flujo aéreo.

4. *Miravittles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de screening de la EPOC en Atención Primaria. El Proyecto PADOC (Programa para aumentar el diagnóstico de EPOC en Atención Primaria) Arch Bronconeumol. 2000 Oct;36 (9):500-5.*

Llega a la conclusión de que se infradiagnostica el EPOC en Atención Primaria, por el poco uso que se hace de la espirometría, y la baja calidad de esta.

- 5- *Alvarez-Salas JL, Cimas E, Masa JF., Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo JL. Recomendaciones para la atención al paciente con EPOC. Semfyc-Separ Atenc Prim 2001; 28(7):491-500*

Guía de actuación para facilitar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con EPOC en Atención Primaria

- 6- *Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabnel R et col. Estudio IBERCOP en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol. 1999;35:156-166*

La prevalencia en España de EPOC es de 9,1% en la población entre 40 y 69 años y de 20% en mayores de 65 años. También muestra un dato muy significativo, el 78,2% de los pacientes no estaban diagnosticados.

CRITERIOS	EXCEPCIONES	ACLARACIONES
1. El paciente deberá haber sido diagnosticado con una espirometria	Será válido también cuando los datos de la espirometria que originó el diagnóstico consten en informe del especialista de referencia	Ninguna
2. En el momento del diagnóstico constarán: - FEV1/FVC < 70%, - FEV1 post broncodilatación < 80 % del valor de referencia.	Las mismas del criterio 1	Valor de referencia: el resultado del FEV1 en la primera prueba (sin broncodilatación)
3. Estará registrado el antecedente de tabaquismo en la historia clínica en el momento del diagnóstico	Consideraremos válido el criterio si consta este dato en la historia 6 meses antes o después de la visita del diagnóstico	Ninguna
4. El espirómetro deberá calibrarse al menos de forma mensual	Ninguna	Se calibra con jeringa calibrada de 3 litros
5. Deberá tener informada una Rx tórax en el momento del diagnóstico	Consideraremos válido el criterio si consta este dato en la historia 6 meses antes o después de la visita del diagnóstico.	Ninguna

6. La espirometria se considerará de buena calidad cuando		
6.1. Tenga un tiempo espiratorio mínimo de seis segundos en la curva volumen-tiempo		Los evaluados serán entrenados y su fiabilidad examinada con un coeficiente interobservador método EMCA
6.2. La curva de la espirometria debe de presentar una fase de ascenso rápido hasta llegar al flujo espiratorio máximo, con un pico y luego un descenso gradual dibujando una concavidad hacia arriba, sin interrupciones, hasta que alcanza la línea de base. La finalización debe ser asintótica		Los evaluadores serán entrenados y su fiabilidad examinada con un coeficiente interobservador método EMCA

NOTA: Es posible que no tengamos un mínimo de espirometrías para evaluar en el muestreo inicial ya que muchos no tendrán espirometria con lo cual en el criterio 6 es posible que hubiera que hacer nuevo muestreo hasta completar 50 espirometrías por centro. Habría que conseguir 5 evaluadores por ejemplo de las espirometrías cuya fiabilidad (concordancia) se evaluaría con método EMCA

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS DE CALIDAD

EN EL AREA IV (DICIEMBRE DE 2002)

TITULO DEL PROYECTO: PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA MULTIFACTORIAL.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: JOSE MARIA TURON

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- QUE LAS DECISIONES DE TRATAMIENTO SE BASEN EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR TANTO EN DISLIPEMIAS COMO EN HTA
- QUE LOS PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA ALCANZEN LAS CIFRAS OBJETIVO DE LOS PARAMETROS RECOMENDADOS POR EL PAPPS Y LA AHA

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- GRAFICO DE MONITORIZACION TIPO 'P'
- ESTUDIO DE NIVEL DE CALIDAD: RCV y HTA
- ESTUDIO DE NIVEL DE CALIDAD EN PREVENCIÓN 2^a

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- CUANDO COMENZAMOS, EL RCV SE CALCULABA EN EL 30% DE LOS CASOS DE DLP ~~LA EN ABRIL~~ QUE SE HABIAN HECHO ANALITICA EL MES ANTERIOR, EN ABRIL SE ALCANZO UN PICO DE UN 80% Y LA MEDIA DE LOS 5 MESES EVALUADOS ~~ES~~ ES DEL 50 ± 5%.
- HIPERTENSION ARTERIAL: 50% de LOS PACIENTES CITADOS EN ABRIL ~~Y~~ SEPTIEMBRE CON ENFERMERIA TENDIAN EL RCV CALCULADO

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- SEGUIR CON EL GRAFICO TIPO "P" HASTA CONSEGUIR LA ESTABILIDAD DEL INDICADOR
- REEVALUACION DEL CICLO DE PREVENCIÓN 2^a
- REEVALUACION DEL INDICADOR DE HTA

RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Gastos corrientes vinculados al proyecto: viajes y días sustituidos en el trabajo para :</u>	
- <u>las reuniones de consenso del grupo (Día 1: realización de estudio de causas y Diagrama de Ishikawa + redacción definitiva de los criterios + diseño estudio de fiabilidad de los criterios espirométricos, día 2 : reunión de los 6 evaluadores de las espirometrías para comprobar los resultados del estudio de fiabilidad , día 3: diseño de intervención post evaluación, día 4 reunión de consenso sobre líneas a seguir tras los resultados conseguidos tras la reevaluación (4 días sustituidos por persona + desplazamiento de los miembros del grupo de fuera de Zaragoza)</u>	<u>1330</u>
- <u>Curso de formación del personal que realiza las espirometrías en los centros de salud correspondientes (3 días sustituidos + 2 desplazamientos al alto y al bajo Aragón)</u>	<u>266</u>
<u>Viajes y dietas</u>	<u>1000 Euros</u>
<u>Material fungible</u>	<u>200 Euros</u>
<u>Material inventariable</u>	
<u>Jeringas calibradoras para espirómetro:</u>	
- <u>2 jeringas de 3 litros para espirómetro marca Bosch (centros de Salud de Andorra y Alcañiz)</u>	<u>1569,02</u>
- <u>2 jeringas de 3 litros para espirómetro marca COSMED-PONY SPYROMETER GRAPHIC referencia C 00600-01-11</u>	<u>1569,02</u>
- <u>Centro de Salud de Graus: Ordenador personal</u>	<u>1499 Euros</u>
- <u>Centro de Salud Rebolería: Cañón de proyección para equipo informático</u>	<u>1599 Euros</u>
- <u>Centro de Salud Andorra: Cañón de proyección para equipo informático</u>	<u>1599 Euros</u>
<u>Colaboración del Servicio Aragonés de Salud para realización de guía informatizada</u>	

<u>TOTAL euros</u>	<u>10631,04 Euros</u>
--------------------	-----------------------

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2003)
---------	---

1.- TÍTULO

CICLO DE MEJORA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPERTOFIA VENTRICULAR Y LA INSUFICIENCIA RENAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos JULIO GARCÍA-ARÁEZ LÓPZ

Profesión	MÉDICO	Centro de trabajo	C. DE SALUD DE CALANDA
Dirección	C/ SAN JORGE, 2		
Localidad	CALANDA	Código postal y provincia	44570 TERUEL
Teléfono	978 84 70 19	Fax	978 84 70 45
Correo electrónico jgarciaaraezl@medynet.com			

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Sanz Almalé, Alfredo	Médico	C.S. Calanda
Guallar, Mariano	Médico	C.S. Calanda
Calvo Martínez, José Antonio	Médico	C.S. Calanda
Dobato, M ^a Ángeles	D.U.E.	C.S. Calanda
Llorca Camarasa, Miguel	D.U.E.	C.S. Calanda
Chamocho, Elvira	D.U.E.	C.S. Calanda
Gauthier Alfaro, Yolanda	D.U.E.	C.S. Calanda

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Tras varios años de experiencia en el tratamiento de pacientes crónicos, especialmente hipertensos y diabéticos, se ha observado que se realizan las consultas de control periódicamente, incluso con una frecuencia superior a la indicada en diversos protocolos, pero las pruebas analíticas y los electrocardiogramas que se deben de realizar para prevenir las complicaciones, o captarlas en sus fases precoces, se realizan con un frecuencia inferior a la descada, e incluso a pesar de haberse realizado, al obtener unos resultados anómalos, que indicarian la derivación a especializada para confirmación y control de la complicación, como por ejemplo la hipertrofia ventricular en las miocardiopatías hipertensivas, ésta no se realiza habitualmente.

Se pretende realizar un ciclo de mejora para conseguir una mejor indicación de las pruebas complementarias en los enfermos hipertensos y diabéticos, pretendiendo captar precozmente las complicaciones cardiacas que ocasionan estas dos enfermedades, y se pretende mejorar la derivación a cardiología de los pacientes con complicaciones.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo general:

- Mejorar el control de los enfermos hipertensos y diabéticos

Objetivos específicos:

- Todo paciente hipertenso tendrá realizado un electrocardiograma desde su inicio de la enfermedad, y posteriormente uno cada cinco años.
- Todo paciente diabético tendrá realizado un electrocardiograma desde su inicio de la enfermedad, y posteriormente uno cada cinco años.
- En la historia clínica de los pacientes hipertenso y/o diabéticos deberá constar el informe clínico de los ECG realizados.
- Todo paciente hipertenso en cuyo ECG, por los diversos índices existentes, muestren una sospecha de hipertrofia ventricular deberá ser remitido a cardiología, para confirmar o descartar este diagnóstico.
- Todo paciente hipertenso tendrá realizado una analítica básica, que incluya hemograma, glucemia, creatinina, sodio y potasio, colesterol, triglicéridos, ac. Úrico y sedimento de orina.
- Todo paciente diabético tendrá realizado una analítica básica y un índice albúmina/creatinina.
- Todo paciente con índice albúmina/creatinina elevada deberá ser derivado a nefrología para descartar una nefropatía diabética.

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

Febrero y marzo 2003: Se realizará el análisis del problema y se fijarán los criterios a evaluar.

Abril 2003: Se llevará a cabo el estudio de evaluación del problema

Mayo 2003: Se realizará el análisis de la evaluación y el diseño de las intervenciones a realizar.

Junio 2003 a Junio 2004: Se llevarán a cabo las actividades de mejora.

Julio 2004: Se llevará a cabo la reevaluación del problema.

Septiembre 2004: Análisis del ciclo realizado.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Cabezas M, Comellas A, et al. Comparación de la sensibilidad y la especificidad de los criterios electrocardiográficos para la hipertrofia ventricular izquierda, según métodos de Romhilt-Estes, Sokolow-Lyon, Cornell y Rodríguez Padial. Rev. Española de Cardiología. Vol. 50 Num. 1. 1997: 31-35
- Barrios Alonso, V. Alteraciones electrocardiográficas en la hipertensión arterial. Hipertensión. Vol. 18 Num. 15. 2001: 207-211.
- Candell Riera, J, Romero Farina, G, Et al. Valor del ecocardiograma-Doppler en el pronóstico y en el seguimiento de la miocardiopatía hipertrófica. Rev. Española de Cardiología. Vol. 54, Num. 1. 2001: 7-15
- Luño, J, García de Vinuesa, S, Valderrábano, F., Gómez Campderá, F.J. ¿Cuándo debe remitirse a la consulta del nefrólogo a los pacientes con nefropatía diabética? Endocrinología y nutrición. Vol. 46, Num. 6. 1999: 215
- Mundel Tuduri, X., Martínez Carmona, S., Espinosa González, N., et al. Utilidad del cociente albúmina/creatinina en el diagnóstico de la nefropatía en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Medicina Clínica 2001; 116:732-733.
- Campo Sien, C., Segura de la Morena, J., Ruilope Urioste, L.M. Estrategias en el tratamiento de la hipertensión arterial para prevenir el desarrollo de insuficiencia renal. Hipertensión. Vol 19, Num. 3, 2002: 121-128.
- Albaladejo Monreal, E., López Miñarro, E. y Gómez Vargas, J. Nefropatía diabética. FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Vol. 7, Num 7. 2000: 456-463.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón (2003)
---------	---

1.- TÍTULO

CICLO DE MEJORA SOBRE EL USO RACIONAL DEL OMEPRAZOL Y OTROS ANTIULCEROSOS

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	PILAR PLUMED LÁZARO		
Profesión	FARMACÉUTICA	Centro de trabajo	C. DE SALUD DE CALANDA
Dirección	C/ SAN JORGE, 2		
Localidad	CALANDA	Código postal y provincia	44570 TERUEL
Teléfono	978 84 70 19	Fax	978 84 70 45
		Correo electrónico	

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Sanz Almalé, Alfredo	Médico	C.S. Calanda
Guallar, Mariano	Médico	C.S. Calanda
Calvo Martínez, José Antonio	Médico	C.S. Calanda
García-Aráez López, Julio	Médico	C.S. Calanda

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Desde hace varios años, el gasto de farmacia del Centro de Salud de Calanda supera al gasto presupuestado, observándose también, que los índices de gasto por persona y recetas por personas están por encima de la media del área a la que pertenece, lo que hace suponer que existe una prescripción inadecuada por exceso de medicamentos.

Con el presente ciclo de mejora se pretende conseguir mejorar la prescripción de los principios activos que ocasionan un mayor gasto en nuestro Centro de Salud, fundamentalmente para conseguir una mejor utilización de los fármacos que prescribimos, con el consiguiente disminución de la iatrogenia, un mejor control de nuestros pacientes y en el caso de una infratilización de los medicamentos, lograr una prescripción adecuada.

Aunque se parta de un punto de vista economicista y con la pretensión de ahorro en el gasto farmacéutico, la finalidad del ciclo de mejora no es éste, sino la mejor prescripción de los medicamentos empleados.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo general:

Mejorar la prescripción de los medicamentos del subgrupo terapéuticos A02B (Otros antiulcerosos) en el Centro de Salud de Calanda.

Objetivos específicos:

- Mejorar la prescripción del omeprazol y similares
- Disminuir el consumo inadecuado del omeprazol y similares.
- Disminuir la aparición de efectos secundarios, reacciones adversas e interacciones medicamentosas ocasionada por el omeprazol y similares.
- Mejorar el gasto farmacéutico.

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

Febrero y marzo 2003: Se realizarán sesiones clínicas quincenales para estudio de los grupos terapéuticos propuestos. Se analizarán las causas del problema y se fijarán los criterios a evaluar.

Abril 2003: Se llevará a cabo el estudio de evaluación del problema

Mayo 2003: Se realizará el análisis de la evaluación y el diseño de las intervenciones a realizar.

Junio 2003 a junio 2004: Se llevarán a cabo las actividades de mejora.

Julio 2004: Se llevará a cabo la reevaluación del problema.

Agosto 2004: Análisis del ciclo realizado.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de especialidades farmacéuticas. 2002
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Farmacología y farmacoterapia.
- Satre Gervás I. López González R. Alonso Álvarez A. Tarrazo Suárez JA. Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Atención Primaria. Atención farmacéutica. Vol 3. num 5. 2001: 350-362.
- García Betanzos R. Campano Pérez L. Louro González a. Helicobacter pylori. Disponible en www.fisterra.com/guias2/ulcera_peptica.htm
- Ferrándiz Santos J (Coordinador). Gómez Marco J.J. Sáez Pomares M. Amador Romero F.J. Formación Médica Continuada. Protocolo_2 2000 : 07: 11-13
- Tarrazo Suárez J.A. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Disponible en www.fisterra.com/guias2/erge.htm
- Arnalich F. Martínez-Hernández P.L. Capitán C.F., Camacho J. Tratamiento de la dispepsia funcional y del síndrome del intestino irritable. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 22 nº 1. 1998:2-7.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2001. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas. desde la Atención Primaria a la especializada: I
- Hospital Virgen de la Merced (Osuna). Protocolos asistenciales. Tratamiento de la enfermedad ulcerosa. Disponible en www.sefh.es/privado/ulcera.htm

