

## **INDICE PROYECTOS CALATAYUD 2004**

024_2004 "Manual de procedimiento de trabajo administrativo del servicio de admisión del Centro de Salud de Morata de Jalón"	Pág. 2 a 5
102_2004 "Implantación y mejora de un programa de cirugía menor en un Centro de Salud de Atención Primaria del medio rural" del CS de Ateca	Pág. 6 a 10
106_2004 "Optimización de los dispositivos de inhalación en pacientes EPOC y asma del Centro de Salud de Ariza"	Pág. 11 a 14
024_2004 "Vía clínica de atención al paciente dermatológico con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector de Salud de Calatayud" del H. Ernest Lluch	Pág. 15 a 29
024_2004 "Vía clínica de atención al paciente con cáncer cutáneo. Diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector de Salud de Calatayud" del H. Ernest Lluch	Pág. 30 a 34



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

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

El Servicio de Admisión está ocupado por una persona, por lo tanto, cuando vienen sustitutos nuevos, hay actividades que desconocen.

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

Contribuir al mejor funcionamiento del Centro de Salud cuando existen sustituciones o bajas. También por el resto del personal que trabaja en el mismo.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Cuando llegué a este Centro de Salud, a pesar de mi dilatada experiencia en puestos de trabajo similares, me encontré con las dificultades que conlleva el no tener un compañero que vaya resolviendo las dudas que van surgiendo los primeros días, hasta conocer todas las actividades

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración de un manual con toda la información, ubicado en la mesa de admisión.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b>TOTAL</b>	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Fecha y firma:**

16 DICIEMBRE 2003

ATILIA GABARDA I VILA



**CENTRO DE SALUD  
MORATA DE JALON**

# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

“IMPLANTACIÓN Y MEJORA DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL MEDIO RURAL.”

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: LUIS J. LATORRE ARNEDO

Profesión: MÉDICO

Centro de trabajo: C.S. ATECA

Correo electrónico: [llatorre@able.es](mailto:llatorre@able.es)

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JESÚS BORRAZ ABELLA	MÉDICO	C.S. ATECA
PABLO A. DE LORA NOVILLO	“	“
MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS	A.T.S.	“
ISABEL DOMÍNGUEZ LOZANO	“	“
TRINIDAD LOZANO MONTERDE	“	“
ANTONIO BUENO TABERNERO	“	“
GEMA LÓPEZ BALLANO	ADMINIST	C.S. ATECA

## 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

**IMPORTANCIA:** DIVERSAS AFECCIONES, DE PIEL FUNDAMENTALMENTE, HAN PASADO DE SER UN PROBLEMA DE SALUD DE CARÁCTER ESTÉTICO, A SER UN PROBLEMA DE SALUD SENTIDO, DE GRAN DEMANDA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONSTITUYE UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA:

- AUMENTAR LA CERCANÍA DEL USUARIO AL CENTRO Y SUS RESPONSABLES DE SALUD.

- MEJORAR LA RELACIÓN PROFESIONAL DE SALUD-USUARIO
- DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE PIEL.
- DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA HOSPITALARIAS
- MEJORAR LA RELACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA.

LOS MÉTODOS DE DETECCIÓN A UTILIZAR SON: CAPTACIÓN, ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN EN CONSULTA.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- DESPISTAJE DE LESIONES PRECANCEROSAS DE PIEL.
- DISMINUCIÓN DE LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICAS.
- AUMENTO DE LAS HABILIDADES QUIRÚRGICAS DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO.
- AUMENTO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

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

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

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

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

**IMPORTANCIA:**DIVERSAS AFECCIONES DE PIEL HAN PASADO DE SER CONSIDERADOS UN PROBLEMA DE SALUD ESTÉTICO, A SER UN PROBLEMA DE SALUD SENTIDO DE GRAN DEMANDA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

SEGÚN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA E INTENTANDO SEGUIR LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL MODELO E.F.Q.M. , REUNIONES PERIÓDICAS DEL GRUPO DE TRABAJO, PARA VALORAR ASPECTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS, BUSCAR POSIBLES SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS TANTO DEL CIRCUITO, DE LAS DIFERENTES ÁREAS AP Y AE, TAREAS , COMPONENTES, ÉTC.

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO PARA EL PROGRAMA, BASÁNDONOS EN EXPERIENCIA PREVIA.

DESARROLLO: FORMACIÓN DEL GRUPO, CAPTACIÓN EN CONSULTA, DETECCIÓN PREVIA, CITACIÓN, INTERVENCIÓN, ANATOMÍA PATOLÓGICA, RESULTADOS, SEGUIMIENTO.

## 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

**OBJETIVO PRINCIPAL:** LLEGAR A EVALUACIÓN CONTINUA DE CALIDAD E INTEGRARLO COMO UNA ACTIVIDAD MÁS DEL E.A.P.

**INDICADORES:**

-VALORACIÓN TRIMESTRAL

-NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS.

- “ DE ANATOMÍAS PATOLÓGICAS REALIZADAS.

- “ DE PROFESIONALES IMPLICADOS.

- “ DE COMPLICACIONES SURGIDAS.

-CONFIRMACIONES HISTOLÓGICAS DE SOSPECHA CLÍNICA.

## 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:Febrero de 2.004

Fecha de finalización:

Calendario:

**GRUPO YA FORMADO. AL EXISTIR UNA EXPERIENCIA PREVIA, LAS DIVERSAS FASES DEL CIRCUITO YA ESTÁN ESTUDIADAS.**

**FEBRERO DEL 2004:**

**REVISIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y VALORACIÓN DE ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DEL MISMO.**

**CORRECCIÓN O AFIRMACIÓN DE LOS MISMOS.**

**A PARTIR DE AQUÍ, SE INTRODUCIRÁ COMO UNA ACTIVIDAD MÁS DEL TRABAJO DIARIO DEL EQUIPO.**

**DEPENDIENDO DEL NÚMERO DE USUARIOS A TRATAR SE REALIZARÁN LAS INTERVENCIONES CON PERIODICIDAD SEMANAL O QUINCENAL.**

**POR TANTO, NO HAY FECHA DE FINALIZACIÓN COMO TAL AL SER UNA ACTIVIDAD CONTINUADA; ESO SÍ, REALIZANDO VALORACIÓN ANUAL.**

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

<b>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</b>	
<b><i>Material/Servicios</i></b>	<b><i>Euros</i></b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
MESA DE MAYO	
FOCO DE LUZ FRÍA	
ELECTRODOS	
PINZAS: c/d, s/d	
TIJERAS: RECTAS, CURVAS	
MOSQUITOS PEQUEÑOS	
MANGOS DE BISTURÍ: nº 3, nº 4	
BISTURÍS DESECHABLES: nº10, nº 15, nº 23	
PINZAS PEAN	
PINZAS KHOCHER	
PINZAS DISECCIÓN EXTRAFINA: c/d, s/d	
SABANILLAS	
APOSITOS	
PAÑOS ESTÉRILES: FENESTRADOS, SIN FENESTRAR	
<b>TOTAL</b>	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Fecha y firma:**

Ateca, 16 de enero de 2004

  
Firmado: Luis J. Latorre Arnedo



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

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**  
 Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"  
 Revisar dispositivos de inhalación. Ver su conveniencia. Revisar resultados y evaluación espirométrica.

- Mejora Funcional del paciente
- Optimización de dispositivos de inhalación
- Racionalización de recursos

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

1. Mejora funcional respiratoria de los pacientes comprobado por espirometría
2. Modificar malas prácticas en el uso de inhaladores, optimizando su uso.
3. Facilidad de comunicación interconsultas de medicina y enfermería y ambas con personal administrativo.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**  
 Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Tras el estudio y comprobación del mal uso de los inhaladores en la consulta médica durante los tres primeros meses y el elevado número de inhaladores utilizados (SEPT-NOV 2003), con muy mal control funcional respiratorio de los pacientes (frecuentes reagudizaciones...), bien por el no aprendizaje del inhalador o por la incorrecta indicación del tipo de dispositivo se decide actuar para mejorar esta situación.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Listar los pacientes EPOC y Asma tanto por el médico como la enfermera (Censo Enfermos)
2. Listar pacientes que usan dispositivos de inhalación (Médico y ATS)
3. Revisar el uso correcto del dispositivo y si es pertinente para su patología mediante estudio espirométrico (médico y enfermera)
4. Realización de las espirometrías (enfermera)
5. Valoración clínica tras el control o modificación de la terapia (médico).

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Una vez terminada la revisión de los pacientes y de haber controlado a los mismos se hacen revisiones cada seis meses y se anota en la historia el número de reagudizaciones que ha sufrido y el grado de insuficiencia respiratoria mediante espirometría. Además se anotan las consultas realizadas por el paciente por todas las causas.

Indicadores:

1. Número de consultas por la enfermedad de base (EPOC O ASMA)
2. Número de reagudizaciones o exarcebaciones del proceso de base en los seis meses de estudio.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: SEPT- 2003

Fecha de finalización: julio 2004

Calendario:

Durante los meses de septiembre a noviembre se realiza el censo de pacientes. En Diciembre y enero se realizan las correspondientes pruebas de valoración clínica y el uso de los dispositivos. De febrero a Julio de determinan el número de reagudizaciones o exacerbaciones en los meses anteriores.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE DERMATOLÓGICO CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y/O DEL ESTADO DE ANIMO. DISEÑO, PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACIÓN EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Dr. D. Servando Eugenio Marrón Moya

Profesión: Dermatólogo Centro de trabajo: Hospital "Ernest Lluch"

Correo electrónico: [semarron@salud.aragob.es](mailto:semarron@salud.aragob.es) ; [semarron@aedv.es](mailto:semarron@aedv.es)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Berta Serrano	Enfermera	Dermatología Hospital
Mari Sol Gracia	Jefe grupo	Admisión Hospital
Luis Latorre	Medico AP	CS Ateca
Teresa Batanero	Medico R3	CS Daroca
Mª Pilar Blazquez	Medico AP	CS Alhama de Aragón
José Codes	Medico AP	CS Calatayud
Angel Bes	Medico AP	CS Daroca
Lucía Tomás	Psicologa	Externo Hospital
Mª Pilar Roldan	Medico AP	CS Sabiñan
Lucía Dieste	Medico AP	CS Illueca
Javier Martín	Medico AP	CS Ariza
Aurita Auria	Medico AP	CS Morata de Jalón
Jose Mª Gotor	Medico AP	CS Villarroya de la Sierra
José Román Baquedano	Medico AP	CS Almunia Dª Godina

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

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

Los enfermos dermatológicos presentan, con una frecuencia elevada, comorbilidad con trastornos psicológicos. En España, entre los grupos más frecuentes de trastornos psicológicos nos encontramos dos grupos bien definidos: 1/ Trastornos de ansiedad y 2/ Trastornos del estado de ánimo (depresión). La incidencia de estos trastornos está experimentando un progresivo incremento en todo el mundo que se hace más evidente en las últimas décadas. A modo de ejemplo diré que se calcula en estudios realizados en Barcelona por el Profesor Grimalt que entre el 20%-30% (uno de cada cuatro) de los pacientes que acuden al dermatólogo están deprimidos o ansiosos. Si no lo estuvieran, soportarían la misma dolencia cutánea sin sentir la necesidad de consultar por ella. Ellos no saben que están deprimidos o ansiosos. El dermatólogo perceptivo sabe sospechar estos estados por medio de un "tercer oído", que escucha más allá de lo que el paciente expone de su dermatosis. Esta sospecha se confirma o rechaza por medio de un interrogatorio específico sistematizado y una serie de pruebas complementarias. Si confirma una alteración psicológica, la trata con medios psiquiátricos y/o psicológicos simples, no necesariamente farmacológicos. El tratamiento puede ayudar a curar la dermatosis consultada, y siempre mejora la calidad de vida psicológica del paciente. En este momento de la vida del paciente, el único que podría aportarle este beneficio es el dermatólogo, puesto que el enfermo se considera enfermo de la piel y no aceptaría, hasta que no logre elaborar un momento oportuno, la transferencia al psiquiatra. El diagnóstico y tratamiento de ansiedad y/o depresión conjuntamente con su tratamiento dermatológico favorece un buen pronóstico y evolución de su dermatosis y un incremento notorio en la calidad de vida percibida por el paciente. En estudios previos realizados sobre 1.000 pacientes de primera visita evaluados en nuestro Servicio hemos podido comprobar que el 25,5 % de las primeras visitas presentan ansiedad y/o depresión (17% ansiedad y 8,5% depresión). El hecho de ser el responsable del proyecto Especialista Universitario en Psicopatología y Salud y el haber concluido las evaluaciones de los estudios de Master en Psicopatología y Salud, nos hace más autosuficientes en el diagnóstico y tratamiento adecuado de nuestros pacientes, dentro de una concepción de atención holística (piel y psique). Sin embargo la actual concepción de la asistencia dermatológica dificulta mucho, y en la mayor parte de los casos hace imposible, dar una asistencia de calidad a nuestros pacientes. Estimamos que podemos mejorar la calidad y la efectividad de la asistencia que prestamos incrementando la percepción de calidad de la asistencia recibida por parte de nuestros pacientes. Estimamos que se puede mejorar la atención dermatológica reduciendo el malestar psicológico (ansiedad-depresión), consiguiendo menor frecuentación de los pacientes y una optimización de los recursos.

Las posibilidades de mejora detectadas, el gran número de casos, la capacitación del personal del Servicio, así como los recursos consumidos, nos han animado a implementar una Vía Clínica de Atención al Paciente Dermatológico con Trastornos de Ansiedad y del Estado de Animo (Gestión por Proceso) según la Metodología de Mejora Continua de la Calidad.

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

Queremos poner en marcha y monitorizar los resultados, según indicadores prefijados, de una Vía Clínica de Atención al Paciente Dermatológico con Trastornos de Ansiedad y/o del Estado de Animo, elaborada con el consenso y la participación de los diferentes profesionales implicados. Pretendemos conseguir los siguientes resultados:

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

**OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de la asistencia en el entorno de una atención integral (piel y psique) del paciente dermatológico en el que el paciente es el centro y el motor que oriente la atención especializada.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Garantizar una asistencia de calidad
2. Promover una mejora de los procesos dentro del Servicio y del Sector
3. Mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes
4. Optimización y racionalización de recursos mediante una asistencia más eficaz y eficiente
5. Disponer de todas las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de nuestros pacientes
6. Mejorar la continuidad de la asistencia de nuestros pacientes (coordinación primaria-especializada), entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados
7. Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados
8. Mejorar la satisfacción de los pacientes con una atención holística de su proceso morboso y con una mejora constante de la información recibida.
9. Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro

Todo ello desde la perspectiva de la aproximación a la Gestión por Proceso según el modelo Europeo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), promoviendo su conocimiento y uso en el Servicio de Dermatología, Centros de Salud y resto de estamentos implicados.

<b>6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD</b>					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto					
Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	(x)				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	(x)				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	(x)				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	(x)				

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

### **SITUACIÓN DE PARTIDA**

01.-En nuestro Sector Sanitario detectamos que 1 de cada 4 pacientes de 1ª visita que atendemos presenta comorbilidad con ansiedad y/o depresión.

02.- El paciente con ansiedad y/o depresión es un mayor frecuentador de los servicios sanitarios.

03.- Los pacientes dermatológicos con ansiedad y/o depresión tienen una peor calidad de vida.

04.-En este momento no se realiza una atención global (piel-psique) de nuestros pacientes.

05.-Disponemos de capacidad y Medios para iniciar una mejora de la calidad de la asistencia que prestamos, pudiendo así dar una atención integral.

06.- El paciente dermatológico con comorbilidad ansiedad y/o depresión en su gran mayoría, no esta receptivo a ser derivado a salud mental.

07.-En estudios previos que hemos realizado el paciente dermatológico con ansiedad y/o depresión acepta de buen grado la valoración y tratamiento de su problema psicológico por parte del dermatólogo.

08.-No se están detectando ni tratando estos trastornos en atención primaria al estar enmascarados dentro de un cuadro psicósomático que obliga a consumir muchos recursos sanitarios.

### **POSIBLES CAUSAS**

01.-El ritmo de vida competitivo, en ocasiones despersonalizado y los condicionantes del paciente y de su entorno generan mayor dificultad en las relaciones interpersonales e incremento de la tensión interna con aparición de ansiedad y/o depresión.

02.-Las enfermedades dermatológicas, en cuanto que visibles, pueden provocar una alteración en la imagen corporal del individuo. Podemos hablar de causas históricas: La socialización en una cultura, las experiencias interpersonales, las características personales, el desarrollo físico y el feedback social, y unas causas actuales o mecanismos de mantenimiento. Esta insatisfacción corporal es muy frecuente, sobre todo en las mujeres y va a ser causa frecuente de visita al dermatólogo, generando en el individuo baja autoestima , mala calidad de vida, ansiedad interpersonal y depresión

### **FUENTES DE INFORMACIÓN**

#### **Estudios propios del grupo de trabajo**

01.- Dermatitis facticia

S.E. Marrón , L. Tomás\_ y J. Marrón +

Madrid. 1.994. Congreso Nacional de la AEDV

La dermatitis facticia es una de las clásicas psicodermatosis en las que el paciente se auto lesiona para simular una enfermedad cutánea y obtener generalmente un beneficio secundario.

**02.- Estrés, Salud y Enfermedad**

L. Tomás y S. E. Marrón

Calatayud 20-21 de Octubre del 2.000. Primeras Jornadas de Cirugía menor en Atención Primaria del Área Sanitaria del Hospital de Calatayud

El efecto terapéutico de la relación medico-paciente ha sido reconocida desde Hipócrates hasta la actualidad. Sin embargo, al alcance de esta asunción y su refrendo empírico, continúa siendo desconocido. El énfasis de las investigaciones clínicas se ha dirigido a evaluar intervenciones quirúrgicas o farmacológicas, mostrando un menor interés en los efectos de los cuidados psicológicos en los resultados de la salud. En ellas, la influencia en las expectativas de los pacientes y el poder de la sugestión tiende a ser controlado (en vez de investigado) y esos efectos son descartados como "efectos no específicos" o "efecto placebo", Sin embargo, debido a la proporción de pacientes que consiguen sentirse mejor después de recibir placebo, estos efectos son potencialmente de gran valor y la investigación de sus propiedades curativas es loable.

Un marco de trabajo útil para comprender cómo estos factores pueden influir curativamente, es la Teoría de auto-regulación de Leventhal. Este modelo sugiere que cuando una persona se ve amenazada por los síntomas de una enfermedad, responde con reacciones cognitivas y emocionales. Al consultar a los profesionales sanitarios, éstos pueden influir en los pensamientos y sentimientos del paciente sobre su enfermedad o tratamiento mediante el modo en que se proporcione la información y el consuelo.

**03.- Evaluación de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes de las consultas externas de Dermatología del Hospital de Calatayud**

L. Tomás, M. Palomero y S.E. Marrón

Calatayud 20-21 de Octubre del 2.000. Primeras Jornadas de Cirugía menor en Atención Primaria del Área Sanitaria del Hospital de Calatayud

En esta comunicación presentamos datos provisionales sobre 400 pacientes de primera visita vistos en nuestras consultas en las que se observa como 1 de cada 4 pacientes presentan ansiedad y/o depresión.

**04.- Assessment of anxiety and mood disorders in dermatological patients**

L. Tomás y S.E. Marrón

9th International Congress on Dermatology and Psychiatry. Barcelona 22-24 de Marzo del 2001

En este trabajo presentamos datos referidos a 500 pacientes de primera visita en los que además de confirmar que 1 de cada 4 pacientes padecen ansiedad y/o depresión, se observan asociaciones estadísticamente significativas entre procesos cutáneos capilares (alopecias) y ansiedad, así como una tendencia clara sin llegar a ser significativa entre depresión y cáncer cutáneo.

**05.- Estudio de las alteraciones del estado de animo en pacientes dermatológicos ambulatorios**

L. Tomás, A. Cantarero y S.E. Marrón

II Congreso Aragonés de Cirugía Menor en Atención Primaria

Calatayud, 26-27 de Octubre del 2.001

Observamos como los Centros de Salud de Calatayud remiten algo más del 50% de los pacientes de la muestra, seguidos por el Centro de salud de Illueca. Siendo importante el grupo de pacientes con alopecia areata en lo referente a condicionar ansiedad de manera consistente.

**06.- Estudio de las alteraciones del estado de animo en pacientes dermatológicos ambulatorios**

L. Tomás y S.E. Marrón

XXX Congreso Nacional de Dermatología y Venereología

Madrid 23-25 de Mayo de 2.002

Confirmamos con el grupo del Prof. Grimalt de Barcelona la concordancia de nuestros datos de que 1 de cada 4 pacientes que atendemos en nuestras consultas esta ansioso y/o deprimido. Así mismo tal como se refleja en la ficha de recogida de datos socio-demograficos menos del 2% de nuestros pacientes estaban siendo tratados con psicofármacos o con terapia psicológica para su trastorno psicológico.

**07.- Factores Psicopatológicos en la Alopecia Areata**

S.E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, A. Velilla Lomba y E. Solórzano Rodríguez

Bilbao 5-7 de Junio de 2003. XXXI Congreso Nacional de Dermatología

En nuestra muestra de 45 pacientes con alopecia areata se observa de forma consistente la presencia de alexitimia, la falta de introspección de los pacientes y ansiedad generalizada. Estos pacientes fueron evaluados en dos sesiones de 1 hora, realizándose entrevista clínica y una batería de pruebas de evaluación psicológica. Se pudo apreciar que esta atención personalizada más allá de la atención dermatológica estándar en sí misma fue terapéutica.

**08.- Quality of Life in Patients with Alopecia Areata**

S.E. Marrón Moya, L. Tomás Aragonés, L. Bernal Lopez, B. Navarro Juli, M. Royo Lastra

Barcelona 15-18 de Octubre de 2003. XII Congreso de la Academia Europea de Dermatología (EADV)

La calidad de vida de nuestra muestra es baja, pero probablemente mayor de lo esperado, creemos que es debido a la falta de introspección de estos pacientes que les impide ni siquiera registrar lo mal que se encuentran.

**09.- Anxiety and Depresión in Dermatological Out-Patients**

Marrón, S.E.; Tomás, L.

Bruselas 8-10 de Mayo de 2003. 10th International Congress on Dermatology and Psychiatry

En un grupo de 1.000 pacientes dermatológicos ambulatorios, confirmamos los datos preliminares obtenidos en el sentido de que 1 de cada 4 pacientes que atendemos esta ansioso y/o deprimido en proporción de 2/1 a favor de la ansiedad, que se asocia significativamente con procesos cutáneos inestéticos, visibles y de aparición súbita (alopecia, etc). Se asocian con depresión los procesos cutáneos graves en lo referente a extensión e intensidad de la dermatosis o en cuanto a que se trate de una neoplasia cutánea. Es interesante hacer referencia al importante grado de incapacidad para su vida de relación que manifiestan los pacientes por auto informe. También se confirma que menos del 2% de los pacientes con ansiedad y/o depresión estaban siendo tratados.

**10.- Anxiety and Hair Loss**

Tomás, L.; Marrón, S.E.

Bruselas 8-10 de Mayo de 2003. 10th International Congress on Dermatology and Psychiatry

En nuestra muestra se aprecia altos niveles de ansiedad generalizada.

**Fuentes de información en libros****01.-Psychocutaneous Medicine**

John Y.M. Koo, Chau Sue Lee

Ed. Marcel Dekker, inc.2003

El autor, una de las máximas autoridades mundiales en el campo de la Psicodermatología hace en colaboración con las máximas figuras mundiales en este campo un recorrido brillante por todos los aspectos de esta disciplina

**02.-Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo**

Raich RM

E. Piramide 2000

Este libro plantea en primer lugar que es la imagen corporal. Es decir se expone el concepto de imagen corporal. A continuación se desarrolla el concepto de trastorno dismórfico o trastorno de la imagen corporal, sus características, los errores de la percepción, los errores cognitivos, las emociones y los comportamientos relacionados con el trastorno.

03.- Psychological approaches to dermatology  
Papadopoulus P, Bor R  
Ed. The British Psychological society, 1999

04.-Psychologic aspects of skin diseases  
Koblenzer CS  
In. Dermatology in General medicine  
Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF  
Ed. McGraw-Hill, Inc 1993

#### Fuentes de información de la bibliografía mundial

01.-La variabilidad en la practica clínica  
Delgado R  
Revista de Calidad Asistencial, 1996; 11(4):177-183

02.-Developing and implementing clinical practice guidelines  
Grimshaw J, Freemantle N, Wallance S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T.  
Quality in Health Care 1995; 4:55-64  
*Se centra en la importancia de las guías de practica clínica en el desarrollo practico de la asistencia sanitaria.*

03.-Critical Path Method: An important tool for coordinating clinical care  
Hofmann PA.  
Journal of Quality improvement, 1993; 19:235246  
*Comenta que es más fácil la introducción de CPM enmarcado en un clima de comunicación y ayuda mutua. Importando la correlación y el dialogo continuo entre el personal clínico y el no clínico.*

04.-Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndrome. A critical review of controlled clinical trial  
Kroenke K, Swindle R  
Psychotherapy and psychosomatics, 69,205-215,2000  
La somatización, por su frecuencia y escasa respuesta terapéutica, es un problema para los profesionales sanitarios. No obstante, son mínimas las actuaciones que se adoptan en el ámbito asistencial para mejorar los síntomas y la calidad de vida de estos pacientes. En este trabajo se realiza una revisión crítica de estudios controlados que examinan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la somatización.

05.-Can depresión be de-medicalized in the 21th century: scientific revolution, counter-revolution and the magnetic field of normal science  
Jacobson NS, Gortner ET  
Behaviour Research and Therapy, 38, 103-117. 2000  
En este artículo los autores replantean la depresión en términos contextuales, lo que vendría a superar los defectos de la concepción dominante representada tanto por el modelo cognitivo de Beck como por las teorías que enfatizan la causación biológica.

06.-Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental  
Echeburua E, Salaberria K, de Corral P, Cenea R, Berasetegui T  
Análisis y Modificación de Conducta, 26,509-535. 2000

Antes de nada los autores realizan una caracterización del trastorno mixto de ansiedad-depresión (recogido en un apéndice del DSM-IV).

El objetivo de la investigación fue poner a prueba la eficacia diferencial de la terapia cognitivo-conductual en relación con el tratamiento farmacológico estandar utilizado en un centro de salud mental y con un tratamiento combinado (farmacológico + cognitivo-conductual) en pacientes diagnosticados con criterios DSM –IV. Los autores que realizan evaluación previa al inicio del tratamiento, al finalizar y con controles a los 3 y 6 meses no observan diferencias significativas entre el grupo de terapia y el combinado de terapia + psicofármacos, obteniendo pobres resultados con el de solo psicofármacos.

07.-Influence of context effects on health outcomes: a systematic review

Di Blasi Z, Harkness E, Ernest E, Georgiou A, Kleijnen, J

The Lancet, 357,757-62. 2001

Los autores destacan que una combinación de cuidados emocionales y cognitivos en la relación médico-paciente produce efectos positivos sobre la salud del enfermo, siendo más efectivo que la relación en la que el sanitario adopta un estilo de comunicación impersonal, formal y que no ofrece consuelo.

08.-Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept?

De Riedder D, Schreurs K

Clinical Psychology Review, 21, 205-240. 2001

El trabajo revisa el papel del afrontamiento (coping) en el desarrollo de las intervenciones psicosociales para sujetos con enfermedades crónicas.

Concluyendo la existencia de dos argumentos que apoyan la utilidad del afrontamiento en intervenciones psicosociales en la enfermedad crónica. El primero, más pragmático, es referente a que, aunque los investigadores raramente incorporan explícitamente el concepto de afrontamiento en sus intervenciones, frecuentemente refieren este marco teórico en la explicación de los resultados. El segundo argumento es más fundamental. La teoría del afrontamiento proporciona un marco unificador para una variedad de intervenciones: terapia cognitivo-conductual, psicoterapia, educación y grupos de apoyo.

09.-A Brief Behavioural Activation Treatment for Depression: Treatment Manual

Lejuez CW, Hopko DR, Hopko SD

Behaviour Modification, 25,255-286.2001

En este artículo se describen los fundamentos del tratamiento de Activación Conductual Breve para la depresión (TACBD) y proporciona un manual para ser utilizado por los pacientes a lo largo de la terapia. Se basa en la teoría conductual y en la reciente evidencia de que el componente conductual podría ser el mecanismo activo de cambio en los tratamientos de la depresión clínica, por lo que constituye un método sencillo, efectivo y de bajo coste para el tratamiento de la depresión.

10.-Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option?

Morrison N

Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29,311-332.2001

En el presente trabajo se aborda la posibilidad de que la terapia cognitiva pueda ser aplicada en grupo con la misma eficacia que cuando se utiliza en formato individual. Para ello revisan diversos artículos en los que se ha utilizado el formato grupal aplicado a trastornos depresivos o trastornos de pánico entre otros. Los resultados de esta revisión señalan que apenas hay diferencia de efectividad entre ambos formatos, individual o grupal, en la mayoría de los casos.

El estudio aboga por la utilidad del tratamiento en grupo para trastornos de poca gravedad y destaca, sobre todo, el formato psicoeducativo como opción eficiente y en cierto modo preventiva.

11.-The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An Updated literature review

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D

Journal of Psychosomatic Research, 52,69-77.2002

El objetivo principal de este artículo es analizar la validez de la Escala de Ansiedad y depresión en el Hospital (HADS). Los autores con un ímprobo trabajo al haber revisado 747 artículos sobre el tema demuestran las buenas propiedades psicométricas de este instrumento.

12.-Is this patient clinically depressed?

Williams JW, Noël PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M  
JAMA, 287,1160-1170.2002

El objeto de este estudio es revisar, en el contexto de los servicios de atención primaria de salud, (1) la validez diagnóstica para identificar personas con depresión clínica de los cuestionarios de depresión, y (2) la fiabilidad interjueces respecto al diagnóstico de depresión de las entrevistas clínicas. Para ello se realizó una revisión entre 1970 y 2000.

13.-A component análisis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problem

Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Litle R  
Journal of consulting and clinical Psychology, 70,288-289.2002

La revisión de los resultados de las intervenciones cognitivo-conductuales en el TAG indica que resulta altamente eficaces y superiores a otros tipos de intervenciones, también que las ganancias terapéuticas de la TCC se mantienen o incrementan en los periodos de seguimiento que se establecen.

Otro aspecto que destacan estos autores es el de que sea posible que la preocupación y la ansiedad se puedan desarrollar y mantener por problemas en las relaciones con los demás o por fallos a la hora de cubrir las necesidades a nivel interpersonal.

14.-Anxiety and depresión: Why and how to measure their separate effects

Beurke CJ, Sischer R, Mc Dowall J  
Clinical Psychology Review 23,831-848.2003

Hace una buena revisión sobre la cuantificación y medida de ansiedad y depresión comparando y correlacionando diferentes instrumentos psicométricos.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**1) Elaboración de una "Guía de Práctica Clínica de Atención al Paciente Dermatológico con Trastornos de Ansiedad y/o del Estado de Animo"** a partir del análisis de la mejor evidencia disponible y que dé respuesta a cada una de las cuestiones planteadas en la atención de estos pacientes, consensuada en el Servicio de Dermatología (médico y enfermeras) y con los Servicios y Centros de Salud implicados, (médicos y enfermería de atención primaria, de admisión y residentes de MF y C). Realizándose todo ello, por una parte mediante 1-2 reuniones dentro del hospital, para pulir y perfilar entre los profesionales implicados del Centro los caminos a seguir y las modificaciones que se consideren más oportunas en beneficio de la atención del paciente dermatológico con trastornos de ansiedad y/o del estado de animo. Una vez conseguido esto se realizarán 1-2 reuniones en el hospital o en los centros de salud con atención primaria, para perfilar los caminos dentro de su área específica.

- ESTA FASE SE REALIZARÁ en Febrero-Marzo del 2004

**2) La puesta en marcha del uso de la Vía** requerirá su divulgación entre los Médicos Residentes, los Adjuntos Hospitalarios y los Médicos de Atención Primaria implicados en la asistencia al paciente dermatológico con trastorno de ansiedad y/o del estado de animo.

A los pacientes de primera visita que acuden a nuestro Servicio se les propone, además de la entrevista clínica de su proceso cutáneo, la pasación de un test tipo screening para detectar ansiedad y/o depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale. HADS). Aquellos que puntúan por encima del punto de corte para ansiedad y/o depresión se les informa de su puntuación y se contrastan dichos resultados. Si el paciente confirma la existencia de malestar emocional, se le da la opción de completar una evaluación más exhaustiva, dándole opción de poder realizar además de su tratamiento dermatológico, tratamiento psicofarmacológico si su estado lo requiere y/o terapia de grupo. Se le informara que estará en un grupo de pacientes con patologías afines.

- **ACCIONES:** Pretendemos trasladar a los profesionales implicados como vamos a desarrollar la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo dermatológico con trastornos de ansiedad y/o depresión. Se realizarán 12 sesiones formativas de 2 ½ para Médicos de Atención Primaria, Adjuntos Hospitalarios y Médicos Residentes de MF y C, así como para Enfermeras y Auxiliares de los estamentos implicados. Una de las sesiones en el Hospital y una en el Centro de Salud de La Almunia, que si bien no es de nuestro Sector nos remite pacientes, y las otras 10 serán: una en cada uno de los 10 Centros de Salud de nuestro Sector, de forma que se consiga una mejor atención de estos pacientes con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados. Para todo esto se solicita financiación para acometer las jornadas docentes. El Servicio de Dermatología tiene una amplia experiencia en la formación en Atención Primaria, a través de Programas de formación en Cirugía Menor, de Dermatología General y de Ansiedad y Depresión. Se ha observado que tal como se evidencia en la bibliografía, la formación continuada y la capacitación de los profesionales redundan en una atención de mayor calidad al ciudadano, objetivo prioritario del programa que presentamos. Hasta la fecha se está realizando la evaluación de ansiedad y depresión en nuestros pacientes de primera visita, así como el tratamiento psicofarmacológico. El siguiente paso sería ampliar las opciones terapéuticas pudiendo ofrecer además psicoeducación y psicoterapia grupal.

- DESARROLLO: Abril-Mayo-Junio del 2004

- **ACCIONES:** Se formarán 4 grupos de psicoterapia, un grupo para cada una de las 4 patologías cutáneas más prevalentes en nuestro sector. Los grupos serán semanales, tendrán una duración de 12 semanas y estarán compuestos por un máximo de 12 pacientes. Los grupos estarán dirigidos por Terapeuta y Coterapeuta. Se propone a los siguientes que colaboran con nosotros y están capacitados en el manejo de pacientes dermatológicos. D<sup>a</sup> Lucía Tomás Aragonés, Psicóloga y D<sup>a</sup>. Jose Crespo Rospir, Psicólogo. Se realizarán tres tandas consecutivas de cada uno de los grupos a lo largo del año. Se solicita financiación para acometer el desarrollo de los grupos de terapia psicológica.

-DESARROLLO:Marzo-Abril-Mayo-Junio-Julio-Septiembre-October-Noviembre-Diciembre del 2004

3) **La recogida de información necesaria para monitorizar los indicadores** prefijados y sus variaciones-incidencias en la Vía, como es evidente supone un sobre esfuerzo para las personas implicadas, sobre todo en sus inicios, debiendo luchar contra la resistencia al cambio y a la cumplimentación de las hojas de registro. Todo ello sin contar con personal extra ni medios adicionales para acometerlos.

- **ACCIONES:** Motivar con nuestro empuje y entrega para conseguir la puesta en marcha de la Vía, entendiendo que sería muy gratificante el reconocimiento a nuestro esfuerzo que supondría subvencionar esta iniciativa, así como la difusión posterior de sus resultados. Nombrando un Facultativo y una Enfermera responsables de liderar el proceso, los cuales deben aclarar todas

las incidencias que aparezcan en cuanto estas vean la luz. Se definirá una base de datos informatizada en la que se incluirán los casos incluidos en la Vía.

- DESARROLLO: Realizar base de datos en Junio-Julio de 2004, con inclusión de pacientes hasta finalizar el año.

**4) La monitorización**, de la Vía consistirá en el análisis de las diferentes pacientes incluidos en la vía, con valoración de datos socio-demográficos, datos referidos a la evaluación, diagnóstico, tratamiento, evolución y seguimiento de estos pacientes. Causas más habituales, indicadores para valorar el grado de cumplimiento y de satisfacción entre otras

- ACCIONES: Monitorizar estos indicadores que se fijarán en agosto, octubre y diciembre de 2.003.
- DESARROLLO: Inclusión de casos a partir del primer trimestre del año 2.004, con análisis de los datos y revisión de historias en caso necesario en agosto, octubre y diciembre de 2.004.

**5) Reunión de presentación de resultados y evaluación final, identificación de posibilidades de mejora, y puesta en marcha de un nuevo ciclo de mejora por años naturales.**

- ACCIONES: Sesiones conjuntas con todos los estamentos implicados y el equipo de calidad donde se haga un análisis de todo el año de labor, resultados obtenidos e indicadores. Plantear análisis crítico de la Vía, de su funcionamiento y posibilidades de mejora en el Servicio, el Hospital y los diferentes Centros de Salud del Sector que den nuevas propuestas de mejora en años venideros.
- DESARROLLO: al menos dos sesiones, una para el Hospital y otra para los Centros de salud del Sector, Noviembre-Diciembre de 2.003

**6) Divulgación de resultados.**

- ACCIONES: El intercambio de experiencias con otros grupos en el ámbito de esta ayuda es muy interesante, entendiéndose que debe darse difusión en los Congresos Nacionales de Dermatología, de Medicina Familiar y de Medicina General. Debiendo publicarse estos en alguna revista de prestigio.
- DESARROLLO: Preparar las Comunicaciones a dichos Congresos con los Resultados de la Vía hasta 31 de Diciembre.

Las posibilidades de mejora detectadas y el gran número de casos atendidos, así como los recursos consumidos y la capacitación profesional del personal del Servicio nos han animado a implementar una Vía Clínica de Atención de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en enfermos dermatológicos (Gestión por Proceso) según la Metodología de Mejora Continua de la Calidad.

Esta Vía Clínica se enmarca en una iniciativa de Mejora Continua de la Calidad del Servicio de Dermatología, como parte de un Proyecto más amplio.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

El proyecto se va a evaluar en sus diferentes fases:

**Fase de elaboración de la Guía:**

- 1.- Se han realizado las sesiones previas en el hospital
  - 1.1.- Numero de sesiones
  - 1.2.- Numero de participantes por sesión
  - 1.3.- % de asistentes de los convocados en cada sesión
- 2.- Se han realizado las sesiones previas con los centros de salud
  - 2.1.- Numero de sesiones
  - 2.2.- Numero de participantes por sesión
  - 2.3.- % de asistentes de los convocados en cada sesión
- 3.- Se han realizado sesiones posteriores de puesta en común de la guía en el hospital
  - 3.1.- Numero de sesiones
  - 3.2.- Numero de participantes por sesión
  - 3.3.- % de asistentes de los convocados en cada sesión
- 4.- Se han realizado sesiones posteriores de puesta en común de la guía con los centros de salud
  - 4.1.- Numero de sesiones
  - 4.2.- Numero de participantes por sesión
  - 4.3.- % de asistentes de los convocados en cada sesión

**Fase docente:**

- 5.- Se han realizado las sesiones docentes sobre ansiedad en los centros de salud
  - 5.1.- Numero de sesiones
  - 5.2.- Numero de participantes por sesión
  - 5.3.- % de asistentes de los convocados en cada sesión
- 6.- Se han realizado las sesiones docentes sobre depresión en los centros de salud
  - 6.1.- Numero de sesiones
  - 6.2.- Numero de participantes por sesión
  - 6.3.- % de asistentes de los convocados en cada sesión

**Fase Clínica:**

- 7.- Numero de pacientes que rechazan el screening y su inclusión en la vía
- 8.- Numero de pacientes a los que se les realiza screening mediante HADS
- 9.- Numero de pacientes HADS (+)
- 10.- Numero de pacientes HADS (+) que rechazan pasar a la siguiente fase
- 11.- Numero de pacientes a los que se les realiza evaluación específica de ansiedad, mediante escalas y/o entrevistas validadas que diagnostiquen ansiedad y/o depresión inicial
- 12.- Numero de pacientes a los que se les realiza evaluación específica de CVRS inicial
- 13.- Numero de pacientes a los que se les realiza evaluación específica de personalidad inicial
- 14.- Numero de pacientes a los que se les realiza evaluación específica de autoestima inicial
- 15.- Se han realizado los 4 grupos previstos

1.- Terapia dermatológica estándar

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

<p>2.- Terapia dermatológica estándar + Psicofármacos  3.- Terapia dermatológica estándar + Psicofármacos + Terapia Psicológica  4.- Terapia dermatológica estándar + Terapia Psicológica</p> <p>15.1.- Numero de participantes por cada grupo  15.2.- % de perdidas de pacientes en cada grupo</p> <p>16.- Correlación HADS-Escalas específicas y/o entrevistas y escalas validadas  17.- Numero de pacientes a los que se les realiza evaluación específica de ansiedad, mediante escalas y/o entrevistas validadas que diagnostiquen ansiedad y/o depresión final  18.- Numero de pacientes a los que se les realiza evaluación específica de CVRS final  19.- Numero de pacientes a los que se les realiza evaluación específica de personalidad final  20.- Numero de pacientes a los que se les realiza evaluación específica de autoestima final  21.- Numero de pacientes que cumplimentan encuesta de satisfacción final  22.- Grado de satisfacción de los pacientes en relación con su inclusión en la vía  23.- Estado de la enfermedad dermatológica al finalizar el grupo terapéutico, % Remisión  24.- Se han realizado los grupos de Terapia Psicológica  25.- Cuantos Grupos de Terapia Psicológica se han realizado  25.1.- Numero de sesiones de grupo  25.2.- Numero de participantes por sesión de grupo  25.3.- % de asistentes de los convocados en cada sesión de grupo  25.4.- % de perdidas de pacientes en los grupos de terapia</p> <p>Todos los indicadores serán tabulados en números absolutos, %, desglosados por sexos, lugar de procedencia (centro de salud), edad, etc, para poder elaborar posteriores proyectos de mejora de calidad en función de los datos obtenidos.  Se dará difusión de los trabajos de elaboración, implantación, desarrollo y evaluación de la presente <i>Vía Clínica de Atención al Paciente Dermatológico con Trastornos de Ansiedad y del Estado de Animo</i>, entre todos los profesionales implicados dentro del Sector de Calatayud. Con compromiso de difundir y publicar también los resultados fuera del Sector.</p>
---

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 1 de Febrero de 2004	Fecha de finalización: 31 de Diciembre de 2004
Calendario:	
1.-Elaboración de una "Guía de práctica Clínica de Atención al Paciente Dermatológico con Trastornos de Ansiedad y del Estado de Animo"	Febrero-Marzo del 2004
2.- La puesta en marcha del uso de la Vía	
2.1.- Sesiones formativas en Centros de Salud	Abril-Mayo-Junio del 2004

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

2.2.- Screening HADS para inclusión de pacientes en la Vía	Febrero a Diciembre del 2004
2.3.- Evaluación específica inicial de los incluidos en la vía (Ansiedad-Depresión.CVRS-Personalidad y autoestima)	Febrero a Diciembre del 2004
2.2.- Inclusión y desarrollo de los grupos terapéuticos	Febrero a Diciembre del 2004
2.3.- Evaluación específica inicial de los incluidos en la vía (Ansiedad-Depresión.CVRS-Personalidad y autoestima)	Abril a Diciembre del 2004
3.- Recogida de información para monitorizar los indicadores prefijados	
3.1.- Realizar base de datos	Junio-Julio de 2004
3.2.- Inclusión de datos	Agosto a Diciembre de 2004
4.- Monitorización de la Vía	
4.1.- Monitorizar los indicadores	Junio-Septiembre y Diciembre de 2004
5.- Reunión de presentación de resultados y evaluación final, identificación de posibilidades de mejora, y puesta en marcha de nuevos ciclos de mejora	
5.1.- Con los Centros de salud	Diciembre 2004
5.2.- Con el Hospital	Diciembre 2004
6.- Divulgación de resultados	
6.1.- Preparación de Comunicaciones y publicación	Enero-Febrero de 2005



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

VIA CLINICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON CANCER CUTÁNEO, DISEÑO, PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACIÓN EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Servando E. Marrón Moya

Profesión: Dermatólogo Centro de trabajo: Hospital "Ernest Lluch"

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

Fecha de inicio: Febrero 2003

Fecha de actualización: Enero 2004

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

#### **RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Dr. D. Servando Eugenio Marrón

#### **OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

D <sup>a</sup> Berta Serrano	Enfermera Dermatología (Hospital)
D. Mari Sol Gracia	Jefe de Grupo de Admisión (Hospital)
D Carmelo Cebrían	FEA de Anatomía patológica (Hospital)
D <sup>a</sup> Teresa Batanero	Residente 3º MF y C (CS Daroca-Hospital)
Dº Carmen Garcón	Médico (CS Illueca)
D. José Codes López	Coordinador Médico (CS Calatayud Norte)
D. Ángel Bes Franco	Coordinador Médico (CS Daroca)
D. Alvaro Paz	Medico (CS Alhama de Aragón)
D José M <sup>a</sup> Cucalon	Medico (CS Ariza)
D. José Manuel Plana	Coordinador Medico (CS Morata de Jalón)
D <sup>a</sup> Susana Piqueras	Coordinadora de Enfermería Urgencias (Hospital)
D <sup>a</sup> Marisa Catalán	Medico Jefe de Urgencias (Hospital)

D <sup>a</sup> Elena Rebollar	Farmacéutica (Hospital)
D <sup>a</sup> Begoña Buey	Supervisora de Enfermería Quirófano (hospital)
D <sup>o</sup> Amadeo Fernandez	Jefe de Laboratorio de Análisis Clínicos (Hospital)
D José Antonio Delgado	Medico (CS Villarroya de la Sierra)
D. Rafael Vargas	Medico (CS Sabiñan)
D. Pablo de Lora	Coordinador Medico (CS Ateca)
D. Fco. José Aganzo	Medico (CS Almunia de D <sup>a</sup> Godina)

### FECHAS PREVISTAS

Las fechas se detallan a continuación en el calendario de acciones pendientes.

### RESULTADOS ESPERADOS

1. Garantizar la calidad asistencial.
2. Evitar las sucesivas demoras diagnóstico-terapéuticas.
3. Racionalizar el uso de los recursos disponibles.
4. Mejora de la coordinación primaria-especializada.
5. Mejora de la capacitación de los profesionales implicados.
6. Mejora de la satisfacción de los pacientes.
7. Mejora de la información a los pacientes.
8. Mejora de la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro.

### RELACION CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN

La vía está consensuada en todos sus pasos, pendiente de su edición y distribución entre los implicados

Se desarrollaron las sesiones formativas para incrementar la finura diagnóstica a la hora de incluir pacientes en la vía.

### INDICADORES

#### Del Proceso

1. Pacientes incluidos en la vía por medio de la consulta de detección temprana de enfermería de primaria.
2. Pacientes incluidos incorrectamente correctamente en la vía .
3. Pacientes a los que se le solicita estudio preoperatorio desde primaria.
4. Pacientes citados correctamente en las citas específicas identificadas en agenda de dermatología para la vía.
5. Pacientes de los que no se dispone de preoperatorio al ser visitados en consulta de dermatología.
6. Pacientes que por algún fallo requieren más de una visita en consulta de dermatología previa a la intervención.
7. Numero de pacientes incluidos en la vía.
8. Numero de pacientes que deberían y no se han incluido en la vía desde su inicio.

**De Resultados**

1. Concordancia anatomoclínica de los pacientes incluidos en la vía.
2. Pacientes cuya 1ª visita en dermatología se demora más de lo pactado e identificación de causas.
3. Pacientes cuya intervención se demora más de lo pactado e identificación de causas.
4. Pacientes cuyo conocimiento de resultados anatomopatológicos se demora más de lo pactado e identificación de causas.
5. Cumplimiento de los pactos de demora de anatomía patológica.
- 6.-Valoración de la satisfacción del usuario de la vía (encuesta de satisfacción).

**5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

## 1) Elaboración de una "Guía Clínica de Atención al Paciente con Cáncer Cutáneo"

- 1.1. Reuniones para consensuar la vía y elaboración de los circuitos específicos en el hospital con los servicios implicados.
- 1.2. Reuniones para consensuar la vía y elaboración de los circuitos específicos en los diferentes centros de salud del sector.
- 1.3. Rediseño y consenso del circuito de Anatomía patológica con pacto de demoras.
- 1.4. Identificación de un Perfil Preoperatorio para simplificar el proceso en el Laboratorio.
- 1.5. Consenso para solicitud de preoperatorios desde Primaria.
- 1.6. Redefinición del Proceso Quirúrgico en el Bloque quirúrgico.
- 1.7. Redefinición del proceso de terapia con Inf . alfa 2b con la farmacia Hospitalaria
- 1.8. Identificación de citas específicas en agenda 2004 para pacientes oncológicos.
- 1.9. Rediseño de los controles a largo plazo que se realizará por enfermería de atención primaria.
- 1.10. Consenso para la confección de un calendario de revisiones para el paciente oncológico.
- 1.11. Consenso sobre la confección de documentos de informe, alta, citación, etc. para información al paciente oncológico.

## 2) Puesta en marcha de la vía

- 2.1. Desarrollo de 12 sesiones formativas a médicos de atención primaria, adjuntos hospitalarios y médicos residentes de MF y C, así como a enfermeras y auxiliares de los estamentos implicados a los efectos de capacitarles en la inclusión y manejo de pacientes dentro de la vía.
- 2.2. Elección de responsables de la vía.
- 2.3 -Diseño y confección de calendario de revisiones de los pacientes.
- 2.4. Diseño y confección de documentos informativos dentro de las distintas fases de la vía.
- 2.5. Inicio de inclusión en pacientes en la vía desde 1-1-04.

## 3) Divulgación de resultados

- 3.1. Presentación de la Vía Clínica en Curso de Calidad celebrado en el Hospital Ernest Lluch el 30 de Octubre de 2003.
- 3.2. Presentación de la Vía Clínica en Curso de Calidad celebrado en el Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia el 6 de Noviembre de 2003.
- 3.3. Presentación de la Vía Clínica en Curso de Calidad celebrado en el Hospital Royo Villanova el 19 de Noviembre de 2003.

**6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

1. Mejor coordinación primaria-especializada.
2. Consenso de la vía tanto en el circuito de primaria como el del hospital.
3. Identificación y desarrollo de cada uno de los subprocesos de los servicios participantes para enriquecer la vía (A.P., Laboratorio, Admisión, Farmacia, etc.).
4. Pactos de demoras de resultados A.P.
5. Definición del perfil preoperatorio (P-31).
6. Identificación de citas específicas dentro de la agenda para estos pacientes (DD Cáncer Cutáneo) con redefinición de tiempos (20').
7. Eliminación de la visita de revisión previa a la intervención.
8. Diseño de la vía.
9. Puesta en marcha de la vía desde el 1º de Enero de 2004.
10. Solicitud de preoperatorio desde primaria.
11. Consulta de detección temprana desde enfermería de primaria.

**7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

Confección de base de datos con los indicadores a recoger para monitorizar la vía.

Febrero-Marzo de 2004

Edición de la Vía Clínica en formato de hojas intercambiables para facilitar actualizaciones posteriores con un apéndice (atlas de ayuda al diagnóstico) Confección de la encuesta de satisfacción.

Marzo a Mayo de 2004

Recogida de la información e introducción en la base de datos.

Marzo a Diciembre de 2004

Pilotaje del 1º Trimestre 2004.

Abril de 2004

Monitorización de indicadores y ajuste.

Septiembre-Diciembre 2004

Reunión conjunta con los estamentos implicados y el equipo de mejora de la calidad para hacer análisis de todo el año de labor, evaluando en dos fases el 1º trimestre de 2004 y el resto del año para valorar resultados y posibles posibilidades de mejora.

Mayo-Diciembre 2004

Divulgación de resultados de experiencia (implantación y evaluación de los primeros meses de 2004 en Congresos y/o Reuniones.

Mayo a Diciembre de 2004

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

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

1. Imposibilidad de conseguir identificar citas específicas en la agenda para incluir pacientes en esta vía hasta 1-1-04
2. Pocas facilidades para la organización de las agendas de pacientes del servicio, a los efectos de poder acceder a los Centros de Salud y desarrollar las Sesiones Formativas (las 2-3 primeras) en los tiempos y horarios pactados con ellos.

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Agenda Electrónica	600'00 Euros
Edición de la vía con sus ayudas al diagnóstico	3705'00 Euros
Asistencia a Congreso para difusión del proyecto	1.200'00 Euros
<b>TOTAL</b>	<b>5.505'00 Euros</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

16 de Enero de 2004

Fdo. Dr. D. Servando E. Marrón Moya