

## **INDICE PROYECTOS CALATAYUD 2005**

57_2005" Programa de dotación adecuada en material sanitario y medicación de urgencia de los consultorios médicos. Protocolos para su óptima gestión y atención al paciente de urgencia" del CS de Illueca	Pág. 2 a 5
58_2005 "Iniciar y/o completar el calendario vacunal antitetánico de pacientes tratados en cirugía menor en el Centro de Salud de Illueca"	Pág. 5 a 9
104_2005 " Uso racional del Servicio de Urgencias de P.A.C. y Centro de Salud de Alhama por parte de la población y adecuada derivación al Hospital Comarcal por parte de los facultativos" del CS de Alhama de Aragón	Pág. 10 a 13
107_2005 "Mejora del proceso asistencial de los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor leve-moderado en el Sector de Calatayud" del CS Calatayud Urbano	Pág. 14 a 18
6_2005 "Evaluación de los cuidados de enfermería que se relacionan con una reducción de la incidencia de úlceras faciales en pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva (vmni) en la Unidad de Cuidados Especiales (uce) del Hospital Ernest Lluch"	Pág. 19 a 24
7_2005 "Actualización y estandarización de protocolos y procedimientos de enfermería en Hospital Ernest Lluch"	Pág. 25 a 29
109_2005 "Vía clínica de dermatología psicosomática. Diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector de Salud de Calatayud"	Pág. 30 a 41
110_2005 "Vía clínica de atención al paciente con cáncer cutáneo. Diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector de Salud de Calatayud (act-38)" del H. Ernest Lluch	Pág. 42 a 53
111_2005 "Vía clínica de atención al paciente dermatológico con trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. Diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector de Salud de Calatayud (act-37)" del H. Ernest Lluch	Pág. 54 a 65

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Programa de dotación adecuada en material sanitario y medicación de urgencia de los consultorios médicos. Protocolos para su óptima gestión y atención al paciente de urgencia.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	Lucía Dieste Aísa		
Profesión	Médico	Centro de trabajo	Centro de Salud de Illueca
Correo electrónico			

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Gallel Urgel	Enfermera	Centro de Salud de Illueca
Carmen Gascón Brumos	Médico	Centro de Salud de Illueca
Bernardo Sánchez Valle	Médico	Centro de Salud de Illueca
Iziar Alonso Urreta	Farmacéutica	Centro de Salud de Illueca

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

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

La atención de urgencia en los consultorios no es infrecuente y para que ésta sea eficaz y rápida, la dotación material (material sanitario, medicamentos de urgencia y protocolos establecidos de atención al paciente) debe estar siempre disponible y en óptimas condiciones. Su utilidad será el incremento de la eficacia en la atención al paciente urgente en los consultorios. Asimismo habrá una mayor confianza y seguridad tanto en el profesional como en el paciente. El método de detección es la "tormenta de ideas", priorizándose según la importancia del proyecto, accesibilidad y repercusión final.

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

- a- Obtención de datos reales sobre la situación actual.
- b- Gestión adecuada de los recursos materiales disponibles
- c- Acceso a material y protocolos establecidos de atención de urgencia de manera rápida por parte del profesional responsable (titular o sustituto)
- d- Atención de urgencia a los pacientes en los consultorios de mayor calidad
- e- Aumento de la confianza de los profesionales ante el abordaje de situaciones de urgencia en los consultorios
- f- Mejorar la imagen de seguridad ante los pacientes que acuden a los consultorios
- g- Reducción del tiempo dedicado a la dotación de urgencia de los consultorios por parte de los profesionales implicados al estar protocolizado
- h- Generar una comunicación más fluida entre los distintos profesionales implicados al crearse cauces para ello.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

En la actualidad se realiza un control individualizado por cada profesional de la dotación de los consultorios según su propio criterio. Esto puede conllevar posibles deficiencias en dotación y actuación. Su causa puede ser la falta de tiempo, las características propias de la atención en urgencias (imprevisible tanto en las patologías como en el momento de su presentación) y falta de claridad respecto a las vías de acceso al material. Como fuente de información se va a realizar una encuesta por escrito a los profesionales del Centro de Salud acerca de la dotación actual de sus consultorios y posibles carencias que se observan.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La metodología utilizada está basada en los ciclos de mejora continua de la calidad. Actividades:

- 1-Análisis de la situación y sus posibles causas con una encuesta inicial a los profesionales del C. S.
- 2-Planificación de las acciones de mejora desde los datos obtenidos proponiendo listados de dotación mínima de material sanitario (responsable: M. Gallel) y medicación de urgencia para los consultorios (responsable: I. Alonso), haciendo una recopilación de protocolos establecidos de atención al paciente de urgencias (responsable: C. Gascón) y elaborando un protocolo de gestión de recursos (responsable: B. Sánchez).
- 3-Verificación de la utilidad del proceso con una encuesta final a los profesionales, con determinación de indicadores y finalmente proposición de los ajustes necesarios al programa.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación se basará en una encuesta inicial y otra final sobre la dotación de material sanitario y medicación de urgencia de las consultas. Se medirán los siguientes indicadores:

- 1-el número de deficiencias solucionadas dividido entre el número de deficiencias detectadas
- 2-número absoluto de medicamentos caducados detectados
- 3-evaluación cualitativa del grado de satisfacción de los profesionales

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 2.005.

Fecha de finalización octubre de 2.005

Calendario

- Febrero 2.005: preparación del material
- Marzo 2.005: encuesta inicial
- Abril/mayo 2.005: elaboración de resultados
- Mayo/junio 2.005: dotación y organización de los consultorios
- Octubre 2.005: encuesta final, evaluación y ajustes

Anexo 2          Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Reformular exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Ordenador-PC con pantalla plana, impresora y mesa auxiliar para la sala de urgencias.	1.500 €
Material quirúrgico para completar la sala de urgencias del Centro de Salud.	1.000 €
TOTAL	2.500 €
	Reformular exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Valencia 20-Enero 2005

19

*[Signature]*

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Iniciar y/o completar el calendario vacunal antitetánico de pacientes tratados en cirugía menor en el Centro de Salud de Illueca.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **Mercedes Gallel Urgel**

Profesión **Enfermera** Centro de trabajo **Centro de Salud de Illueca**

Correo electrónico:

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Lucía Diesta Aísa	Médico	Centro de Salud de Illueca
Carmen Gascón Brumos	Médico	Centro de Salud de Illueca
Bernardo Sánchez Valle	Médico	Centro de Salud de Illueca
Rosa Sisamón Gil	Enfermera	Centro de Salud de Illueca
Eva Tobajas Señor	Enfermera	Centro de Salud de Illueca
Roberto Torrijo Solanas	Enfermero	Centro de Salud de Illueca
Iziar Alonso Urreta	Farmacéutica	Centro de Salud de Illueca

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

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

Su importancia radica en que el tratamiento con cirugía menor supone una indicación de vacunación antitetánica por producirse una alteración de la integridad de la piel. Asimismo está incluida en el calendario vacunal del adulto, recomendada por la OMS y es un objetivo de los equipos de salud. El ejercicio de la cirugía menor proporciona un instrumento útil de acceso al paciente. El método de detección es la "tormenta de ideas", priorizándose según la importancia del proyecto, accesibilidad y repercusión final.

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

- Mayor grado de cumplimiento de la pauta vacunal antitetánica de los pacientes que acceden a los servicios del Centro y consecuentemente la prevención de posteriores problemas de salud.
- Incremento de la concienciación de la población respecto a la importancia de estar vacunado contra el tétanos.
- Aumento de la seguridad de las intervenciones de cirugía menor, pues se trata de una indicación de vacunación antitetánica.
- Dotación a la actividad de cirugía menor de un valor añadido que complemente los servicios ofrecidos por el Centro de Salud.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Lineas 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

En la atención continuada en el C. S. nos encontramos con que no toda la población está correctamente vacunada del tétanos. Esta situación puede deberse a la falta de concienciación de los pacientes sobre su importancia agudizado por los grandes intervalos de tiempo entre cada administración de dosis, lo cual conduce en muchos casos a su olvido y/o abandono. Como fuente de información se preguntará a todos los pacientes que vayan a ser tratados en cirugía menor y como fuente complementaria se tiene el registro de vacunaciones del adulto del tétanos.

### 8 - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Realizar una encuesta sobre su situación vacunal antitetánica a cada paciente que vaya a ser atendido en cirugía menor en el C.S. Informarle de la importancia de estar vacunado del tétanos (responsable: médico o enfermero que deriva al paciente a la consulta de cirugía menor)
- Iniciar o completar su vacunación en caso necesario (responsable: consulta de enfermería)
- Entregar al paciente por escrito las fechas de las dosis administradas y las fechas de las próximas dosis (tarjeta VAT). (consulta de enfermería)
- Registrar por escrito tanto la encuesta al paciente como las medidas adoptadas. (responsable: consulta de enfermería)

### 9 - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se recogerán tanto la encuesta del estado vacunal inicial de los pacientes como las actuaciones llevadas a cabo

Indicadores:

- Número de casos detectados sin vacunación completa dividido entre el número total de pacientes tratados en cirugía menor.
- Número de actuaciones llevadas a cabo para completar la pauta vacunal

### 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 2.005

Fecha de finalización: noviembre de 2.005

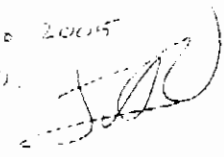
Caleandario

- Febrero-marzo de 2.005: Elaboración de material de registro y presentación a los profesionales implicados
- Abril-octubre de 2.005: Realización del seguimiento a los pacientes
- Noviembre de 2.005: Recogida de datos, valoración y ajustes.



Anexo 2 Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Formación de los miembros del Equipo de Mejora sustituida.	
<u>TOTAL</u>	
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

26 Julio 2005  
 P.O.  


## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Uso racional del servicio de urgencias de PAC y C. Salud Alhama por parte de la población y adecuada derivación al Hospital Comarcal por parte de los facultativos.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **GARABET SARRIS KASPAR**  
 Profesión **MEDICO** Centro de trabajo **ALHAMA DE ARAGON**  
 Correo electrónico:

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Aparicio. M <sup>o</sup> Aureli	MEDICO	C.J. ALHAMA
Dr. Blázquez. M <sup>o</sup> Pilar	"	"
Dr. Tosuella. M <sup>o</sup> Juli	"	"
Dr. Greiza. Eduardo	"	"
Dra. Rubio. M <sup>o</sup> Jose	"	"
Dra. Del/a. M <sup>o</sup> Suspenia	"	"
Dr. Heledia. Martí	"	"
Pilar Pardo	Supermera	"
Ana Lorente	"	"
M <sup>o</sup> Jose Dolores	"	"
Sonia Martí	"	"
Ana Girona	Admín.	"

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

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

Es importante poner que existe un mal uso de servicio de urgencias. Pretendemos no disminuir la demanda ni la educación de la población para el uso correcto. En el estudio de la derivación por parte de los profesionales al hospital, esperamos conseguir una autoeducación del E.A.P.

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

1) Uso correcto de urgencias. Educar a la población para que disminuyan los porcentajes de derivación del servicio de urgencias que entran acudir a la consulta ordinaria, demandando ambulatorio o asistencia.

2) Además seguimiento de los pacientes para confirmar y valorar si muchos intentos de derivación tras días antes de ir pedida han sido o no correctos. Este último punto de una particular para el E.A.P.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Desconocimiento de la situación de partida, de la calidad de la derivación.  
Como fuentes de información los Hojas de Derivación y los informes de atención que se dan a los pacientes del Hospital General.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Controlar las derivaciones, haciendo un estudio detallado de los Hojas de Derivación del Hospital, así como estudiar y valorar del tipo de atención que se da al C.S. de forma con los el libro de Registro y Hojas de Derivación.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Hacer una evaluación periódica de el estudio del material que se materializa en la evaluación final con objetivos a largo plazo y cambios a partir de entonces.

- Aumentar eficiencia a la utilización de recursos y su uso
- Aumentar los beneficios derivados de la Atención Primaria

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Febrero 05 Fecha de finalización: 1 Febrero 06

Cronograma:

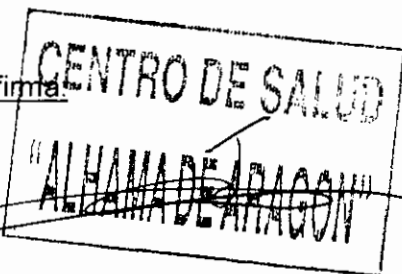
Trimestralmente un equipo de mejora realizará las conclusiones y la propuesta de E.A.P. Valoradas en estas reuniones la prioridad de mejora, y los problemas detectados.

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
Ordenada en C.Salud y PAC Nuevas	2400€
Curso para soporte informático	180€.
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

2.580 €

Fecha y firma:



17-1-05

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Mejora del proceso asistencial de los pacientes diagnosticados de Trastorno depresivo mayor leve-moderado en el sector de Calatayud.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Visitación Palomero Lobera

Profesión: Psiquiatra Centro de trabajo: Centro de Salud Norte de Calatayud

Correo electrónico: vpalomeroL@medynet.com

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María Luisa López Gabas	Psicóloga	Centro de Salud de Calatayud
Miguel Lerín Sanchez	A.T.S.	Centro de Salud de Calatayud
Elena Vicente Hernández	Psicóloga	Comarca del Maestrazgo

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

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

Los trastornos del estado de ánimo, poseen una enorme relevancia dada su frecuencia y capacidad de generar discapacidades. Existe extensa bibliografía al respecto de la cual aquí solo explicitaremos algunos datos:

Es sabido que uno de cada quince sujetos, presentará un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida, y que entre un 15 y un 20% de pacientes con una patología médica, presentan dicho trastorno.

También es sabido que este grupo de trastornos generan una discapacidad funcional mayor que el resto de las enfermedades médicas crónicas a excepción de las cardiovasculares, además se relacionan con la mala evolución de patologías físicas. Todo esto hace que el coste económico y de salud generado por estas enfermedades sea muy elevado

Con este proyecto, lo que se pretende es conseguir en primer lugar mejorar el proceso asistencial del trastorno depresivo mayor. En segundo lugar se pretende adaptar materiales ya existentes acerca del trastorno y su evolución para dirigirlos al paciente y

sus familiares puesto que por un lado una mayor comprensión del trastorno mejoraría la satisfacción y adhesión al tratamiento y por otro lado una queja frecuente de este tipo de pacientes es la escasa comprensión del trastorno por parte de los que le rodean.

Para detectar los posibles puntos de mejora se realizó el análisis del proceso asistencial seguido por los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor en la Unidad de Salud Mental.

La razón de elegir el trastorno depresivo mayor fue el haber comprobado a través de un estudio de prevalencia de los distintos trastornos vistos en la Unidad durante el año 2004 que dicho trastorno era con diferencia el más tratado.

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

Puesto que se ha decidido dirigir este proyecto a dos de las posibles mejoras del proceso asistencial del Trastorno depresivo mayor los resultados que se espera encontrar son los siguientes:

1. Mejorar la calidad asistencial del trastorno depresivo mayor optimizando el aprovechamiento de recursos desde la Atención Primaria y la propia Unidad de Salud Mental.
2. Fomentar la participación y alcanzar un mayor grado de satisfacción y autonomía de los usuarios del servicio.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Tanto por los datos aportados por la literatura médica acerca del trastorno depresivo

mayor como por los obtenidos en esta Unidad de Salud Mental consideramos que dada la gran prevalencia del trastorno, la discapacidad que produce, el coste económico que supone y el hecho de que este trastorno sea tratado tanto en Atención Primaria como en especializada por equipos multidisciplinares (en las Unidades de Salud Mental); es muy importante la coordinación y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

(Adjuntamos organigrama del proceso asistencial del Trastorno depresivo mayor)

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Entre las actividades previstas están:

1. recogida de información previa mediante reuniones con los profesionales de atención primaria y el análisis de los documentos de derivación
2. diseño de intervención para una formación continua además de seguir consensuando mediante guías o protocolos las actuaciones (en la actualidad se dispone de un protocolo de derivación y de un protocolo de Trastorno depresivo mayor ambos elaborados por la Unidad)
3. diseño de un folleto informativo para los pacientes y familiares en el que se hable acerca de la enfermedad (de cómo se manifiesta, qué síntomas presenta, cómo puede ayudarse a este tipo de pacientes...y otros que se considere necesarias)

#### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación de este proyecto se pretende realizar analizando los documentos de derivación para ver si la información recogida en los mismos es mas completa y se ajusta mejor a lo consensuado en años anteriores y contabilizando el número de actividades formativas pactadas con los médicos de Atención Primaria por un lado. Y mediante un cuestionario dirigido a los pacientes en el que se les pregunte acerca de la información que poseen de su trastorno, de si la información les ha gustado y si les ha resultado de utilidad utilizando como indicador la cuantificación de las respuestas positivas.

#### 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 2005

Fecha de finalización: diciembre 2005

Calendario:

Febrero:

- inicio de la recopilación de los datos mas importantes que deben contener las hojas informativas para los pacientes
- análisis de la información procedente de los Médicos de Atención Primaria y las hojas de derivación a la Unidad



Mayo:

- redacción y difusión de hojas informativas para los pacientes y familiares
- redacción del posible cuestionario que evalúe la información dada a pacientes y familiares
- preparación de la información dirigida a los Médicos de Atención Primaria

Octubre:

- charla informativa a los profesionales

Noviembre:

- entrega del cuestionario a los pacientes y recogida del mismo cumplimentado
- inicio del análisis de los datos contenidos en las hojas de derivación

Diciembre:

- análisis de los resultados y conclusiones

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Publicación de folletos (1000)	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Material fungible y fotocopias	
Cañón proyector para formación M.A.P.	
Trípode para vídeo	
TOTAL	3.000 € Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

12/05/2005

Miguel Ángel

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE SE RELACIONAN CON UNA REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ULCERAS FACIALES EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE) DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos NATALIA CASANOVA CARTIÉ

Profesión SUPERVISORA UCE Centro de trabajo HOSPITAL ERNEST LLUCH

Correo electrónico: nataliacasan@mixmap.com

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
EVA PEREZ SANZ	DUE	Hospital Ernest Lluch
TERESA DEL VILLAR CRUZ	DUE	Hospital Ernest Lluch
JOSE ANTONIO GRASA LANAU	DUE	Hospital Ernest Lluch
RAQUEL VALLS GARCÍA	DUE	Hospital Ernest Lluch
ASUNCIÓN VALIENTE ROYUELA	DUE	Hospital Ernest Lluch
YOLANDA MENDIARA BERBIELA	DUE	Hospital Ernest Lluch
ANA BALLANO DE MIGUEL	DUE	Hospital Ernest Lluch
M <sup>a</sup> ANGELES GOTOR	FEA NEUMOLGÍA	Hospital Ernest Lluch

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA** (Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados")

El uso cada vez más frecuente de la Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI) como alternativa eficaz y de menor riesgo que la Ventilación Mecánica Invasiva para el tratamiento del fallo respiratorio agudo o la reagudización de la enfermedad obstructiva pulmonar, no está exento de la aparición de complicaciones, que afectan directamente a la calidad de vida del paciente, a la evolución del proceso patológico y a la eficiencia en la utilización de recursos. Muchas de estas complicaciones podrían prevenirse, o al menos limitarse, con unos cuidados de enfermería adecuados.

Una de las complicaciones prevenibles (Hibbs P.1987) (Waterlow J. 1996) más frecuentes por el uso de la VMNI son las úlceras faciales. En el mercado existen distintos tipos de mascarillas y apósitos, que se utilizan sin ningún criterio establecido, para la prevención de las úlceras faciales asociadas a la VMNI. La evaluación de los cuidados de enfermería (o la combinación de factores) que se asocian a una menor incidencia de esta complicación nos puede permitir una reducción importante de los riesgos para estos pacientes y una mayor eficiencia en el uso de recursos.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR****Objetivo principal:**

- Analizar las medidas preventivas que se asocian a un mejor pronóstico en la aparición de úlceras faciales en pacientes sometidos a VMNI.

**Objetivos secundarios:**

- Conocer las indicaciones y la tasa de utilización de la VMNI en nuestra Unidad
- Analizar las características epidemiológicas de la población susceptible de VMNI /sometida a VMNI en la UCE
- Analizar la incidencia de otras complicaciones asociadas al uso de VMNI en nuestra Unidad

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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)

En los pacientes que necesitan asistencia ventilatoria, la creación de una vía aérea artificial y la ventilación mecánica invasiva han constituido los métodos terapéuticos tradicionales para garantizar la supervivencia de un gran número de pacientes que sufren un fallo respiratorio agudo o la reagudización de una enfermedad obstructiva crónica. Sin embargo, dada la agresividad y potenciales complicaciones de ésta terapéutica, la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) se ha convertido desde hace unas décadas en una alternativa eficaz en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria<sup>(1)</sup>. Numerosos estudios han evaluado favorablemente la VMNI en pacientes con fallo respiratorio agudo, destacando la reducción de la mortalidad y la necesidad de intubación, con los riesgos potenciales que esta conlleva<sup>(1,2,3)</sup>. Sin embargo, como cualquier otra técnica, no está exenta de limitaciones y complicaciones.

Aunque la utilización de la VMNI en Unidades de Cuidados Intensivos es una técnica en auge, lo cierto es que todavía resulta bastante desconocida y poco practicada por los profesionales sanitarios<sup>(7)</sup>. Para su exitosa aplicación en fallos respiratorios agudos se requiere un conocimiento experto y especializado en el manejo de la técnica y es necesario conocer, no sólo la existencia de sus ventajas, sino también la de sus potenciales complicaciones con el fin de favorecer la unificación de criterios y actuaciones, garantizando una atención individualizada que permita mejorar la calidad asistencial prestada.

A pesar de ser una técnica cada vez más utilizada en nuestro hospital, y en concreto en nuestra Unidad, no existen recomendaciones estandarizadas sobre las indicaciones de la VMNI, no se han realizado estudios sobre la frecuencia y adecuación de la utilización, no conocemos la frecuencia de aparición de complicaciones, ni los factores que se asocian a una reducción de las mismas.

Distintos estudios han encontrado incidencias de complicaciones asociadas al uso de VMNI por encima del 90%, siendo las más frecuentes la sequedad bucal, la agitación, distensión abdominal, las úlceras por presión, sensación de claustrofobia<sup>(4,5,6,8)</sup>. El estudio de la combinación de medidas preventivas que se asocian a menores tasas de complicaciones, nos permitiría estandarizar los cuidados para el uso de estos dispositivos y reducir la frecuencia de complicaciones.

A pesar de la utilización de distintos tipos de mascarillas y apósitos, la presencia de lesiones tisulares por presión en la frente y nariz, ocurre en una mayoría de estos pacientes. Sin embargo, no existen estudios que evalúen los resultados de la combinación de distintas estrategias preventivas, por lo que existe una gran variabilidad en el uso y combinación de medidas, sin poder establecer la mejor estrategia de cuidados.

Estudiar los motivos de la indicación, la frecuencia de utilización, las características de los pacientes sometidos a VMNI en la UCE, así como las complicaciones y las medidas que se asocian a una menor incidencia de las mismas, nos permitirá una mejor utilización de los recursos y una reducción de los riesgos para el paciente.

**FUENTES DE INFORMACIÓN:**

- (1) Perkins L, Shortall S. Ventilation without intubation. R.N. 2000; Jan.63(1):34-9
- (2) Noninvasive ventilation reduced deaths and the need for intubation in acute-on-chronic obstructive pulmonary disease. ACP Journal Club.2001; Jan/Feb 134(1):15
- (3) Noninvasive weaning from mechanical ventilation reduced mortality from nosocomial pneumonia. ACP Journal Club. 1998; Nov-Dec. 129:65
- (4) Conesa MC, Cumbreiras MC, Echevarria P, Molina P, Sánchez J.A. Cuidados de un paciente con ventilación mecánica no invasiva en UCI. Enfermería Clínica. 1998; Ene-Feb. 8(1): 34-8
- (5) Smurthwaite G.J, Ford P. Skin necrosis following continuous positive airway pressure with a face mask. Anaesthesia. 1993; 48: 147-8
- (6) Subirana M, Jover C, Pascual S, Solá N. Fuentes de dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada. Enfermería Clínica. 1998; Nov-Dic 8(6): 229-35
- (7) Pierson D. MD FAARC. The future of respiratory care. Respiratory Care. 2001; July. 46 (7):705-18
- (8) Abad Corpa,E, Hernández González.M, Ortells Rodríguez, M.J, Rios Risqueiz,M.I, Ruiz García,J.F. Complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva. Enfermería Global. Nº1. Noviembre 2002
- (9) Lacasaña Bellmunt,P. Efecto del sellado con agua de la mascarilla facial para ventilación no invasiva en la aparición de úlceras por presión. Revista Electrónica de Medicina Invasiva. Artículo nº691. Vol 3 nº12. Diciembre 2003

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Tipo de estudio: estudio observacional, prospectivo
- Actividades, responsables y cronograma:
  - o Establecer y definir las variables a recoger, complicaciones, criterios de inclusión y exclusión, tamaño muestral, método...
    - Grupo de mejora, medicina preventiva
    - Periodo: Primer trimestre 2005
  - o Seguimiento de los pacientes sometidos a VMNI en la Unidad de cuidados especiales del Hospital Ernest Lluch: características epidemiológicas, indicaciones, utilización, cuidados aplicados, aparición de complicaciones.....
    - Personal de enfermería UCE
    - Periodo: abril-diciembre de 2005
  - o Análisis de los resultados
    - Grupo de mejora, Medicina Preventiva
    - Primer trimestre 2006
  - o Establecer estrategia preventiva de cuidados de enfermería para la reducción de complicaciones
    - Grupo de mejora
    - Segundo trimestre de 2006
  - o Establecer las indicaciones médicas para la utilización de la tecnología
    - Grupo de mejora
    - Segundo trimestre de 2006

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Evaluación:

- La recogida de datos se realizará en 2005 y la evaluación del proyecto se realizará en el primer trimestre de 2006
- Se realizará estudio descriptivo sobre las indicaciones, tasa de utilización, frecuencia de complicaciones, cuidados aplicados...
- Para el análisis de los cuidados asociados a una menor frecuencia de complicaciones ajustando por el resto de factores se realizará análisis multivariante

Indicadores:

- Motivos que justificaron la indicación
- Tasa de utilización:
  - o % de pacientes ingresados en UCE a los que se les aplicó la tecnología
  - o % de pacientes ingresados en UCE con fallo respiratorio agudo o la reagudización de una enfermedad obstructiva crónica a los que se aplicó VMNI
  - o % de pacientes a los que se les aplicó VMNI respecto al total de pacientes a los que se les aplicó ventilación mecánica
- % de complicaciones
- Tiempo hasta la aparición de las complicaciones
- Factores asociados a menores tasas de complicaciones
- Tolerancia al tratamiento
- Elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería
- Elaboración protocolo de indicaciones, tiempo de utilización...de VMNI

**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 2005

Fecha de finalización: julio 2006

Caleandario:

- o Establecer y definir las variables a recoger, complicaciones, criterios de inclusión y exclusión, tamaño muestral, método...: Primer trimestre 2005
- o Seguimiento de los pacientes sometidos a VMNI en la Unidad de cuidados especiales del Hospital Ernest Lluch: características epidemiológicas, indicaciones, utilización, cuidados aplicados, aparición de complicaciones: abril-diciembre de 2005
- o Análisis de los resultados: Primer trimestre 2006
- o Establecer estrategia preventiva de cuidados de enfermería para la reducción de complicaciones: Segundo trimestre de 2006
- o Establecer las indicaciones médicas para la utilización de la tecnología: Segundo trimestre de 2006

**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
- 3 Becas para la asistencia al Congreso Nacional de Medicina Intensiva. Galicia. Junio 2005	1800 E
<b>TOTAL</b>	<b>1800 E</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: 29-12-04

Fdo. Natalia Casanova Cartié



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

ACTUALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL ERNEST LLUCH

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos NATALIA CASANOVA CARTIÉ

Profesión RESPONSABLE CALIDAD ENFERMERÍA  
Centro de trabajo H.ERNEST LLUCH

Correo electrónico: [nataliacasan@mixmap.com](mailto:nataliacasan@mixmap.com)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CRISTINA DE MARCO MURO	Supervisora Enfermería C	H.ERNEST LLUCH
Mª PAZ SIMÓN APARICIO	Supervisora Enfermería B	H.ERNEST LLUCH
PILAR MORENO GARCÍA	Supervisora Enfermería A	H.ERNEST LLUCH
PILAR MORENO HERNÁNDEZ	Supervisora Radiología	H.ERNEST LLUCH
CARMEN PARDOS PASCUAL	Supervisora Laboratorio	H.ERNEST LLUCH
MANUELA BARANDA JÉREZ	Supervisora Materno-Infantil	H.ERNEST LLUCH
VICTORIA SALVADOR I TENA	Supervisora Urgencias	H.ERNEST LLUCH
ROSA MARTINEZ GRACIA	Supervisora Obstetricia	H.ERNEST LLUCH
CRUZ ESTEBAN GUAJARDO	Supervisora Hemodiálisis	H.ERNEST LLUCH
CARMEN JIMÉNEZ IHUARBEN	Supervisora Quirófano	H.ERNEST LLUCH
ESPERANZA CLEMENTE SALA	Supervisora Preventiva	H.ERNEST LLUCH
TERESA SOLER GIMENO	Supervisora C.Externas	H.ERNEST LLUCH
NATALIA MARTÍN BALLADARES	Supervisora Rehabilitación	H.ERNEST LLUCH

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

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

La variabilidad en la práctica clínica, entendida como diversidad no justificable por el conocimiento científico o la epidemiología de un problema de salud, sino que es reflejo de las idiosincrasias de los profesionales o del entorno sanitario, es una fuente importante de no-calidad. Esta diversidad inapropiada puede esconder, en algunos casos, un uso ineficiente de recursos, pero lo siempre representa es un problema de calidad asistencial.

La elaboración de planes de cuidados, protocolos o guías clínicas que establezcan un modelo óptimo de asistencia, nos va a permitir mejorar la calidad de la asistencia que prestamos. La estandarización cuidados basada en el desarrollo de planes de cuidados, protocolos, guías o recomendaciones, conduce a la necesidad crítica de evaluar científica y objetivamente los resultados de los cuidados de enfermería, sobre todo cuando se utilizan diferentes aproximaciones para un mismo problema de salud. El resultado de esta evaluación puede plasmarse finalmente en documentos que mejoren la atención, evitando diferencias basadas en criterios personales no suficientemente contrastados, que puedan producir resultados diferentes de salud para el paciente o variaciones injustificables en el coste.

La revisión, unificación, actualización y estandarización de los cuidados de enfermería que se prestan en el hospital, basándolos en la mejor evidencia científica disponible, va a redundar directamente en una mejora de la asistencia prestada al paciente. Además debe servir como elemento motivador para el personal de enfermería y debe suponer una herramienta que facilite la realización adecuada de los cuidados y la formación y la integración al trabajo del personal de nueva incorporación.

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

- ✓ Implicar a los profesionales de enfermería del hospital en la estandarización de cuidados de enfermería.
- ✓ Revisar, actualizar y unificar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería existentes en el hospital Ernest LLuch.
- ✓ Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad.
- ✓ Establecer una estructura informática que permita el acceso a los protocolos, planes de cuidados, recomendaciones... en un formato electrónico desde cualquier unidad de enfermería del Hospital y su revisión y actualización periódica.
- ✓ Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Actualmente contamos con aproximadamente 200 protocolos y procedimientos de enfermería, que en la mayoría de los casos no están estandarizados ni actualizados, utilizando en cada unidad un protocolo/procedimiento con formato diferente.

Ninguno de estos documentos se encuentra en formato digital, sino en formato papel y no todos los protocolos se encuentran en todas las unidades.

Dado que el personal de enfermería no es especializado, es habitual el cambio de servicio de los enfermeros eventuales, que son un gran número en la plantilla de enfermería del hospital. Esto, unido a la carencia de todos los protocolos en todas las unidades dificulta que el personal pueda conocer el modo de actuar ante un determinado procedimiento.

Por todo ello, consideramos muy interesante la actualización de los protocolos, la modernización de su formato, la unificación en todas las unidades y la creación de un acceso informático desde todas las unidades.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ✓ Recopilar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería actualmente en uso en el Hospital: responsable de calidad de enfermería
- ✓ Definir los criterios que deben cumplir los protocolos, planes... para ser aceptados e incluirlos en la guía de cuidados de enfermería del hospital
- ✓ Unificar y actualizar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería, de forma que se garantice la mejor atención en todas las Unidades, atendiendo a la mejor evidencia y a las mejores prestaciones posibles en nuestro hospital: grupo de mejora de enfermería
- ✓ Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad: grupo de mejora de enfermería

- ✓ Pasar todos los documentos a un formato electrónico que permita a corto-medio plazo colgarlos en la red para facilitar el acceso a cualquiera de ellos desde cualquier enfermería del Hospital y permitir su revisión y actualización periódica: unidad de calidad
- ✓ Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...: unidad de calidad

### **9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

- ✓ Abril 2005: evaluación inicial de los protocolos, planes de cuidados, recomendaciones... existentes en este momento en el hospital
- ✓ Junio 2005: evaluación de los protocolos... actualizados de acuerdo a los criterios establecidos
- ✓ Octubre 2005: evaluación de los protocolos... actualizados de acuerdo a los criterios establecidos
- ✓ Diciembre 2005: evaluación de los protocolos... actualizados de acuerdo a los criterios establecidos

Indicadores:

- ✓ Número de protocolos, planes de cuidados... basados en la evidencia actualizados, unificados y disponibles en formato electrónico

Porcentaje de protocolos que cumplen los criterios de calidad definidos

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

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

**Fecha de inicio: Enero 2005**

**Fecha de finalización: Junio 2006**

- ✓ Recopilar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería actualmente en uso en el Hospital: primer trimestre 2005
- ✓ Unificar y actualizar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería, de forma que se garantice la mejor atención en todas las Unidades, atendiendo a la mejor evidencia y a las mejores prestaciones posibles en nuestro hospital: abril-diciembre 2005
- ✓ Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad: grupo de mejora de enfermería: abril 2005-diciembre 2005
- ✓ Pasar todos los documentos a un formato electrónico que permita a corto-medio plazo colgarlos en la red para facilitar el acceso a cualquiera de ellos desde cualquier enfermería del Hospital y permitir su revisión y actualización periódica: abril 2005-junio 2006.
- ✓ Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...: abril-diciembre 2005

**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>Escáner Documental Fujitsu fi-4340C</b>	4796.99 E
<b>TOTAL</b>	<b>4796.99 E</b>  Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: 29/12/04

Fdo. Natalia Casanova Cartié

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TITULO

VIA CLINICA DE DERMATOLOGIA PSICOSOMATICA. 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 Martín

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

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Federico de Lara	ATS/DUE	Dermatología (Hospital)
Lucía Tomás Aragonés	Psicóloga	Dermatología (Hospital)
Mari Sol Gracia	Jefe Grupo	Admisión (Hospital)
Francisco José Aganzo	Medico	CS Almunia
Maria Pilar Blázquez	Medico	CS Alhama de Aragón
Javier Martín	Medico	CS Ariza
Roberto Torrijo	ATS/DUE	CS Illueca
Resto pendiente de determinar		

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

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

El órgano cutáneo es uno de los más frecuentemente asociados con manifestaciones psicósomáticas dentro de los diferentes órganos y sistemas.

El malestar psicológico asociado a la enfermedad cutánea incide negativamente sobre esta, creando la necesidad en el paciente de realizar frecuentes visitas a diferentes profesionales del sistema sanitario en busca de remedio a sus problemas, con la consiguiente sobrecarga asistencial y con un consumo elevado de recursos sanitarios.

El enfermo psicósomático se convierte involuntariamente en el paciente "pesado" que retrasa las consultas con una serie de demandas que no se relacionan a veces fácilmente con su sintomatología y que requieren una formación específica para su detección.

La asociación de manifestaciones psicósomáticas va a condicionar una mayor gravedad del proceso cutáneo, ocasionando una merma importante en la calidad de vida del paciente.

La importancia y utilidad del proyecto radica en el importante número de pacientes psicósomáticos dentro de nuestra especialidad que no están siendo identificados y tratados convenientemente, con el consiguiente exceso de gasto sanitario. Pretendemos identificar la enfermedad psicósomática en sus cinco patologías cutáneas más prevalentes dentro del Sector (Acne; Alopecia areata; Eczema atópico; Psoriasis y Neuralgia post herpética) para priorizarlas y de esta manera realizar una atención más temprana y eficiente.

Como método de detección pretendemos que se evalúe en el Centro de Salud, mediante instrumentos psicométricos específicos, el posible distress psicológico. Utilizaremos como instrumento de cribado el HADS, de forma que los pacientes de las patologías citadas con puntuaciones altas se priorizaran sobre otros pacientes con esas patologías y puntuaciones bajas. El punto de corte para el HADS será 11.

Se pretende identificar citas específicas en la agenda de dermatología, que se identificaran como (DPD), de forma que los pacientes priorizados por el médico de atención primaria puedan ser visitados con menores demoras en un día concreto de la semana.

Dentro de nuestro sector, estudios previos realizados avalan la importancia del hecho psicósomático en la patología cutánea. El hecho de ser el responsable del proyecto Especialista y Master Universitario 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 concepción clásica 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, 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 Dermatología Psicósomática (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 Dermatología Psicosomática, elaborada con el consenso y la participación de los diferentes profesionales implicados. Pretendemos conseguir los siguientes resultados:

**OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de la asistencia en la atención del paciente dermatológico psicosomático 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. Evitar demoras innecesarias en la atención de estos pacientes
3. Racionalizar el uso de los recursos disponibles
4. Mejorar la coordinación primaria-especializada, entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados
5. Promover una mejora de los procesos dentro del Servicio y del Sector
6. Mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes
7. Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados
8. Mejorar la satisfacción de los pacientes 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
10. Identificar y priorizar la atención de los pacientes con las patologías psicosomáticas dermatológicas prevalentes dentro del Sector de Salud

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.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

**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 un alto porcentaje de enfermos psicósomáticos cutáneos.
- 02.- Las 5 patologías cutáneas que más se asocian con el hecho psicósomático en nuestro sector son: Acne, Alopecia areata, Eccema atópico, Psoriasis y Neuralgia post herpética.
- 03.- El paciente psicósomático es un mayor frecuentador de los servicios sanitarios.
- 04.- Los pacientes psicósomáticos tienen una peor calidad de vida.
- 05.-En este momento no se realiza una atención global (piel-psique) de nuestros pacientes.
- 06.-Disponemos de capacidad y Medios para iniciar una mejora de la calidad de la asistencia que prestamos, pudiendo así dar una atención integral.
- 07.- El paciente dermatológico psicósomático, en su gran mayoría, no está receptivo a ser derivado a Salud Mental.
- 08.-En estudios previos que hemos realizado, el paciente dermatológico psicósomático acepta de buen grado la valoración y tratamiento de su problema psicológico por parte del dermatólogo.
- 09.-No se están detectando ni tratando estos cuadros psicósomáticos en atención primaria, lo 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 del hecho psicósomático.
- 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, etc.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**1) Elaboración de una "Guía de Práctica Clínica de Dermatología Psicosomática"** 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 ánimo. 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 2005

**2) La puesta en marcha del uso de la Via** requerirá su divulgación entre los Médicos Residentes, los Adjuntos Hospitalarios y los Médicos de Atención Primaria implicados en la asistencia al paciente dermatológico psicosomático.

A los pacientes con: Acne; Eczema atópico; Psoriasis; Alopecia areata y Neuralgia postherpética que se visiten en el Centro de Salud por su médico de cabecera se les propondrá, además de la entrevista clínica de su proceso cutáneo, la pasación de un test tipo screening para detectar distres psicológico (Hospital Anxiety and Depression Scale. HADS). Aquellos que puntúan por encima del punto de corte que se sitúa en 11 se les informa de su puntuación y se contrastan dichos resultados. Si el paciente confirma la existencia de malestar emocional, se prioriza y cita en la agenda del servicio de dermatología en las citas DPD. Independientemente de las citas C.1 (primera visita normales)

- **ACCIONES:** Pretendemos trasladar a los profesionales implicados como se va a desarrollar la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo dermatológico con trastornos psicosomáticos. 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.

- DESARROLLO: Abril-Mayo-Junio del 2005

- **ACCIONES:** Se identifican en la agenda de Dermatología 3 citas específicas a la semana identificadas como DPD, para incluir pacientes psicosomáticos de alguna de las 5 patologías cutáneas más prevalentes en nuestro sector. Estarán dirigidos por Terapeuta. Se propone a la siguiente, que ya ha colaborado con nosotros y está capacitada en el manejo de pacientes dermatológicos: D<sup>a</sup> Lucía Tomás Aragonés, Psicóloga. Se realizarán tres tandas consecutivas de 14 semanas a lo largo del año. Se solicita financiación para acometer el desarrollo de las citas de terapia psicológica individual.

-DESARROLLO: Marzo a Diciembre del 2005

3) **La recogida de información necesaria para monitorizar los indicadores** prefijados y sus variaciones-incidencias en la Vía, como es evidente supone un sobreesfuerzo 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 2005, 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 2.005.
- DESARROLLO: Inclusión de casos a partir de Febrero del año 2.005, con análisis de los datos y revisión de historias en caso necesario en agosto, octubre y diciembre de 2.005.

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 2.005

6) **Divulgación de resultados.**

- ACCIONES: El intercambio de experiencias con otros grupos en el ámbito de esta ayuda es muy interesante, entendiendo que debe darse difusión en los Congresos Nacionales de Dermatología, de Medicina Familiar y de Medicina General, de Medicina Psicosomática. 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.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)**

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 Dermatología Psicosomática (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.

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos 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 la patología psicosomática preferente en el Sector 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 la patología psicosomática preferente en el Sector 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 las citas previstas individuales (DPD)

15.1.- Numero de pacientes atendidos

15.2.- % de perdidas de pacientes los incluidos inicialmente

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 tratamiento % Remisión

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 **Vía Clínica de Dermatología Psicosomática**, entre todos los profesionales implicados dentro del Sector de Calatayud. Con compromiso de difundir y publicar también los resultados fuera del Sector.

**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 2005

Fecha de finalización: Diciembre de 2005

Calendario:

Calendario:

1.-Elaboración de una "Guía de práctica Clínica de Dermatología Psicosomática"

Febrero-Marzo del 2005

2.- La puesta en marcha del uso de la Vía

2.1.- Sesiones formativas en Centros de Salud

Abril-Mayo-Junio del 2005

2.2.- Screening HADS en CS para inclusión de pacientes en la Vía

Febrero a Diciembre del 2005

2.3.- Evaluación específica inicial de los incluidos en la vía  
(Ansiedad-Depresión.CVRS-Personalidad y autoestima)

Febrero a Diciembre del 2005

2.2.- Inclusión y desarrollo de los grupos terapéuticos

Febrero a Diciembre del 2005

2.3.- Evaluación específica inicial de los incluidos en la vía  
(Ansiedad-Depresión.CVRS-Personalidad y autoestima)

Abril a Diciembre del 2005

3.- Recogida de información para monitorizar los indicadores prefijados

3.1.- Realizar base de datos

	Junio-Julio de 2005
3.2.- Inclusión de datos	
	Agosto a Diciembre de 2005
4.- Monitorización de la Vía	
4.1.- Monitorizar los indicadores	
	Junio-Septiembre y Diciembre de 2005
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 2005
5.2.- Con el Hospital	
	Diciembre 2005
6.- Divulgación de resultados	
6.1.- Preparación de Comunicaciones y publicación	
	Enero-Febrero de 2006

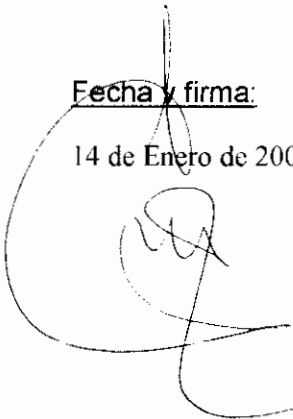


**11.-PREVISIÓN DE RECURSOS** (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
12 Sesiones formativas de 2 ½ horas en Centros de Salud y Hospital 30 horas x 120 Euros	3.600'00 Euros
Terapia individual. 3 sesiones semanales x 14 semanas y x 3 tandas 84 Sesiones de Terapia Individual x 40 Euros	3.360'00 Euros
Supervisora de la Vía y sus resultados	1.500'00 Euros
<b>TOTAL</b>	<b>8.460'00 Euros</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

14 de Enero 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 2005

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y 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

#### **OBJETIVOS**

- 1.- Garantizar la calidad asistencial
- 2.- Evitar las sucesivas demoras diagnóstico-terapéuticas
- 3.- Racionalizar el uso de los recursos disponibles
- 4.- Mejorar la coordinación primaria-especializada, entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados
- 5.- Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados
- 6.- Mejorar la satisfacción de los pacientes tras una atención holística de su proceso morboso, con una mejora constante de la información recibida
- 7.- Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro
- 8.- Sea una herramienta de formación para todos los profesionales implicados incluyendo a los Residentes de MF y C

#### **RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Dr. D. Servando Eugenio Marrón

**OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

D. Federico de Lara	Enfermero Dermatología (Hospital)
D <sup>a</sup> . Lucia Tomás Aragonés	Supervisora de Proyectos de Calidad Dermatología
D. Mari Sol Gracia	Jefe de Grupo de Admisión (Hospital)
D Carmelo Cebrian	FEA de Anatomía patológica (Hospital)
D <sup>o</sup> Carmen Gascón	Médico (CS Illueca)
D. José Codes López	Coordinador Médico (CS Calatayud Norte)
D. Ángel Bes Franco	Coordinador Médico (CS Daroca)
D. M <sup>a</sup> Pilar Blazquez	Coordinadora Medico (CS Alhama de Aragón)
D José M <sup>a</sup> Cucalón	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> Carmen Jiménez	Supervisora de Enfermería Quirófano (hospital)
D <sup>o</sup> Amadeo Fernández	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)
D. Miguel Hernandez	Coordinador Medico (CS Calatayud Sur)
D <sup>a</sup> Lourdes Bernal	Residente 3 <sup>o</sup> MF y C (CS Daroca-Hospital)
D. José Antonio Moreno	Residente 1 <sup>o</sup> MF y C (CS Daroca-Hospital)
D. José Miguel Celorrio	Coordinador de Calidad (Hospital)

**FECHAS PREVISTAS**

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

**RESULTADOS ESPERADOS**

1. Garantizar la calidad asistencial.
2. Reducir el tiempo de demora de primera visita.
3. Reducir el tiempo de demora de intervención quirúrgica.
4. Reducir el tiempo de demora de confirmación anatomopatológica por parte del paciente.
5. Racionalizar el uso de los recursos disponibles.
6. Mejora de la coordinación primaria-especializada.
7. Favorecer la continuidad de la atención
8. Mejora de la capacitación de los profesionales implicados.
9. Mejora de la satisfacción de los pacientes.
10. Mejora de la información a los pacientes.
11. Mejora de la información entre los diferentes implicados en la atención.
12. 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 esta consensuada en todos sus pasos, pendiente de su edición y distribución entre los implicados

Se deben desarrollar nuevamente 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. METODOLOGÍA Y 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 con Melanoma Maligno, Carcinoma Basocelular y Carcinoma Espinocelular (DCC).
- 1.9. Rediseño de los controles a largo plazo (2 meses, 6 meses, 1 año, 2 años, 3 años, 4 años y 5 años) que se realizará por enfermería de atención primaria.
- 1.10. Consenso para que el calendario de revisiones para el paciente oncológico se realice en el impreso de alta hospitalaria, a los efectos de simplificar el proceso en el Centro de Salud.
- 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.
- 2.6. Reajustes según los datos obtenidos en el Pilotaje de la Vía del primer trimestre de 2004.
- 2.7. Reajustes según los datos obtenidos en la Evaluación del funcionamiento de la Vía en el 1º, 2º y 3º Trimestres de 2004.

### 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.
- 3.4. Presentación del Pilotaje de la Vía en 1º Trimestre de 2004 en Equipo de Mejora de la Vía el tercer trimestre de 2004.
- 3.5. Presentación del Pilotaje de la Vía en 1º Trimestre de 2004 en los diferentes equipos de atención primaria del Sector.
- 3.6. Presentación de la Evaluación de resultados del 1º, 2º y 3º Trimestres de 2004 en Equipo de Mejora de la Vía el 20 de Octubre de 2004.

3.7. Presentación de la Evaluación de resultados del 1º, 2º y 3º En los diferentes equipos de atención primaria del Sector.

3.8. Presentación de la Vía Clínica en Curso de Calidad celebrado en el Hospital Ernest Lluch el 2004.

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

1. Mejor coordinación primaria-especializada.
2. Favorecer la continuidad de la asistencia.
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 (DCC) 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.
12. Revisiones después del alta hospitalaria desde enfermería de primaria (2m, 6m, 1a, 2a, 3a, 4a y 5a)
13. Obtención de P-31 (perfil preoperatorio dermatología) desde intralab.
13. Adscripción a la enfermera de reanimación de quirófano de los pacientes que puedan tener problemas de pérdida de conciencia, bajadas de tensión, etc en el proceso quirúrgico. De estos pacientes, encargándose esta de solicitar colaboración con los anestesiólogos en caso necesario, siguiendo su proceso hasta darles el alta.
14. Citación de la visita de valoración anatomopatológica desde el hospital, a los efectos de evitar sobrecarga administrativa en los centros de salud.
15. Confección base de datos con los indicadores a recoger para monitorizar la vía.
16. Evaluación de resultados del 1º, 2º y 3º Trimestres de 2004
- 17.- La Vía esta funcionando a satisfacción de los usuarios.

**RESULTADOS PROVISIONALES 1º - 2º - 3º TRIMESTRE 2004 (01 de Octubre de 2004)**

### **PACIENTES INCLUIDOS EN LA VIA**

173 PACIENTES

### **FALTAN DE REVISAR HISTORIAS**

17 PACIENTES

### **SEXO**

**MUJERES** 46

**HOMBRES** 90

**EDAD****MUJERES** 44-93 (69'74) años**HOMBRES** 44-94 (73'64) años**CENTROS DE SALUD**

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
CALATAYUD	20	31
ATECA	07	11
ALHAMA-NUEVALOS	04	08
ILLUECA	03	04
ALMUNIA	03	04
SABIÑAN	02	05
MOLINA	02	00
MORATA	02	15
ARIZA	01	01
DAROCA	01	04
VILLARROYA	01	07
<b>SUBTOTAL</b>	<b>46</b>	<b>90</b>
<b>TOTAL</b>		<b>136</b>

**CONSULTA DE DETECCION TEMPRANA DE ENFERMERIA**

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
SI	03	08
NO	12	06
NO SE IDENTIFICA	31	76

**SOLICITUD PREOPERATORIO DESDE PRIMARIA**

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
SI	16	17
NO	30	73

**INCLUSION INCORRECTA EN LA VIA**

<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
06	04

**PACIENTES CITADOS DCC**

<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
10	18

**PACIENTES QUE REQUIEREN UNA SEGUNDA VISITA AL NO ESTAR BIEN CITADOS DCC**

<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
29	54

**PACIENTES NO INCLUIDOS Y QUE DEBERIAN HABERSE INCLUIDO**

<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
28	56

**CONCORDANCIA ANATOMOPATOLOGICA**

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
CARCINOMA ESPINOCELULAR	10	19
CARCINOMA BASOCELULAR	23	52
MELABNOMA MALIGNO	02	03
METASTASIS CUTANEA	01	00
	<b>36</b>	<b>74</b>
PIGMENTACION MELANICA	02	01
QUERATOMA ACTINICO	03	06
SWANNOMA	01	00
DERMATOFIBROMA	01	00
NEVUS CONGENITO	01	02
LEUCOPLASIA ORAL	00	01
QUERATOMA SEBORREICO	00	01
ANGIOQUERATOMA NUCA	00	01
	<b>08</b>	<b>12</b>
PENDIENTES EN RDQ	02	04
	<b>02</b>	<b>04</b>



**TIEMPO DEMORA VISITA EN DERMATOLGIA****MUJERES** 1-48 (25'66) días

Identificación de causas:

81 % a causa de citación (C1-C2-C3-URGENTE-NO ESPECIFICAR)

19 % no se puede calcular no se pone fecha de envío del paciente

**HOMBRES** 1-87 (35'80) días

Identificación de causas:

88 % a causa de citación (C1-C2-C3)

12 % no se puede calcular no se pone fecha de envío del paciente

**TIEMPO DE DEMORA EN LA ACTUACION QUIRURGICA****MUJERES** 1-60 (28'95) días**HOMBRES** 1-120 (27) días

Identificación de causas:

89 % por periodos vacacionales intercurrentes

11 % debido a errores en el proceso de citación

**CONOCIMIENTO PACIENTE DE LA ANATOMIA PATOLOGICA****MUJERES** 10-58 (29) días

Identificación de causas:

36 % por errores en la citación

40 % por periodos vacacionales intercurrentes

24 % por que el paciente no acude el día que esta citado

**HOMBRES** 6-115 (32) días

Identificación de causas:

39 % por incumplimiento pacto anatomia patológica

40 % por periodos vacacionales intercurrentes

21% por que el paciente no acude el día que esta citado

**CUMPLIMIENTO PACTO DE DEMORA CON ANATOMIA PATOLOGICA****MUJERES** 3-38 (15'84) días

45 % no se cumple el pacto

46 % se cumple el pacto

09 % están en RDQ

**HOMBRES** 4-48 (15'08) días

49 % no se cumple el pacto

51 % se cumple el pacto

**SITUACION ACTUAL DE LOS PACIENTES (01 de Octubre de 2004)**

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
CONTROL DERMATOLOGIA	12	32
ALTA CENTRO SALUD	18	30
SALE DE LA VIA	10	11
RDQ	03	04
ALTA MADRID	01	00
PENDIENTE REVISION	01	00
NO HA VUELTO DE RXT	02	03
NO HA VUELTO CIR. PLAST	00	03

**7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

Adecuación de la actividad quirúrgica (reasignación de nuevo quirófano con posibilidad de monitorizar a los pacientes. Asignación de ayudante quirúrgico).

Enero 2005

Evaluación de la Vía año 2004

Febrero 2005

Confección encuesta de satisfacción de la Vía

Febrero-Marzo de 2005

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

Marzo a Diciembre de 2005

Realización de nuevas sesiones formativas sobre la Vía y su uso, con especial incidencia en la capacitación diagnóstica y el manejo práctico de la misma.

Abril a Julio de 2005

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

Marzo a Julio de 2005

Monitorización de indicadores y ajuste.

Junio- Octubre de 2005

Reunión conjunta con los estamentos implicados y el equipo de mejora de la calidad para hacer análisis del año 2004 para valorar resultados y posibles posibilidades de mejora.

Marzo 2005

Divulgación de resultados de experiencia (implantación y evaluación del año 2004 en Congresos y/o Reuniones.

Mayo a Diciembre de 2005

**8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO****CIRCUITO DE ATENCION ESPECIALIZADA**

1. Imposibilidad de conseguir ayudante quirúrgico y monitorización de los pacientes en quirófano, lo cual genera un riesgo innecesario en la atención quirúrgica y una posible merma de la calidad de la asistencia, así como incluso la suspensión "sine die" de la actividad quirúrgica.
2. Despriorización por parte de la Dirección del Hospital de la Vía (DCC) para realizar atención a primeras visitas en momentos puntuales durante el año 2004, lo cual ha contribuido a desviarnos del objetivo previsto de precocidad en la primera visita.
3. Despriorización por parte de la Dirección del Hospital de las intervenciones quirúrgicas para realizar atención a primeras visitas en momentos puntuales durante el año 2004, lo cual ha contribuido a desviarnos del objetivo previsto de precocidad en la intervención quirúrgica.
4. Pocas facilidades por parte de la Dirección del Hospital para la organización de las agendas de pacientes del servicio, sin posibilidad de desarrollar una Gestión Clínica real por parte del responsable del Servicio lo cual ha generado disfunciones durante el año 2004.
5. La imposibilidad en momentos puntuales (vacaciones, días de libre disposición o fiestas) de cumplir los tiempos previstos al haber solo un facultativo.
6. La imposibilidad de formar equipo de calidad en el Servicio (medico-enfermero) por los cambios constantes de personal. Condición necesaria para que prosperen este y otros cualesquiera proyectos de calidad.
7. Necesidad de contar con una persona como supervisora de proyectos de calidad en el Servicio que esté al margen de la actividad asistencial, ya que debido a la presión asistencial creciente se dificulta cada vez más el control de los proyectos y esto a la larga podría producir la languidez de los mismos.

Nos planteamos reajustar los tiempos previstos de 15 días para cada uno de los pasos, aumentándolo hasta 30 días, pero al final decidimos que aunque en momentos puntuales no podamos cumplir el objetivo siempre es importante plantearse retos estimulantes. Por tanto mantenemos los 15 días previstos inicialmente.

El no disponer de tiempo físico y real durante la jornada laboral para realizar las tareas administrativas y burocráticas de la Vía, tanto en el circuito de especializada como en el de primaria, lo cual obliga a acumular retrasos o a realizar las actividades fuera del horario laboral.

**CIRCUITO DE ATENCION PRIMARIA**

8. La no indicación en el impreso de remisión medio de acceso del paciente a la vía (detección temprana enfermería).
9. La no petición de preoperatorios (Perfil 31) al ser remitidos los pacientes de la Vía por parte del medico de cabecera.
10. La no inclusión en la Vía de pacientes con sospecha de MM, CB o CE en la Vía, citándose como Preferente o 1ª visita o remitiéndose a Urgencias, lo cual alarga considerablemente el proceso de la visita.
11. La no Identificación de la Vía en el impreso de remisión.

12. La no identificación en el impreso de remisión de la fecha de remisión, lo cual imposibilita calcular los tiempos.

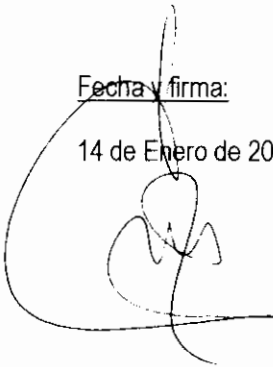
13. Necesidad de Insistir en la formación para la detección de casos y el uso adecuado de la Vía.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>Sesiones de capacitación en el uso de la vía y en la habilidad diagnóstica</i>	3.000'00
<i>Difusión de la Vía y sus resultados</i>	1.800'00
<i>Supervisora de la ejecución del Proyecto</i>	1.500'00
<b>TOTAL</b>	<b>6.300'00</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

14 de Enero de 2005



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

**VIA CLINICA DE ATENCION AL PACIENTE DERMATOLOGICO CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ANIMO. DISEÑO, PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACION 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 Martín

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

Fecha de inicio: Febrero 2004

Fecha de actualización: Enero 2005

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y 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

#### **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.

### **RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Dr. D. Servando Eugenio Marrón

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

#### **HOSPITAL ERNEST LLUCH**

D <sup>a</sup> Lucía Tomás	Psicóloga Dermatología
D. Federico de Lara	Enfermero Dermatología
D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Sol Gracia	Jefe de Grupo de Admisión

#### **SECTOR DE SALUD**

Dr. Luis Latorre	CS Ateca
Dra. M Pilar Blazquez	CS Alhama de Aragón
Dr. Jose Codes	CS Calatayud Norte
Dr. Angel Bes	CS Daroca
Dra. M Pilar Roldan	CS Sabiñan
Dra. Lucía Dieste	CS Illueca
Dr. Javier Martín	CS Ariza
Dra. Aurita Auría	CS Morata de Jalón
Dr. Jose M <sup>a</sup> Gotor	CS Villarroya de la Sierra
Dr. Jose R. Baquedano	CS Almunia de D <sup>a</sup> Godina
Dr. D. Miguel Hernández	CS Calatayud Sur

#### **FECHAS PREVISTAS**

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

#### **RESULTADOS ESPERADOS**

1. Garantizar la calidad asistencial.
2. Desarrollo definitivo de todas las opciones terapéuticas (TDE. TDE+T Psicológica. TDE + Psicofármacos. TDE+ T. Psicológica+ Psicofármacos)
3. Racionalizar el uso de los recursos disponibles.
4. Mejora de la coordinación primaria-especializada.
5. Favorecer la continuidad de la atención
6. Mejora de la capacitación de los profesionales implicados.
7. Mejora de la satisfacción de los pacientes.
8. Mejora de la información a los pacientes.
9. Mejora de la información entre los diferentes implicados en la atención.

10. Mejora de la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro.

11. Mejora de la calidad de vida laboral del personal sanitario del Sector.

12. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y del personal sanitario del Sector.

### **RELACION CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN**

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

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

Se consideró adecuado, tras el último consejo de Gestión del Sector, por miembros del equipo de mejora, la realización de Grupos similares a los de los pacientes pero para personal sanitario del Sector. Habida cuenta del importante incremento de bajas laborales en el personal del Sector durante el año 2004. Uno Grupo cada trimestre excluyendo el primero en formato de 12 horas. Se identificarían indicadores específicos para estos grupos similares a los de pacientes

### **INDICADORES**

#### **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

2.- Terapia dermatológica estándar + Psicofármacos

3.- Terapia dermatológica estándar + Psicofármacos + Terapia Psicológica

4.- Terapia dermatológica estándar + Terapia Psicológica

15.1.- Numero de participantes por cada grupo

15.2.- % de pérdidas de pacientes en cada grupo

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

## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

1) Elaboración de una "Guía Clínica de Atención al Paciente Dermatológico con Trastornos de Ansiedad y del Estado de ánimo"

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 de la dinámica de trabajo en el servicio de dermatología.

1.4. Consenso para la citación de pacientes dentro del hospital.

1.5. Definición del proceso de terapia psicológica y farmacológica

1.6. Consenso sobre la confección de documentos de informe, alta, citación, etc. para información al paciente incluido en la vía.

2) Puesta en marcha de la vía

2.1. Elección de responsables de la vía.

2.2. -Diseño y confección de calendario de revisiones de los pacientes.

2.3. Diseño y confección de documentos informativos dentro de las distintas fases de la vía.

2.4. Inicio de inclusión en pacientes en la vía desde Febrero de 2004.

2.5. Reajustes según los datos obtenidos en el Pilotaje de la Vía del primer trimestre de 2004.

2.6. Reajustes según los datos obtenidos en la Evaluación del funcionamiento de la Vía en el 1º, 2º y 3º Trimestres de 2004.

2.7. Creación de un equipo de mejora.

3) Divulgación de resultados

3.1. Presentada en el Congreso Nacional de Dermatología. Mayo de 1994 en Sevilla

3.2. Presentación del Pilotaje de la Vía en 1º Trimestre de 2004 en Equipo de Mejora de la Vía el tercer trimestre de 2004.

3.3. Presentación del Pilotaje de la Vía en 1º Trimestre de 2004 en los diferentes equipos de atención primaria del Sector.

3.4. Presentación de la Evaluación de resultados del 1º, 2º y 3º Trimestres de 2004 en Equipo de Mejora de la Vía el 21 de Octubre de 2004.

3.5. Presentación de la Evaluación de resultados del 1º, 2º y 3º En los diferentes equipos de atención primaria del Sector.

3.6. Presentación de la Vía Clínica en Curso de Calidad celebrado en el Hospital Ernest Lluch el 2004.

3.7. Presentación en I Congreso De Psicodermatología de Croacia. Septiembre 2004. Cavtat

3.8. Presentada en el Congreso de la Academia Europea de Dermatología. Noviembre 2004. Florencia

3.9. Previsto presentar resultados definitivos año 2004 en el Congreso de la Academia Europea de Dermatología y Psiquiatría en Mayo 2005. Giesen. Alemania

3.10. Previsto presentar resultados 2004 en la Reunión del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica en Febrero 2005. Madrid

**6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

1. Mejor coordinación primaria-especializada.
2. Favorecer la continuidad de la asistencia.
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.
4. Diseño de la vía.
5. Puesta en marcha de la vía desde el 1º de Febrero de 2004.
6. Puesta en marcha de los grupos de TDE + Terapia farmacológica.
7. Puesta en marcha de los grupos de TDE + Terapia psicológica.
6. Confección base de datos con los indicadores a recoger para monitorizar la vía.
7. Evaluación de resultados del 1º, 2º y 3º Trimestres de 2004
8. La Vía esta funcionando a satisfacción de los usuarios.

**RESULTADOS**

**Pilotaje del 1º - 2º - 3º Trimestre a fecha (1 de Octubre de 2004)**

**Inclusiones en la vía**

450 pacientes screening HADS

**Sexo**

Mujer	60 %
Hombre	40 %

**Estado civil**

Soltero	35 %
Casado	57 %
Viudo	06 %
Separado	02 %

**Profesión**

Jubilado	10 %
Ama de casa	24'6 %
Industria	16'3 %
Servicios	25'8%
Estudiantes	13'2%
Desempleados	02'8 %

**Centro de Salud**

Calatayud	50 %
Ariza	03'2 %
Alhama-Nuevalos	07'8 %
Ateca	06'8 %
Daroca	01'8 %
Illueca	02'2 %
Villarroya	01'8 %
Saviñan	04'2 %
Almunia	16'2 %
Morata	04'6 %

**Tratamiento psicológico previo**

Si	00'6 %
No	99'4 %

**Tratamiento psicofarmacológico previo**

Si	06'6 %
No	93'4 %

**Referencia a acontecimientos vitales estresantes**

Si	30 %
No	70 %

**Gravedad de la patología dermatológica**

Leve	74'4
Moderada	16'2
Grave	09'04

**Enfermedad dermatológica (58 diferentes)**

Miscelánea	12'7 %
Enfermedades eritematoescamosas, pruriginosas	16'9 %
Infecciones cutáneas	13'9 %
Patología capilar	12'2 %
Tumores benignos	28'7 %
Cáncer cutáneo	07'2 %
Precancer cutáneo	07'4%

**HADS (+) Ansiedad**

17'2 %

**HADS (+) depresión**

07'8 %

**Comorbilidad Ans-Dep HADS**

25 %

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Evaluación de la Vía año 2004

Febrero 2005

Confección encuesta de satisfacción de la Vía

Febrero-Marzo de 2005

Reunión conjunta con los estamentos implicados y el equipo de mejora de la calidad para hacer análisis del año 2004 para valorar resultados y posibles posibilidades de mejora.

Marzo 2005

Realización de los Grupos de Terapia Psicológica para pacientes

Marzo a Diciembre 2005

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

Marzo a Diciembre de 2005

Realización de sesiones formativas sobre la Vía y su uso, con especial incidencia en la capacitación ansiedad – depresión y el manejo práctico de la misma.

Abril a Julio de 2005

Realización de Grupos psicoeducativos antiestrés para personal sanitario del Sector

Abril a Diciembre de 2005

Edición de la Vía Clínica en formato de hojas intercambiables para facilitar actualizaciones posteriores.

Marzo a Julio de 2005

Monitorización de indicadores y ajuste.

Junio- Octubre de 2005

Divulgación de resultados de experiencia (implantación y evaluación del año 2004 en Congresos y/o Reuniones.

Febrero a Diciembre de 2005

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

1. Falta de colaboración en el desarrollo de la Vía por parte del personal de enfermería adscrito al servicio de dermatología como consecuencia de los continuos cambios realizados por la Dirección de Enfermería, lo cual ha condicionado que no se pueda formar un equipo de trabajo eficiente.
2. La imposibilidad de formar equipo de calidad en el Servicio (medico-enfermero) por los cambios constantes de personal. Condición necesaria para que prosperen este y otros cualesquiera proyectos de calidad.
3. Necesidad de contar con una persona como supervisora de proyectos de calidad en el Servicio que este al margen de la actividad asistencial, ya que debido a la presión asistencial creciente se dificulta cada vez más el control de los proyectos y esto a la larga podría producir la languidez de los mismos.
4. El no disponer de tiempo físico y real durante la jornada laboral para realizar las tareas administrativas y burocráticas de la Vía, tanto en el circuito de especializada como en el de primaria, lo cual obliga a acumular retrasos o a realizar las actividades fuera del horario laboral.
5. Necesidad de realizar la formación prevista inicialmente para la capacitación de los profesionales en la detección de casos y el uso adecuado de la Vía.



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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
12 Sesiones formativas de 2 ½ horas en Centros de Salud y Hospital 30 horas x 120 Euros	3.600'00
Difusión de la Vía y sus resultados	1.800'00
Supervisora de la ejecución del Proyecto	1.500'00
1 Grupo de Terapia Psicológica x 12 semanas + 2 de evaluación y por 3 tandas 42 Sesiones de Terapia de Grupo x 120 Euros	5.040'00
1 Grupo Psicoeducativo antiestrés para personal sanitario del Sector por 3 tandas 36 Horas x 100	3.600'00
<b>TOTAL</b>	<b>15.540 '00</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

14 de Enero de 2005

