

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de La Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)

I.- TITULO

Evaluación de la Calidad de Comunicación entre Niveles Asistenciales mediante la Hoja de Interconsulta.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos CARLOS ASCOZ HERRANDO

Profesión MEDICO Centro de trabajo C.S. MONREAL DEL CAMPO

Dirección C/ PIRINEOS, nº 2

Localidad MONREAL DEL CAMPO Código postal y provincial 44300.-TERUEL

Teléfono 978.86.34.67 Fax 978. 86.37.14 Correo electrónico

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y Apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Félix Peña Clemente	Médico	C.S. Monreal del Campo
Pedro Palomar Marzo	Médico	"
Pilar Mainar Latorre	Médico	"
Julio Montesinos Morlanes	Médico	"
Aurelio Sánchez Fernández	Médico	"
Alberto Delgado Rayo	Médico	"
Francisca Zafra Corella	Médico	"
Angeles Escriche Aguilar	A.T.S.	"
M ^a José Gómez Pérez	A.T.S.	"
Corina Escusa Anadón	A.T.S.	"
Federico Sanchis Comorera	A.T.S.	"
Alicia Muñoz Dolz	Auxiliar Administrativo	"

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo de las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Falta de fluidez en la Interrelación Atención Primaria y Atención Especializada. Entre las causas:

Pertinencia de las derivaciones.

Información transmitida en los documentos de Interconsulta.

Circuito de derivación.

Lista de espera.

Poca respuesta por parte del Especialista.

Competencia entre Niveles

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Evaluar la calidad y mejora de cumplimentación de la hoja de Interconsulta en el E.A.P. de Monreal del Campo como elemento de mejora de la comunicación entre niveles asistenciales.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)

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

Estudio Descriptivo de Calidad Científico Técnica como Ciclo de Mejora Continua de Calidad Asistencial.

Detección y Priorización de Problemas.

Establecimiento de unos Criterios de Calidad consensuados por el E.A.P. de Monreal del Campo para la cumplimentación de la Hoja de Interconsulta en el apartado correspondiente a Atención Primaria (Tabla 1). En cuanto a los Criterios de Calidad en la respuesta de Atención Especializada se acepta por el Equipo los que sigue la Gerencia de Atención Primaria en la Comisión Paritaria de Área (Tabla 2).

Para la evaluación, durante 4 meses consecutivos: Junio, Julio, Agosto y Septiembre de 2001 se recogieron en los servicios de Admisión las copias de todos los documentos de Interconsulta que procedentes de Atención Especializada llegaron al Centro de Salud. El número de volantes recogidos fue de 82. En todos ellos se comprobó el nivel de cumplimentación de los Criterios de Calidad que en el apartado de Atención Primaria fueron: datos de filiación 86'6%, Legibilidad 84'1%; Antecedentes Personales 68'3%; Informe 81'7% y Diagnóstico 52'4%. En cuanto al apartado de Atención Especializada fueron: legibilidad 74'4%; Informe 82'9%; Diagnóstico 79'3%; Tratamiento 67'1% y Alta/Revisión 51'2%.

Como Actividades para mejorar la situación detectada proponemos la utilización de la etiqueta TAIR en todos los documentos de Interconsulta, la formación continuada mediante Interconsultas docentes e implantación de protocolos de derivación de patologías más frecuentes. Creemos necesario sesiones con los especialistas para establecer criterios conjuntos de derivación tanto de pertinencia (guías clínicas) como de condiciones de calidad del documento de interconsulta.

Realización de reevaluación de todas las hojas de interconsulta que recibamos en el Centro de Salud de Monreal durante los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre de 2002.

Tabla-1

CRITERIOS A P.	ACLARACIONES	EXCEPCIONES
DATOS DE FILIACION	Datos de etiqueta TAIR	NO
LEGIBILIDAD	Texto comprensible	NO
ANTECEDENTES PERSONALES	Antecedentes personales y/o medicación habitual	NO
INFORME CLINICO	Datos de sintomatología y detalles de la exploración física, Referencia a pruebas complementarias previas, Constancia de las medidas terapéuticas empleadas para el Proceso actual. (Se considera cumplimiento de criterio si se dan dos ó mas de las condiciones mencionadas)	NO
DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN	Diagnóstico de presunción ó motivo de consulta	NO

Tabla -2

CRITERIOS A E	ACLARACIONES	EXCEPCIONES
LEGIBILIDAD	Texto comprensible	NO
INFORME CLINICO	Datos de sintomatología y detalles de la exploración física. Pruebas complementarias realizadas: (Se considera cumplimiento de criterio si se dan las dos condiciones)	NO
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico de confirmación	NO
TRATAMIENTO	Fármaco / dosis / duración del tto (Se considera cumplimiento de criterio si se dan las tres condiciones)	No precisan tratamiento En este caso, se explicitará.
ALTA / REVISIÓN	Debe explicitarse una de las dos condiciones.	NO

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- 1.-Huertas I, Pereiró J, Sanfélis J, Rodríguez R Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Aten Primaria* 1996; 17 (5):317-320.
- 2.-Irazábal L, Gutiérrez B ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria* 1996; 17 (6): 376-381.
- 3.-Aranaz Andrés JM, Buil Aina JA Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1986; 106: 182-184.
- 4.-Palmer RH Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- 5.-Velasco V, Otero A Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten primaria* 1993; 11 (8): 48-57.
- 6.-Morera J, Custodi J, Perroca L, Midja F Análisis de la calidad de la información transmitida entre atención primaria y atención especializada. *Medifam* 1991; 1 (3): 132-140.
- 7.-Mimbela m, Foradada S Análisis de la interrelación atención primaria, atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria* 1993; 7 (1): 73-74.
- 8.-Saturno P. Actividades básicas para la mejora continua: métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad de medicina y preventiva y salud pública. Universidad de Murcia.

Anexo 2 Solicitud de inclusion en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

Material inventariable

ORDENADOR PORTATIL

Pesetas

350.000

Material fungible

Viajes y dietas

DESPLAZAMIENTOS Y ALOJAMIENTOS

100.000

Otros gastos

CURSOS DE FORMACIÓN EN MEJORA DE CALIDAD

150.000

TOTAL PESETAS

600.000

3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

El nuevo ciclo de mejora de la calidad que nos proponer llevar a cabo, va a consistir en mejorar el control metabólico y cardiovascular del paciente diabético mediante el control de los indicadores analíticos electrocardiográficos más fiables y frecuentemente utilizados.

Control metabólico que se va a sustentar -siendo principal objetivo- en los ya clásicos tres pilas fundamentales del tratamiento de la diabetes:

- dieta
- tratamiento farmacológico
- ejercicio físico

3.2. OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

A) Conseguir que el 70% de los diabéticos de la zona salud, tengan realizada una determinación cuatrimestral de HbA1c, valorando dichos resultados según la clasificación de la European NIDDM Polyclinic Group como control glucémico:

- Bueno: valores por debajo de 6,5
- Aceptable: valores entre 6,5 y 7,5
- Deficiente: valores por encima de 7,5

B) Conseguir que el 80% de los diabéticos de la zona, tengan una determinación anual de microalbuminuria orina de 24 horas (lo que constituye un excelente factor pronóstico de la aparición de nefropatía diabética). La presencia de albuminurias superiores a 300mg./24h. implicarán una especial vigilancia al paciente: control de la glucemia, de la tensión arterial, derivación a especializada.....etc.

C) Realizar a dichos pacientes un ECG basal anual, que sirva de referencia y con la finalidad de diagnóstico y valoración de posible patología coronaria.

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

A) Criterios:

- Los pacientes deberá tener una determinación cuatrimestral de HbA1c.
*Aclaración: como mínimo tres determinaciones al año. Se medirán los resultados con la última determinación de cada paciente.
- Los pacientes deberán tener una determinación anual de microalbuminuria.
*Aclaración: como mínimo una determinación al año.
*Excepción: no se incluirán a aquellos diabéticos que presenten albuminuria en una determinación previa de tira de orina.
- Los pacientes deberán tener realizado un electrocardiograma anual.
*Aclaración: como mínimo un ECG anual.

B) Dimensión estudiada: calidad científico-técnica.

C) Tipo de datos: de estructura, proceso y resultados.

D) Unidades de estudio:

- Proveedor: *Centro de Salud: todos los Miembros del equipo.
*Servicio de laboratorio y personal especialista del área implicado.
- Pacientes: Todos los pacientes diabéticos de la zona.
- Ventana temporal: Pacientes que llevan más de seis meses en programa.

E) Fuentes de datos:

- Registros específicos de diabéticos.
- Historias clínicas.
- Normas técnicas mínimas y registros de evaluaciones.
- Registros de laboratorio.
- Registros de ECG.

F) Marco muestral:

- Totalidad de pacientes diabéticos de la zona.
- Número de casos: aproximadamente 60.
- Variable: cuantitativa.

G) Muestreo:

- Aleatorio.
- Estratificado por consulta profesional.

H) Evaluación:

- Retrospectiva.
- Interna.
- Mixta (cruzada y autoevaluación).

METODO Y ACTIVIDADES

- A) Diseño del protocolo de determinaciones y pruebas.
- B) Reparto de las tareas entre los diversos profesionales.
- C) Realización de las pruebas y determinaciones.
- D) Evaluación de los resultados junto con evaluación histórica.

Entre las actividades:

- Implicar al laboratorio de áreas consensuando los valores de referencia.
- Petición sistematizada de las pruebas específicas en tiempo (calendario) y forma (protocolo).

CALENDARIO

ENERO - ABRIL	1ª Determinación de HbA1c	Determinación previa de albuminuria en tira de orina	realiza ECG
MAYO - AGOSTO	2ª Determinación de HbA1c		
SEPTBRE - DICBRE	3ª Determinación de HbA1c	Determinación de microalbuminuria a los pacientes anteriormente negativos	

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA:

- Diabetes Mellitus no insulino-dependiente.
L.F. Pallardo Sanchez
1989 Boheringen Mannheim S.A. Barcelona
- Krans HMJ, Porta M, Keen H. Diabetes Care and Research in Europe: The Saint Vincent Declaration Action Programme. Implementation Document. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1992.
- Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Informático GEDAPS. Mejora continua de Calidad del cuidado del diabético en Atención Primaria de Salud. 1996
- Panel de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes. Atención Primaria 1996; 17: 471-479.
- Diabetes 2000-2001. Respuestas que importan. Dr. Ramón Llopis. Servicio Endocrinología y Diabetes. Hospital Clínico Barcelona. ISEN. M. 50463 - 2000.
- American Diabetes Association. Position Statement. Standard of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20 (suppl 1): s5-s13.
- Saturno PJ. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Pharma. Madrid 1997.
- Cano Pérez J. Y Trilla Soler. Diabetes Mellitus. En Martín Zurro, A. Cano Pérez J. Manual de Atención Primaria 4ª Edición Barcelona, Harcourt Brace 1999.
- Farreras Rozman. Medicina Interna. Vol. 2. 13ª Edición. Harcourt Brace 1995 pág. 1946.
- Programa de Diabetes Mellitus. Centro de Salud de Mora de Rubielos.

Anexo 2 Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

Material inventariable

Pesetas

Ordenador Portatil	300.000
Cañón Proyector para ordenador	450.000
Electro Informado	450.000

Material fungible

Internet tarifa plana	72.000/año
Cartuchos tinta	64.000

Viajes y dietas

Cursos y reuniones	80.000

Otros gastos

TOTAL PESETAS	1.416.000
---------------	-----------

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

<p><u>1.- TITULO</u></p> <p style="text-align: center;">CICLO DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN LA INDICACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE DE COLUMNA VERTEBRAL. ADECUACIÓN DE SU INDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>

<u>2.1 - RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>			
Nombre y apellidos	Juan Manuel Jiménez Hereza		
Profesión	Tecnico de Salud	Centro de trabajo	Gerencia Atención Primaria. Teruel
Dirección	Avd. América, 17		
Localidad	Teruel	Código postal y provincia	44002 Teruel
Teléfono	978621281	Fax	978621413
Correo electrónico	<i>jjimenezh@gapte04.insalud.es</i>		

<u>2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Gloria Martínez Sanz	Médico Radiólogo	Servicio de radiología H. Obispo Polanco
Julio Torres Nuez	Médico Radiólogo	Servicio de radiología H. Obispo Polanco
Eva Vilar Bonacasa	Médico Radiólogo	Servicio de radiología H. Obispo Polanco
Pedro Sánchez Santos	Médico Radiólogo	Servicio de radiología H. Obispo Polanco
Santiago Valdearcos Enguñados	Médico de Familia	Centro Salud Teruel Urb
María Elfau Mairal	Farmacéutica	Gerencia atención Primaria

3.1 - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En el año 2001, la Gerencia de Atención Primaria de Teruel y el Servicio de Radiología del Hospital Obispo Polanco, ante la sospecha manifestada por el servicio de Radiología del Hospital Obispo Polanco sobre posible inadecuación del uso de la radiología de columna vertebral, colaboraron en el análisis de la tasa de adecuación de las solicitudes de radiología a una guía de uso existente en el Área.

El análisis realizado en 202 solicitudes de exploración de radiología de columna vertebral indicaba una tasa global de adecuación a esa guía de un 54.6% (IC95%: 47.35; 61.78). Los diagnósticos de solicitud más frecuente fueron los siguientes:

Diagnóstico	n	%
Lumbalgia	54	26.7
Cervicalgia	34	16.8
Dorsalgia	23	11.4
Ciatalgia	20	9.9
Cervicalgia con irradiación	11	5.4
Escoliosis	11	5.4

El 75% de las solicitudes correspondían a los seis diagnósticos anteriores, no obstante, el 85% de los casos no tenían aproximación diagnóstica específica y el paciente era remitido por dolor. Por otra parte, un 18.3% de las solicitudes correspondían a diagnósticos no incluidos en la guía.

En cuanto a los factores que influían en la adecuación de las solicitudes se descartaron el diagnóstico de solicitud, presentando la dorsalgia una tasa de inadecuación del 66.7%. En el extremo contrario aparece la patología cervical y lumbar con una tasa de adecuación superior al 60%, siendo las alteraciones de la curvatura el único diagnóstico de solicitud con una tasa de inadecuación menor del 30% (23.1%). En cuanto a la procedencia de las solicitudes cabe destacar una diferencia a favor de las solicitudes de los centros de salud periféricos (31.0%) frente a un 47.9% de inadecuación en el centro de salud de Teruel capital.

La tasa global de inadecuación superó a la tasa esperada (30%), siendo de un 47.9%, lo cual sugiere la utilización no óptima de los estudios radiológicos de columna vertebral. Este dato se repite en el resto de análisis por subgrupos. En particular, la dorsalgia presenta la tasa más elevada tasa de inadecuación obtenida (70%). Además esta tasa de inadecuación, es mayor en el Centro de Salud de Teruel urbano.

Se plantea realizar un estudio colaborativo entre el Centro de Salud de Teruel urbano y el Servicio de Radiología del Hospital Obispo Polanco de Teruel para medir la calidad de la adecuación de la solicitud de exploraciones radiológicas una vez establecidas las medidas correctoras pertinentes

Análisis de las causas: Diagrama de causas y efectos

SERVICIO DE RX

MEDICO

Poca implantación de guías de uso

No consta el diagnóstico ni los síntomas

Términos clínicos imprecisos

No constan los datos de la exploración

DEFICIENTE CUMPLIMENTACIÓN DEL VOLANTE DE RX

Accesibilidad a la Rx

Inseguridad

Residentes y sustitutos

Presión asistencia

SOLICITUD INADECUADA DE RX DE COLUMNA VERTEBRAL

Hiperfrecuentación

Accesibilidad

Poco tiempo para su cumplimentación

Mala definición de los síntomas

Poco hábito de rellenarlo

Creencias erróneas

Espacio pequeño

Complacencia

Ganancia secundaria

Inocuidad

concepto de salud

PACIENTE

Medicina defensiva

Falta de formación

Ausencia de exploración previa

Diagnostican todo

3.2 - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos que se plantean son los siguientes:

- Caracterizar la inadecuación en la utilización de la guía
- Incrementar la adecuación de uso de radiología simple en problemas diagnósticos de columna

Medidas del cambio:

- Tasa de adecuación según los criterios de la guía
- Comparación de las tasas de adecuación

Medidas correctoras

- Elaboración de guía de práctica e implantación mediante sesión clínica de consenso. Medida de la tasa de utilización y adecuación. Propuestas de mejora.

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

Componentes de la evaluación:

CRITERIOS

CRITERIOS	ACLARACIONES	EXCEPCIONES
Toda petición de Rx ósea de columna vertebral. se realizará con el volante correspondiente debidamente cumplimentado en los aspectos administrativos	Se considerará debidamente cumplimentado si el volante lleva anotados el nombre completo, la edad y el médico que lo solicita	
Toda petición de Rx ósea de columna vertebral. se realizará con el volante correspondiente debidamente cumplimentado en el apartado referente a los síntomas		
Toda petición de Rx ósea de columna vertebral. se realizará con el volante correspondiente debidamente cumplimentado en el apartado referente a la impresión diagnóstica		
Toda solicitud de Rx se ajustará a la guía de práctica de Rx simple de columna vertebral		

DIMENSIÓN

Científico técnica

UNIDADES DE ESTUDIO

- Proveedor: médicos de Atención Primaria
- Paciente: con patología de la columna vertebral
- Ventana temporal: momento en el que se solicita la Rx de columna vertebral

IDENTIFICACIÓN/MUESTREO

- Marco muestral: usuarios atendidos en el Centro de Salud de Teruel Urbano
- Identificación: registro de solicitudes radiológicas de Servicio de radiología.
- Muestreo: sistemático de todas las solicitudes de radiología simple provenientes del centro de Salud de Teruel (*ex post* se controlará la representatividad de la muestra).

- Tamaño muestral: Para un error tipo I de 0.05, una precisión de 0.05 y una población finita de 400 exploraciones anuales de columna, el tamaño muestral preciso será para una tasa de inadecuación del 48% de 217 placas simples (incluye un 10% de posibles pérdidas)

TIPO DE EVALUACIÓN

Retrospectiva, externa, obtención de datos: mixta
 Recogida de datos mediante la ficha adjunta

CRONOGRAMA

Fase / mes	Feb	Marz	Abr	May	Jun	Julio	Agost	Sept	Oct	Nov	Dicie
Diseño de la guía											
Implantación											
evaluación											

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Chislom R. Guidelines for radiological investigation BMJ 1991;303:797-8.
2. A multicentre audit of hospital referral for radiological investigation. BMJ 1991;303: 809-12.
3. Influence of Royal College of Radiologists guidelines on referral from general practitioners. BMJ 1993; 306:110-1.
4. Holleman DR, Simel DR Effectiveness of automatic diagnostic test result feedback on outpatient laboratory and radiology testing in veterans. Med Care 1996; 34(8): 857-61.
5. Kessler HB, Hanchak NA, McDermott PD, Hirsch A, Meeh S. Results of a Radiology Performance Report for a HMO. Radiology 1997; 202: 735-8.
6. Eccles M, Steen N, Grimshaw J, Thomas L, McNamee P, Soutter J, Wilsdon J, Matowe L, Needham G, Gilbert F, Bond S. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. Lancet. 2001;35:1406-9
7. Glazebrook R, Chater B, Graham P. Rural and remote Australian general practitioners' educational needs in radiology. J Contin Educ Health Prof. 2001 ;21(3):140-9.

Series de artículos en los que se publican guías de actuación de diferentes organismos internacionales para las solicitudes radiológicas, establecen también indicaciones dirigidas específicamente para médicos generales que desarrollan su labor en el campo de la Atención Primaria.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS DE COLUMNA: ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN

Registro n°:

Fecha:

Sexo: Hombre Mujer

Edad:

Centro de Salud:

Médico:

Tipo de estudio solicitado

Columna cervical

Columna dorsal

Columna lumbar

Coxis

Completo de columna

Tipo de proyección

AP

Lateral

Oblicua

Diagnóstico solicitud:

Diagnóstico radiológico:

Resultado:

Normal Patológico Hallazgo

Adecuación a guía :

SI NO

Observaciones:

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

<p><u>1.- TITULO</u></p> <p style="text-align: center;">APORTACIÓN DE LA CONSULTA TELEFÓNICA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN LA ZONA DE TERUEL</p>
--

<u>2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>			
Nombre y apellidos	Mercedes Montaner Cosa		
Profesión	Enfermera EAP	Centro de trabajo	Centro de Salud de Teruel
Dirección	Miguel Vallés, 1		
Localidad	Teruel	Código postal y provincia	44001 Teruel
Teléfono	978602809	Fax	978603266
Correo electrónico	slopez@gapte04.insalud.es		

<u>2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Adoración Adivinación Herrero	Enfermera EAP	Centro de Salud de Teruel
Sagrario López Ibáñez	Directora de enfermería	Gerencia atención Primaria
Juan Manuel Jiménez Hereza	Pediatra Técnico Salud	Gerencia atención Primaria
José Galán Rico	Pediatra	Centro de Salud de Teruel
Jesús Feliz de Vargas	Pediatra	Centro de Salud de Teruel
Eva Navarro	Pediatra	Centro de Salud de Teruel
Ana Muñoz Campos	Pediatra	Centro de Salud de Teruel

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Vivimos en una sociedad inmersa en la información de la que el campo de la salud no ha escapado. La teleasistencia engloba numerosas iniciativas asistenciales que se caracterizan todas ellas por una situación de distancia y no presencia física contrarrestada por la disposición de una tecnología para transmitir servicios sanitarios.

La consulta telefónica a demanda, es una modalidad de teleasistencia que se puede encuadrar dentro del modelo Reactivo, es decir, el proceso de teleasistencia es desencadenado por el paciente, en contraposición con la modalidad Proactiva.

La consulta telefónica en pediatría cada vez se está implantando más dentro de la práctica asistencial diaria, complementando los diferentes aspectos que se realizan en el quehacer pediátrico del día a día como son, la consulta de demanda, labores de prevención y promoción de la salud y labores administrativas.

La consulta telefónica con el Equipo de pediatría supone para los padres una vía directa de comunicación, sencilla y ágil ya que se puede realizar desde su domicilio o incluso desde su propio trabajo, permite consultar un problema concreto o consultar una duda que se les plantea en un momento determinado. Esto supone, aparentemente, una mejora importante en la calidad asistencial mejorando la accesibilidad al servicio demandado, optimizando los recursos y mejorando la comunicación pediatra-enfermera-padres.

El Centro de Salud de Teruel es un Centro urbano que atiende a una población de 31203 pacientes. La población pediátrica de 0 a 14 años, cifrada en 4237 niños, está atendida con 4 pediatras (1 de ellos de área) y dos enfermeras de pediatría, cubriendo un horario de 8 a 17 horas.

El Centro de Salud de Teruel se constituyó como EAP en 1985. Desde entonces además de los pediatras de plantilla dos enfermeras desarrollan la labor de enfermería de pediatría. Desde su constitución se estableció una consulta telefónica que se ha venido desarrollando hasta nuestros días y que mayoritariamente es atendida por el personal de enfermería. Actualmente, existe un teléfono de atención directa y continuada de 8 a 15 horas que se atiende una media de 12 llamadas diarias que demandan consejo sobre diferentes temas.

El objetivo de este trabajo es conocer la aportación de la consulta telefónica en la mejora de la calidad de la atención pediátrica de la zona de Teruel.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo general

Conocer la utilidad de la consulta telefónica en pediatría en términos de mejora asistencial (número de consultas de demanda, ingresos hospitalarios y satisfacción de los padres)

Objetivos secundarios

- Analizar los motivos que ocasionan las llamadas telefónicas
- Analizar las variables que influyen en las llamadas telefónicas

Medidas del cambio

- Comparación con grupo control en número de ingresos y consultas de demanda
- Encuesta de satisfacción a los padres
- Análisis del registro de las llamadas telefónicas

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

Dimensión del estudio

- Calidad científicotécnica
- Satisfacción
- Accesibilidad

Tipos de datos

De proceso y de resultado

Unidades de estudio

- Casos: Pacientes de 0 a 14 años atendidos por el Equipo de pediatría del Centro de Salud de Teruel cuyas familias se ponen en contacto por teléfono demandando consulta por este sistema durante los meses de febrero, marzo y abril de 2002
- Controles: Grupo control de las mismas características que no han consultado por teléfono.
- Encuesta: Encuesta aleatoria sobre el grado de satisfacción con la asistencia telefónica a las familias de los niños que acuden a las visitas programadas durante los meses de mayo y junio de 2002

Identificación/Muestreo

Se realizará un estudio prospectivo de casos y controles híbrido. Se recogerán llamadas durante 3 meses. Conforme aparezca un caso (llamada telefónica) se le asignará un control de la misma edad y sexo de los ficheros de población atendida. Se tomará en la lista de usuarios por edad el inmediatamente anterior del mismo sexo. Si este realiza llamada solicitando asistencia. Se excluirá seleccionando el siguiente. Calculando una media actual de 12 llamadas diarias se escogerá una muestra suficiente de 700 llamadas telefónicas.

Mediante un programa de recogida de datos se registrarán las siguientes variables: fecha de nacimiento, sexo, edad, día de la semana en la que se realiza la llamada, número de hermanos, posición en la serie, motivo de la llamada y actitud que se deriva de la misma.

Posteriormente los casos (llamadas telefónicas), se compararán con su grupo control en cuanto a la asistencia a las consultas de demanda del Centro de Salud, y en el número de ingresos hospitalarios en el último año.

Para conocer la satisfacción de las familias se confeccionará una encuesta de satisfacción que se realizará anónimamente por la unidad parental que acuda

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Van Dinter MC, Telephone triage. The rules are changing. Am J Child Nurs. 2000; 25 (4): 187-191
Comenta los nuevos aspectos de la asistencia telefónica
2. Benjamin JT. Pediatric residents' telephone triage experience. Relevant to general pediatric practice? Arch Pediatr Adolesc Med. 1997 Dec;151(12):1254-7.
Comenta las experiencias de los residentes de pediatría en la asistencia a la población pediátrica mediante la consulta de teléfono
3. Sorum PC, Mallick R. Physicians' opinions on compensation for telephone calls. Pediatrics. 1997;99(4):E3.
Opiniones de médicos ante llamadas telefónicas
4. Nouilhan P, Dutau G. [The pediatrician and the telephone]. Arch Pediatr. 1995;2(9):891-4.
Artículo básico en el que se analiza la actitud de los pediatras ante la consulta telefónica
5. Morales asensio JM: Una nueva dimensión enfermera: los telecuidados. I Encuentro ASANEC. EASP. Granada 2001
Artículo que analiza la importancia de la telemedicina y nuevas tecnologías en la labor asistencial
6. Alberola López S, Del Real Llorente M^a, Ortega García R, Maestro González B, Andrés de Llano J. La consulta telefónica: Utilización y posibilidades en Atención Primaria. Bol Pediatr 1997; 37: 221-225
Experiencia de un Centro de Salud urbano en consulta de pediatría telefónica

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	---

1.- TITULO

**CICLO DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN LA
DESHABITUACION TABAQUICA EN
ATENCIÓN PRIMARIA
(GUIA DE PRACTICA CLINICA)**

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO			
Nombre y apellidos	Cruz Belén Bartolomé Moreno		
Profesión	Médico de Familia	Centro de trabajo	C.S. Teruel Urbano
Dirección	Miguel Vallés, nº 1		
Localidad	Teruel	Código postal y provincia	44001 – Teruel
Teléfono	978603428	Fax	978603266
Correo electrónico	udote@gapte04.insalud.es		

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Santiago Valdearcos Enguidanos	Médico de Familia	C.S. Teruel Urbano Unidad Docente Teruel
Juan Manuel Jiménez Hereza	Técnico de Salud	Gerencia AP Teruel
Rafael Sánchez Arroyo	Técnico de Salud	Gerencia AP Teruel
Angel Luis Gutierrez Corduente	Médico de Familia	C.S. Teruel Urbano
María Elfau Mairal	Farmacéutica	Gerencia AP Teruel

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad evitable y de mortalidad prevenible en nuestro medio. La OMS considera fumador a toda persona que ha consumido diariamente, durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, inclusive uno.

La prevalencia de tabaquismo en España es, en mayores de 15 años, de un 35'7%, según la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1997.

Se estima que un 70% de la población adulta fumadora consulta anualmente a su médico de cabecera por cualquier motivo, por lo que la Atención Primaria es el estamento o nivel privilegiado desde el que intervenir sobre el tabaquismo, y cuya disminución se ha convertido en el principal objetivo de todo sistema sanitario, dado el alto coste de las complicaciones asociadas.

Es el médico, el que con su consejo, puede incidir directamente en que el fumador se plantee la deshabituación tabáquica.

Por ello, en Octubre de 2001 se realizó una encuesta telefónica a 309 usuarios mayores de 14 años, del área de salud de Teruel Urbano, referente al consumo de tabaco y acerca de si había recibido consejo por parte de su médico. Se seleccionaron realizando un muestreo aleatorio estratificado por edad, mediante tabla de números aleatorios, utilizando la base de datos del centro de salud. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Fumadores	91
No fumadores	218

Se obtuvo una prevalencia de fumadores del 30% similar a la encontrada en la literatura.

Recibieron consejo médico sobre tabaco:

Fumadores	4
No fumadores	1

Por grupos de edad:

	Fumadores	No fumadores	Consejo medico
14-24	11	31	2
25-44	45	69	1
45-64	30	56	1
≥65	5	62	1

Sólo 5 personas habían recibido consejo medico sobre el tabaco, y de ellas 4 eran fumadores. De los 4 fumadores que recibieron consejo 2 lo dejaron definitivamente, una del grupo 25-44 y la otra del grupo ≥65. Ninguna utilizó tratamiento farmacológico.

Se obtiene de los resultados una tasa de consejo médico en nuestra área del 2% y una tasa de consejo médico a fumadores del 1%.

Con estos resultados se convocó una reunión a finales de 2001 para proceder a la identificación de problemas. Mediante el brainstorming y posteriormente priorizando con los criterios de Hanlon, el problema identificado fué la enorme variabilidad en la información sobre métodos para ayudar en la deshabitación.

Se planteó como medida correctora la elaboración de una Guía de Práctica Clínica de Deshabitación Tabáquica, apoyada en las últimas evidencias científicas disponibles, que será presentada, explicada y distribuida a todos los profesionales de área de Teruel.

Una vez implantada la guía se reevaluará la calidad del consejo médico.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos que se plantean son los siguientes:

- Adecuar el manejo por parte del médico de personas con hábito tabáquico hacia la deshabituación.
- Disminuir la variabilidad en los tratamientos en deshabituación tabáquica.
- Implantación de una Guía de práctica clínica en deshabituación.
- Disminuir en última instancia la prevalencia de tabaquismo en nuestra zona.

Medidas del cambio:

- Comparación de las tasas de consejo médico a fumadores y no fumadores.
- Tasa de cumplimiento (recepción por parte del médico) de consejo médico y/o farmacológico.
- Tasa de adecuación según los criterios de la guía de práctica clínica elaborada.
- Prevalencia de fumadores.

Medidas correctoras:

- Elaboración de guía de práctica clínica de deshabituación tabáquica e implantación mediante sesiones formativas. Medida de la tasa de utilización y adecuación. Propuestas de mejora.

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

Componentes de la evaluación:

CRITERIOS

<u>CRITERIOS</u>	<u>ACLARACIONES</u>	<u>EXCEPCIONES</u>
Todo paciente que acuda por cualquier motivo a la consulta será interrogado sobre su hábito tabáquico.	Se considerará interrogado si así se refleja en su historia médica	
Todo paciente que sea fumador habrá recibido consejo antitabaco por parte del medico	Se considerará que ha recibido consejo antitabaco si así se refleja en su historia médica	Todo paciente fumador que no admite el consumo tabaquico
Todo paciente fumador que haya recibido consejo antitabaco, se le habrán explicado las diferentes formas de deshabituación referenciadas en la guía de práctica clínica.		

DIMENSIÓN

Científico-técnica y efectividad

UNIDADES DE ESTUDIO

- Proveedor: médicos de Atención Primaria
- Paciente: Todo usuario que acuda a la consulta del Centro de Salud.
- Ventana temporal: momento en el que el paciente recibe consejo antitabaco.

IDENTIFICACIÓN/MUESTREO

- Marco muestral: Usuarios pertenecientes al Centro de Salud de Teruel Urbano.
- Identificación: Registro de usuarios de Servicio de Admisión del centro de salud de Teruel Urbano.
- Muestreo: Aleatorio, estratificado por grupos de edad, de toda la población de Teruel Urbano (*ex post* se controlará la representatividad de la muestra).
- Tamaño muestral: Para un error tipo I de 0.05, una precisión de 0.05 y una población finita de 34000 usuarios del CS de Teruel Urbano, el tamaño muestral preciso será de 309 usuarios.

TIPO DE EVALUACIÓN

Retrospectiva, interna, obtención de datos: interna
Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas.

CRONOGRAMA

Fase / mes	Feb	Marz	Abr	May	Jun	Julio	Agost	Sept	Oct	Nov	Dicie	Ene03	Feb03
Diseño guía*	■	■	■	■	■	■	■	■					
Implantación								■	■	■	■		
evaluación													

*Diseño guía de práctica clínica:

1. Miembros del grupo multidisciplinar:

- Médicos de familia centro de salud de Teruel urbano
- Metodólogos
- Neumólogos
- Farmacéutica de atención primaria

2. Calendario Provisional:

Febrero 2002: estudios preliminares y búsqueda de avales

Marzo 2002: primeras reuniones grupo de estudio, para planificar guía, realizar reparto de tareas y elaborar calendario definitivo

Abril 2002: reunir evidencia y clasificar.

Mayo 2002: reunión equipo para realizar consenso de la evidencia y redacción preliminar de la guía que se envía a grupo de expertos.

Junio 2002: reunión del equipo para consensuar la opinión de los expertos, y redacción del documento de consenso.

Julio 2002: prueba piloto en centros de salud.

Agosto 2002: reunión del equipo para recoger resultados de prueba piloto y redacción del documento definitivo

División de las tareas:

Se realizará en la primera reunión. Elección del coordinador, y distribución del trabajo.

Formato de presentación:

Puesto que el destino son los profesionales médicos posiblemente tipo manual, pero se establecerá el definitivo en la reunión del equipo.

Estrategia de difusión:

Se realizará por todos los centros de salud inicialmente del área IV de Teruel y en Internet.

Criterios y plazos de evaluación:

Se planeará la revisión de la evidencia bianualmente y la realizarán parte de los miembros del equipo (se asignarán en la reunión del equipo).

La actualización de la guía dependerá de los resultados de dicha revisión.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Consecuencias del tabaco sobre la salud. Comité de expertos de la OMS sobre la lucha antitabáquica. Serie de informes técnicos 1972; nº 568.
2. Hughes JR, Stead LF, Lancaster TR. Anxiolytics and antidepressants in smoking cessation. The Cochrane Library. 1998. Issue 3
3. Hughes JR, Stead LF, Lancaster TR. Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Library. 2001. Issue 3
4. Silagy C, Lancaster TR, Stead LF. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library. 2001. Issue 3
5. <http://www.separ.es/publica.htm#Recomendaciones> SEPAR
6. Cabezas MC. Novedades en la intervención sobre el consumo de tabaco desde la atención primaria. Aten Primaria 2000; 25: 584-588
7. Clemente ML, Alonso JA, Córdoba R, Cortada J, Grandes G, Nebot M et Al. Descripción de las guías disponibles en España para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. Aten Primaria 1999; 24: 101-108
8. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20: 259-266
9. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. JAMA 1999; 281: 72-76
10. Raw M, McNeill A West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the health care system. BMJ 1999; 319: 183-185
11. <http://www.fisterra.com/guias.htm>

Revisiones Cochrane sobre las últimas evidencias de los tratamientos farmacológicos actuales, así como revisiones de diferentes guías sobre tabaquismo. Incluye metodología correcta para realizar una guía de práctica clínica, contando con expertos y metodólogos.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

1.- TITULO

Variabilidad de la práctica médica en la prescripción de fármacos antiulcerosos en cupos pequeños de la provincia de Teruel

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	Rafael Sánchez Arroyo		
Profesión	Técnico de Salud	Centro de trabajo	Gerencia de Atención Primaria de Teruel
Dirección	Avda. de América, 17		
Localidad	Teruel	Código postal y provincia	44002 – Teruel
Teléfono	978 621281	Fax	978 621413
		Correo electrónico	rsa1959@teleline.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María Elfau Mairal	Farmacéutica	Gerencia AP Teruel
Ismael Soguero García	Médico	C.S. Teruel Rural
Amparo Pérez Berna	Médico	C.S. Teruel Rural
Miguel Díaz del Cuvillo	Médico	C.S. Albarracín
M^a Carmen Malo Lou	Médico	C.S. Albarracín
Antonio Campo Mesa	Médico	C.S. Cantavieja
Pilar Gambaro Bello	Médico	C.S. Cantavieja
Julio Hurtado Grañén	Médico	C.S. Mosqueruela
Fco. Javier Villaroya Villagrasa	Médico	C.S. Muniesa
Maria Dolores Alcalá Roche	Médico	C.S. Muniesa
Benito Luño García	Médico	C.S. Utrillas
Jose M^a Lucas Boronat	Médico	C.S. Mora de Rubielos
M^a Antonia Ubide García	Médico	C.S. Santa Eulalia
Joaquín Vicente Mallén	Médico	C.S. Santa Eulalia
Jose Luis Ramos Lobera	Médico	C.S. Calamocha
Ana Cristina Navarro Gonzalvo	Médico	C.S. Calamocha
Rafael Sebastián García	Médico	C.S. Calamocha
Juan Jose Manero Perez	Médico	C.S. Cedrillas
Angel Sanz de Siria Catalán	Médico	C.S. Bágüena

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Los fármacos antiulcerosos constituyen uno de los grupos terapéuticos con mayor volumen de prescripción en Atención Primaria. En el Area de Salud de Teruel, con datos del año 2000, fue el tercero en número de envases (98.232, un 4,77% del total) y el primero en porcentaje del gasto total (unos 320 millones de pesetas, un 8,85 del total). Uno solo de los principios activos del grupo (omeprazol) es el que supone el mayor gasto en el Area (unos 152 millones de pesetas, el 4,22% del total), con un volumen importante de envases prescritos (39.184, el 1,90% del total).

Estudiando el consumo de estos medicamentos en nuestra Area de Salud a lo largo de los últimos años, se detecta una **gran variabilidad en la prescripción, tanto cuantitativa** (el mayor prescriptor receta un número de envases 6 veces mayor que el que menos lo hace), **como cualitativamente** (los perfiles de prescripción de los diferentes principios activos son totalmente heterogéneos).

Esta variabilidad puede explicarse en parte por las características de los pacientes tratados, la prevalencia de las patologías en los cupos considerados, la proporción de pensionistas, la accesibilidad de la población al médico y a los centros hospitalarios, el hábito prescriptor del médico, etc. Pero en nuestro medio disponemos de escasa información acerca de estas variables.

Existe un casi total **desconocimiento de la distribución y adecuación de las indicaciones** (tratamiento de úlceras, esofagitis, profilaxis de úlcera por AINEs, erradicación de H. pylori, etc.) de dichos fármacos en nuestro medio.

Además, **no se dispone de información sobre** la proporción de **prescripciones inducidas** por Atención Especializada, lo que dificulta el conocimiento del consumo realmente atribuible al Médico de Atención Primaria.

Finalmente, la existencia de numerosas especialidades genéricas en el grupo comentado abre las puertas a las posibilidades de sustitución en las oficinas de farmacia, fenómeno no siempre beneficioso desde el punto de vista del cumplimiento terapéutico y de su impacto económico. En el momento actual, en nuestra Area de Salud **no hay información sobre la sustitución de medicamentos en las oficinas de farmacia.**

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Determinar y cuantificar las causas que influyen en la variabilidad de la prescripción de antiulcerosos en los cupos pequeños seleccionados.
- Mejorar la identificación y medir la adecuación de las indicaciones terapéuticas y/o profilácticas.
- Controlar las prescripciones inducidas por Atención Especializada para ajustar los presupuestos individuales de farmacia.
- Reducir la variabilidad no explicada en la prescripción.
- Incrementar el uso de especialidades genéricas, de acuerdo a criterios de uso racional del medicamento.

5. - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- * Delgado Vila R. La variabilidad de la práctica clínica. Rev Calidad Asistencial 1996; 11:177-183.

La autora, de la Fundación Avedis Donabedian, hace una breve revisión de la experiencia existente en el estudio de la variabilidad de la práctica médica, incidiendo en aspectos relevantes de su medición y en las cuestiones metodológicas esenciales en el diseño de los estudios sobre la misma. Presenta en paralelo el elenco de posibles causas de variabilidad y las estrategias para disminuirla.

- * Marion Buen J, Peiró S, Marquez Calderón S, Meneu de Gullerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc) 1998; 110: 382-390.

Revisión pormenorizada de los factores explicativos de las variaciones en la práctica médica, clasificados según su origen. Además, se hace un análisis de las principales teorías explicativas, así como de sus limitaciones, perspectivas e implicaciones respecto a las estrategias para enfocarlas.

- * Erviti J. Estudio multicéntrico prescripción-indicación de antiácidos y antiulcerosos en Atención Primaria. Atención Primaria 1999; 24: 134-139.

Estudio realizado en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en el que se analiza la prevalencia de utilización de antiácidos y antiulcerosos en Atención Primaria y se estudia la adecuación entre la prescripción e indicación de dichos fármacos.

- * Sastre I, López R, Alonso A, Tarrazo JA. Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Atención Primaria. Aten Farm 2001; 3 (5): 350-62.

Trabajo de revisión realizado por profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

- * Sainz R, Borda F, Domínguez E, Gisbert JP y Grupo Conferencia Española de Consenso. Conferencia Española de Consenso sobre la infección por Helicobacter pylori. Rev Esp Enferm Digest 1999; 91: 777-84.

Recomendaciones acerca del tratamiento erradicador de la infección por Helicobacter pylori en pacientes con patología digestiva.

- * Welage LS, Berardi RR. Evaluation of omeprazole, lansoprazole, pantoprazole and rabeprazole in the treatment of acid-related diseases. J Am Pharm Assoc 2000; 40 (1).

Revisión bibliográfica sobre la eficacia y seguridad comparativa de los cuatro inhibidores de la bomba de protones omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol en el tratamiento de patologías digestivas. Da recomendaciones sobre los fármacos de elección.

- * Saturno PJ. Diseño e implantación de programas de gestión de calidad en los servicios de salud. Murcia. Universidad de Murcia, 1999.

Documentación del Master de gestión de la calidad de los servicios de salud. Módulo correspondiente al diseño e implementación de programas de calidad

Anexo 2	DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA Oficina de Registro 23 MAY 2002 ENTREGA	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	---	--

1.- TITULO

ADECUACION EN LA PETICIÓN DE PRUEBAS ANALÍTICAS EN EL PACIENTE DISLIPÉMICO.
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN.

2.1-RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Nombre y Apellidos: ANDRESA GIL DOMINGO

Profesion: MEDICO **Centro de Trabajo:** CENTRO SALUD CALAMOCHA

Dirección: PASEO SAN ROQUE S/Nº

Localidad: CALAMOCHA **Código Postal y provincia:** 44200-TERUEL

Teléfono: 978-73-10-14 **Fax:** 978-73-12-81 **Correo electrónico:**

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesion	Centro de trabajo
AURITA AURIA LAMBAM	MEDICO	C.S. CALAMOCHA
ANDRESA GIL DOMINGO	MEDICO	C.S. CALAMOCHA
M ANGELES HERRERO GIL	MEDICO	C.S. CALAMOCHA
EMILIO JIMENEZ MAREEN	MEDICO	C.S. CALAMOCHA
CRISTINA LUEZA LAMPURLANES	MEDICO	C.S. CALAMOCHA
ANA CRISTINA NAVARRO GONZALVO	MEDICO	C.S. CALAMOCHA
JOSÉ LUIS RAMOS LOBERA	MEDICO	C.S. CALAMOCHA

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

1. Solicitud de demasiados parámetros en los controles de pacientes dislipémicos ya diagnosticados.
2. Intervalos interanalíticos demasiado reducidos en algunos pacientes - ancianos- y demasiado largos en otros -adultos y jóvenes.
3. ¿ Se controlan mejor los que se hacen más análisis?.
4. ¿ Hacer más analíticas conlleva aumento de los tratamientos farmacológicos?.
5. ¿Es un problema de educación sanitaria?.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Uso adecuado de recursos humanos y materiales.
2. Consensuar y/o mejorar protocolo de inclusión y seguimiento de paciente dislipémico.
3. Contribuir a disminuir la frecuentación innecesaria en la consulta diaria.
4. Mentalizar al paciente sobre éste y otros factores de riesgo cardiovascular.
5. Disminuir la morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular.

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

1. Decisión de continuar la comisión de evaluación con los mismos miembros. Se decide trabajar los meses de Diciembre y Enero, todos los días de 9 a 10 de la mañana. Posteriormente un día a la semana, queda fijado los martes.

2. Elaboración de criterios. Enero de 2002.

3. Diseño de estudio de evaluación de calidad: Recogida, análisis y discusión de los datos obtenidos, Febrero y Marzo de 2002.

4. Diseño de intervención. De acuerdo a los resultados, se propondrán las soluciones que nos parezcan más oportunas a la comisión, posteriormente se debatirán con el resto del equipo, hasta obtener las conclusiones definitivas que se elaborarán ya como parte del trabajo habitual. Abril y Mayo del 2002.

5. Implantación de la intervención diseñada. Se realizará desde el momento de la toma de decisión hasta Diciembre.

6. Reevaluación en Enero y Febrero del 2003. Se utilizarán los mismos criterios.

7. Según las conclusiones, se iniciará otro ciclo de mejora o se modifica el protocolo de actuación.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1.- Martín Zurro, A. Atención Primaria . Conceptos , Organización y práctica clínica. 4ª edición. Barcelona 1999.

2.- Saturno, P.J. Concepto y Medición de la Calidad. Misión, Visión y Diseño de Líneas Estratégicas en los Centros de Atención Primaria. Universidad de Murcia.

3.- Zurro Hernández, Javier, De Santiago-Juárez López, José Antonio, Cañones Garzón, Pedro. Curso de autoevaluación de la calidad asistencial en consultas. Comisión de Formación Continuada. Sistema Nacional de Salud.

4.- Gonzalez Daquino A. Calidad total en Atención Primaria de Salud. Ed. Díaz de Santos, 1994.

5.- Comisión de Mejora de la Calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria , "Al otro lado...de la mesa. La perspectiva del cliente", Ediciones Doyma, S.A. Barcelona, 2000.

6.- Palmer, R.H., "Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica", Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

7.- Vuori, H.V., "El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología", Masson, S.A., 1988.

8.- Ishikawa, K., "Introducción al control de calidad", Ediciones Diaz de Santos, S.A., 1994.

9.- FMC, Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Ediciones Doyma.

6.-RECURSOS SOLICITADOSY VALORACION ECONOMICA

Materiel inventariable	Euros
IMPRESORA	105
SCANNER	113
CAÑON MULTIFUNCIONAL PARA TRANSPARECIAS	2866
TAON P/S2	7.3
Materiel fungible	
CAJAS CD,s (10)	7.8
CAJAS TRANSPARENCIAS	118
IVA	514.6
TOTAL	3730.65
Viajes y dietas	
Otros gasto	

TOTALES

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

La hipercolesterolemia debe ser considerada en el seno de otros factores de riesgo (HTA, DM, tabaquismo) y de ahí la importancia de evaluar el riesgo cardiovascular global, es decir, la probabilidad de padecer las enfermedades arterioescleróticas más importantes (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica) en un periodo de tiempo, generalmente de 5 a 10 años.

La valoración del riesgo cardiovascular debería realizarse preferentemente en Atención Primaria. Sin embargo, hemos identificado en nuestro EAP como oportunidad de mejora que no era esta una actividad que viniéramos realizando de una manera sistemática ni normalizada en prevención primaria de enfermedad arterioesclerótica en pacientes hipertensos, diabéticos e hipercolesterolémicos.

Por otro lado, la publicación del Documento de Consenso "Control de la colesterolemia en España, 2000" *Rev Esp Salud Pub* 2000, 74:223-261 nos brinda una herramienta especialmente útil para abordar este proyecto dentro de nuestro ámbito.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1.- Valoración del Riesgo Coronario según la "Tabla de Riesgo Coronario en prevención primaria de las Sociedades Europeas de Cardiología, Arterioesclerosis, Hipertensión, Medicina de Familia/General y la Sociedad Internacional de Medicina del Comportamiento", a todos los pacientes susceptibles incluidos en los Servicios de Hipertensión, Diabetes e Hipercolesterolemia.

2.- Reevaluación del tratamiento tanto hipotensor como hipolipemiente de todos los pacientes valorados que presenten riesgo coronario alto o muy alto.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002)
---------	--

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

PLAN DE MEJORA

- 1.- Sesiones clínicas para exponer el Documento de Consenso "Control de la colesterolemia en España, 2000" *Rev Esp Salud Pub* 2000; 74:223-261
- 2.- Elaboración del censo de pacientes que componen la población diana partiendo de los datos de Cartera de Servicios.
- 3.- Diseño de la Hoja Individual de Registro de Riesgo Coronario para incluir en la Historia Clínica de los pacientes incluidos en la población diana
- 4.- Desarrollo de la actividad de determinación del riesgo coronario de cada paciente y reevaluación del tratamiento si procede utilizando el Registro previamente diseñado
- 5.- Evaluación de los resultados

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Documento de Consenso "Control de la colesterolemia en España, 2000" *Rev Esp Salud Pub* 2000; 74:223-261.

Elemento básico para este Proyecto aportando los criterios mas actuales y consensuados por diversas sociedades científicas en cuanto a recomendaciones de control del colesterol en nuestro medio.

- Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud.
Universidad de Murcia
U.D. de Medicina Preventiva y Salud Pública
Departamento de Ciencias Sociosanitarias
Facultad de Medicina

Aporta la base metodológica para desarrollar cualquier proyecto de mejora de calidad

1.- TÍTULO

GESTIÓN POR PROCESOS EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UTRILLAS SEGÚN EL MODELO DE EXCELENCIA DE LA FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos BENITO LUÑO GARCÍA
 Profesión MÉDICO Centro de trabajo C.S. UTRILLAS
 Dirección AVDA. VALENCIA S/N
 Localidad UTRILLAS Código postal y provincia 44760 TERUEL
 Teléfono 978 758212 FAX 978 757166 Correo electrónico med008828@nacom.es

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de Trabajo
LUCIA BARTOLOMELALANZA	PEDIATR.	C.S. UTRILLAS
ANA CALVO ABANTO	D.U.E.	"
LORENZO CLADERA CRESPI	MEDICO	"
ALBERTO COMPES LORENTE	MEDICO	"
FRANCISCO CORTES LOPEZ	MEDICO	"
WENCELAO GOMEZ LOPEZ	D.U.E.	"
ELVIRA IBÁÑEZ CUBERO	MEDICO	"
LUIS FERNANDO MARIN HERRERO	MEDICO	"
ISABEL MINGUILLON SANZ	D.U.E.	"
Mª ANGELES MONTON ESCOLANO	D.U.E.	"
GEORGES NASSAR AILAN	MEDICO	"
Mª VICTORIA RUBIELLA RAMOS	D.U.E.	"
ANGELES MIGUEL	D.U.E.	"

3.1. - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Iniciación en la Gestión por Procesos en un Centro de Atención Primaria, para la aproximación al Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

3.2. - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo principal (en el 2002):

Iniciar al Equipo de Atención Primaria de nuestro Centro en la Gestión por Procesos.
Desarrollar los niveles 1, 2 y 3 siguiendo la metodología IDEF (Integration Definition for Function Model)

Objetivos intermedios:

- Identificar los procesos clave del EAP, los que ayudan a cumplir la misión del Centro
- Identificar los los procesos estratégicos que den soporte a los clave; establecer directrices y guías.

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

La primera fase del plan de mejora ha consistido en la voluntad del EAP de iniciar un cambio en la gestión.

Este cambio conlleva la confección de un **mapa de procesos**, donde se mostrarán los procesos clave, que nos ayuden a cumplir la misión del Equipo (nivel 1).

Cada uno de los procesos desarrollará subprocesos (nivel 2) y cada subproceso contendrá un manual de procedimientos (nivel 3) que representaremos en forma de diagrama de flujo.

Una vez identificados los procesos hasta el nivel 3, se intenta automatizar los procesos; para esto contaremos con la informatización del Centro, actualmente en proceso de instalación.

En la segunda fase se nombrarán los responsables de cada proceso.

Posteriormente, se recibe formación en conocimientos y habilidades para completar el ciclo de gestión.

Estas actividades tienen como objetivo final un proceso en control, con indicadores claros para poder evaluar.

La implementación de cada proceso, para su automatización y gestión de cambio, exige una continuidad en el tiempo, por lo que es necesario más de un año para completar el ciclo de gestión (ciclo de Hardware)

Enero 2002	febrero	marzo	abril	mayo	junio	... diciembre 2002
Presentación proyecto						
Mapa de procesos del EAP						
			Formación		Iniciar ciclo de gestión	
				Presentación actividades		

5.-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA.

- 1.-Daniel i Diez,J.,et al. Gestión por procesos en un Equipo de Atención Primaria.Rev Calidad Asistencial 1999;14:157-254
- 2.-Zabala Aizpurúa,I... et al. Proceso asistencial del parto eutócico. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:279-287
- 3.-Duran i Navarro, J. Evaluar la calidad de gestión en atención primaria. Jano 1995; XLIX: 37-47
- 4.-Casado Pérez, P... et al. Gestión de Calidad en Atención Primaria. SEMERGEN, 2001;:108-112

Aunque es corta, esta bibliografía reúne datos conceptuales ilustrados con ejemplos, que permiten llegar a entender el concepto de la gestión por procesos y cómo puede aplicarse en el terreno de la Atención Primaria.

6 - RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

<u>Material inventariable</u>	<u>Pesetas</u>
Cañón-proyector tipo Cannon	490.000
<u>Material fungible</u>	
<u>Viajes y dietas</u>	
<u>Otros gastos</u>	
TOTAL PESETAS	490.000