

INDICE DE PROYECTOS DE ZARAGOZA 2_2003

011_2003 "Proyecto para la Mejora del Proceso de Atención al Paciente con Insuficiencia cardiaca mediante la adaptación e implantación de una Guía de Práctica Clínica que coordine y optimice los recursos de los tres niveles asistenciales: Atención Primaria, Cardiología Ambulatoria y Hospitalaria" del C.S Torre Ramona	Pag. 2 a 16
022_2003 "Mejora del Plan Terapéutico Farmacológico en los pacientes que usan la cartilla de largo tratamiento (CLT) y optimización del gasto farmacéutico en el Centro de Salud de Torrero-La Paz"	Pág. 17 a 21
029_2003 "Proyecto para mejorar la revisión del Pie Diabético en la consulta de enfermería de la áreas 2 y 5 de Zaragoza" del CS Las Fuentes Norte	Pag. 22 a 33
070_2003 "Mejora de la prescripción crónica evaluación de la cartilla de largo tratamiento" del C.S San Pablo	Pág. 34 a 38
089_2003 "Proyecto de Mejora del proceso de atención al paciente que usa inhaladores desde la Atención Primaria" del C.S. San José Centro	Pag. 39 a 41
090_2003 " Proyecto de Mejora en la prescripción de antibióticos en la infección del tracto urinario en el Centro de Salud de San José Norte"	Pág. 42 a 51
091_2003 "Proyecto de Mejora en la prescripción de antibióticos en la infección del tracto urinario en el Centro de Salud de San José Centro"	Pag. 52 a 58
092_2003 "Control y educación del niño asmático en Atención Primaria" del C.S Las Fuentes Norte	Pág. 59 a 63
015_2003 " Proyecto de Mejora de la asistencia del infarto agudo de miocardio en el Servicio de Urgencias" del H.U.M.S	Pag. 64 a 67
016_2003 "Proyecto de Mejora de la Información al Cliente Interno y Externo en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista" del H.U.M.S	Pág. 68 a 74
026_2003 "Diseño de un Plan de Gestión de Calidad en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet. Creación de un marco de modelización para la implantación de las normas ISO 9000/2002" del H.U.M.S	Pag.75 a 97
028_2003 "Proyecto-Programa de cirugía mayor ambulatoria, dentro de un servicio de cirugía torácica" del H.U.M.S	Pág. 98 101
032_2003 "Desarrollo de una Vía Clínica del Paciente con Obstrucción intestinal en los Servicios de Cirugía del Hospital Universitario Miguel Servet" del H.U.M.S	Pag. 102 a 109
041_2003 " Mejora de la continuidad de la asistencia entre niveles e información al paciente con ictus" del H.U.M.S	Pág 110 a 114
042_2003 "Solicitud de renovación y ampliación del proyecto: Atención al accidente isquémico transitorio en el Hospital Miguel Servet. Zaragoza"del H.U.M.S	Pag. 115 a 119
025_2003 "Consenso para el diagnóstico y tratamiento del paciente con lumbalgia entre Atención Primaria y el Departamento de Rehabilitación" del H.U.M.S	Pág. 120 125
062_2003 "Diseño de un Plan de Gestión de Calidad. Modelización de Programas de Gestión de Calidad en Servicios Hospitalarios del Área Médica. Estructuración siguiendo el modelo EFQM" del H.U.M.S	Pag. 126 a 150

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

1.- TITULO:

“PROYECTO PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA”

Mediante la adaptación e implantación de una Guía de Práctica Clínica que coordine y optimice los recursos de los tres niveles asistenciales: Atención Primaria, Cardiología Ambulatoria, y Hospitalaria.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Nombre y apellidos: **AMOR MELGUIZO BÉJAR**

Profesión: **Médico de Familia** Centro de Trabajo: **Centro de Salud Torreramona**

Dirección: **C/. Petunia s/n**

Localidad: **Zaragoza** Código postal y provincia: **Zaragoza**

Teléfono: **976 591128** Fax: **976 595485** Correo electrónico: **amormelguizo@able.es**

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA:

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Blanco Aguilar, Gloria	D.U.E.	C.S. Torreramona
Calvo Cebollero, Isabel	Médico cardiólogo	Hospital “Miguel Servet”
Forcén Beltrán, María José	D.U.E.	C.S. Torreramona
Gil Train, María Jesús	D.U.E.	C.S. Torreramona
González Viejo, Natividad	Médico de Familia	C.S. Torreramona
Guelbenzu Morte, Javier	Médico de Familia	C.S. Torreramona
Magdalena Belío, José Félix	Médico de Familia	C.S. Torreramona
Romero Alvira, David	Medico cardiólogo	Hospital “Miguel Servet”

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS:

1. Desconocimiento de las expectativas y necesidades de los pacientes y de la sociedad / comunidad.
2. Falta de registro y codificación del diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en el Centro de Salud.
3. Es un proceso "gran consumidor" de recursos asistenciales
4. Precariedad de estadísticas a nivel español y aragonés.
5. Falta de criterios de diagnóstico y de tratamiento unificados.
6. Necesidad de formación actualizada por parte de los médicos y enfermeras de A.P, El seguimiento de estos pacientes es complejo y a menudo frustrante.
7. Escasa coordinación entre los niveles asistenciales.
8. Ausencia de criterios de derivación elaborados y consensuados (medicina-enfermería, atención primaria-atención especializada).
9. Concretar parámetros de control en Consulta enfermería, así como signos de alarma para derivar a Consulta Médica.
10. Escasa información a los pacientes y a la sociedad (comunidad) sobre el proceso.
11. Necesidad de educación para la salud.
12. Las Guías de Práctica Clínica publicadas no dan suficiente respuesta a estos problemas detectados.
13. La investigación clínica es muy escasa en nuestro medio.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR:

1. Desarrollo de metodología para la mejora de los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca, que se concrete en la elaboración de una nueva Guía de Práctica Clínica o en la adaptación a nuestro entorno de alguna de las ya existentes.
2. Identificar las necesidades de las partes interesadas con el fin de mejorar la comunicación y detectar los puntos críticos en la interrelación multidisciplinar.
3. Innovación / investigación en el conocimiento de la Insuficiencia Cardíaca.
 - ✦ **Específicos:**
 - * conocer las expectativas de los pacientes
 - * identificar pacientes en riesgo de padecer Insuficiencia Cardíaca
 - * identificar y codificar a los pacientes diagnosticados
 - * adecuación de las pruebas complementarias.
 - * evitar la repetición innecesaria de pruebas complementarias
 - * aplicar un plan terapéutico óptimo y personalizado.
 - * identificar etiología, y causas de Insuficiencia Cardíaca Secundaria para aplicar tratamiento específico.
 - * identificar causas de descompensación
 - * dotarnos de una guía de trabajo para atender el proceso
 - * prolongar la supervivencia de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
 - * mejorar la calidad de vida de los pacientes.
 - * disminuir las hospitalizaciones por Insuficiencia Cardíaca
 - * mejorar la información a pacientes y familiares
 - * desarrollar actividades de educación para la salud
 - * información a la comunidad

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

1. Constitución del equipo de mejora interdisciplinar.- Asignación de tareas.
2. Definir indicadores esenciales de referencia al inicio del proceso, incluyendo la percepción de los pacientes.
3. Determinar los **Resultados** que se quieren lograr.
4. Planificar y desarrollar una serie de **Enfoques**:
 - a) Paciente
 - c) Sociedad-administración
 - d) Necesidades y expectativas de los profesionales
5. **Desplegar** los enfoques.- Actividades:
 - 5.1.- Asesoría (Formación) sobre Trabajo en Equipo y Mejora Continua.
 - 5.2.- Entrevista / cuestionario para conocer el punto de vista de los pacientes.
 - 5.3.- Recabar información – Solicitar cooperación – Devolver información
 - 5.4.- Establecer comunicación con otras partes interesadas: servicio de radiología, de análisis clínicos, enfermería ambulatorio, servicios de urgencias.
 - 5.5.- Documentación / actualización bibliográfica continua para adoptar la mejor evidencia científica.-
 - 5.6.- Reuniones mensuales del equipo de mejora, trabajando previamente los temas individualmente y después puesta en común.
 - 5.7.- Discusión (análisis) de Historias Clínicas aportadas por los diversos miembros del equipo, con el objetivo de:
 - 5.7.1.- Consultar dudas de diagnóstico o de tratamiento
 - 5.7.2.- Plantear problemas de coordinación o comunicación
 - 5.7.3.- Evaluar el cumplimiento de las metas y sus dificultades
 - 5.7.4.- Plantear temas de investigación
 - 5.8.- Adaptación de una Guía de Actuación Clínica para Atención Primaria, Cardiología y Enfermería, adaptada a la población aragonesa y a los recursos disponibles.
 - 5.9.- Desarrollo de alianzas con otros grupos para compartir el conocimiento y obtener beneficios mutuos.
 - 5.10.- Divulgación de resultados.
 - 5.11.- Diseño de al menos un proyecto de investigación que consiga una publicación anual.
6. **Evaluación y Revisión** de los enfoques utilizados, basándose en el seguimiento y análisis de los resultados alcanzados y en las actividades continuas de aprendizaje. En función de todo ello, identificar, establecer prioridades, planificar e implantar las mejoras que sean necesarias.

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

TAREAS	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.- Asignar tareas	IX+I											
2.- Definir indicadores	III+IV+VI+VII+X											
3.- Resultados			IX+I									
4.- Enfoques	IX+I											
5.- Despliegues:												
5.1.- Formación		I					I					
5.2.- Cuestionario		IX+II+IV+V										
5.3.- Información	IX+VII				IX+VII							IX+VI I
5.4.- Comunicación	←				IX+VI+VII		→					
5.5.- Documentación	III+X		VIII+X		III+X		VIII+X		III+X		VIII+X	
5.6.- Reuniones	I		I		I		I		I		I	
5.7.- Historias C.		I		I		I		I		I		I
5.8.- Guía Clínica	I+III											
5.9.- Alianzas				IX+X								
5.10.- Divulgar												X
5.11.- I+D						I+X						
6.- Evaluación y Revisión										IX+I		

I.-	Todo el grupo	VI.-	Gonzalez, Natividad
II.-	Blanco, Gloria	VII.-	Guelbenzu, Javier
III.-	Calvo, Isabel	VIII.-	Magdalena, J. Félix
IV.-	Forcén, M ^a José	IX.-	Melguizo, Amor
V.-	Gil, M ^a Jesús	X.-	Romero, David

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA:

COMENTARIO:

La explicación fisiopatológica del síndrome evolucionó desde el antiguo modelo de retención de fluidos hasta el modelo hemodinámico y, por último, al reconocimiento de la importancia de las endotelinas y al nuevo modelo de insuficiencia cardiaca basado en la apoptosis. Packer M. 2000.

Lo más importante que se ha de recordar es que el tratamiento depende de la concepción que se tenga de la enfermedad, y que la evolución de este concepto hace concebir unas expectativas muy prometedoras para estos pacientes.

Hay muy importantes ensayos clínicos a nivel mundial para seguir estudiando la fisiopatología de la IC y de su tratamiento farmacológico. Cohn J, 2000.

Otras líneas de trabajo son la de los programas de ejercicio físico y la de las medidas preventivas y de educación para la salud. Roberta K., 1997.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA. (Continuación)....

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la bibliografía sobre guías de práctica clínica, las cuales se han analizado en primera instancia para decidir cuál de ellas se adaptaría mejor a nuestros recursos y a las condiciones socio-culturales de nuestros pacientes.

La importancia y dificultad de esta decisión viene de que la mejoría pronóstica demostrada en los ensayos clínicos (CONSENSUS, SOLVD), no se ha reflejado hasta el momento en una mejora en grado similar en la población general con insuficiencia cardiaca.

Aunque evidentemente los pacientes incluidos en los ensayos clínicos no tienen las mismas características que los de la población general (edad, comorbilidad, cumplimiento del tratamiento...), diversos estudios han demostrado que el porcentaje de pacientes que "en la vida real" se beneficia del tratamiento demostrado como eficaz en los ensayos es bajo, aunque no se objetiven contraindicaciones para el mismo.

Asimismo aún en los pacientes a los que se les aplica el tratamiento, con frecuencia las dosis utilizadas no son las adecuadas, o no se siguen los controles necesarios, o el paciente no cumple adecuadamente las prescripciones (en muchos casos por falta de la información necesaria). En conjunto, se ha observado mucha variabilidad en la práctica médica para atender el síndrome.

Por estos motivos, la bibliografía aconseja el uso de directrices o guías de práctica clínica para el control de la IC, además de por su elevada incidencia y a que existe una alta posibilidad de ahorro en sus costes.

El reto está en crear documentos que se enfoquen a las necesidades de los pacientes, que sean relevantes y aceptables para múltiples disciplinas y que respondan a la peculiaridad de las características y respuestas del paciente individual.^{Field M, 1992}

Otro tema de interés recogido en la bibliografía es la polémica en cuanto a qué profesionales logran mejores resultados en la atención a estos pacientes (cardiólogos, internistas, médicos de familia...). Este proyecto tiene en cuenta lo publicado e intenta ayudar en las respuestas a esta pregunta, optando por la acción coordinada.

De especial interés el estudio epidemiológico a nivel nacional de F. Rodríguez Artalejo y otros publicado en la Revista Española de Cardiología (2000;53: 776-782), en el que se estudian las hospitalizaciones y mortalidad producida por ICC en España, analizando la variación en las 50 provincias españolas y examinado algunos de sus posibles determinantes, como la situación socio-económica.

Destacamos la Conclusión del trabajo: "Existe un gran potencial de reducción de la carga hospitalaria y demográfica de la IC en España. El control de la enfermedad isquémica del corazón y la reducción de las diferencias geográficas en el estado socioeconómico probablemente pueden contribuir a disminuir la carga sanitaria de la IC en España"

En el Editorial de la Revista Española de Cardiología (2000; 53: 767-769), I.J.Ferreira Montero abunda en la importancia de adquirir la epidemiología de la IC crónica y en las dificultades que entraña, así como de, sin dejar de lado la investigación de nuevas terapéuticas, profundizar con mucha mayor intensidad en su prevención.

BIBLIOGRAFIA

"Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult".
A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). November 2001.
http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm

"Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure".
Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure,
European Society of Cardiology. W. J. Remme and K. Swedberg
(Co-Chairmen).
European Heart Journal (2001) 22, 1527-1560
doi:10.1053/euhj.2001.2783
<http://www.idealibrary.com>

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA. (Continuación)....

"Guía de insuficiencia cardíaca".

Rodríguez Fernández JA, Aldamiz-Echevarría Iraurgi B, Pereira Santelesforo S, Caeiro Castelao. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"-Marítimo de Oza- SERGAS- España. 2001
www.fisterra.com/guias2/icc.htm

"Guideline for the Management of Heart Failure Caused by Systolic Dysfunction: Part I. Guideline Development, Etiology and Diagnosis"

William E. Chavey II, M.D., M.S., Caroline S. Blaum, M.D., M.S., Barry E. Bleske, Pharm. et al... University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.
American Family Physician. September 1, 2001 / volume 64, number 5.

"Guideline for the Management of Heart Failure Caused by Systolic Dysfunction: Part II. Treatment"

William E. Chavey II, M.D., M.S., Caroline S. Blaum, M.D., M.S., Barry E. Bleske, Pharm. et al... University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.
(Am Fam Physician 2001;64:1045-54.)

Anguita Sánchez M, Vallés Belsúe F. ¿Quién debe tratar la insuficiencia cardíaca? Rev Esp Cardiol 2001; 54: 815-81

Anguita Sanchez M. Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. Presidente del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología.

"Situación actual y nuevos avances en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva". Monografía.

Sociedad andaluza de cardiología. Revista numero 36 Mayo - 2.001
<http://www.sacardiologia.org/>

"La insuficiencia cardíaca. Manual práctico para pacientes y cuidadores".

Elaborado por El Área del Corazón y la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Complejo Hospitalario "Juan Canalejo" y Marítimo de Oza - SERGAS - A Coruña - España. 2001.
<http://www.fisterra.com>

Blue Lynda, specialist nurse, Lang Elanor, Specialist nurse, McMurray John, professor of medical cardiology et al... Department of Cardiology, Western Infirmary, Dumbarton Road, Glasgow G12 6NT. Robertson Centre for Biostatistics, University of Glasgow, Glasgow G12 8QQ. Greater Glasgow Health Board, Dalian House, Glasgow G3 8YT

"Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure". BMJ 2001;323:715-718 (29 September 2001).

"A guideline developers handbook". Evidence-based Guideline.

SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). SIGN Publication No. 50.

Published February 2001.

<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/50/index.html>

Navarro López, Francisco (coordinador); De Teresa, Eduardo; López-Sendón, José Luis; et al.. Sociedad española de cardiología 2001

" Guías de practica clínica de la sociedad española de cardiología en insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico".

http://www.secardiologia.es/guias/i_cardiaca.html

Medicine. 8ª serie. Marzo 2001. Enfermedades cardiovasculares (I) y (II). Numero 37, pp:1933 -1988, numero 38, pp: 1987 - 2046.

"Insuficiencia cardíaca en Atención Primaria" (I).

José Luis Llisterri Caro, Gustavo Rodríguez Roca, Francisco Javier Alonso Moreno, Luis Rodríguez Padial, Vivencio Barrios Alonso.

SEMERGEN: 2000. 26: 5-13

"Insuficiencia cardíaca en Atención Primaria" (II).

José Luis Llisterri Caro, Gustavo Rodríguez Roca, Francisco Javier Alonso Moreno, Luis Rodríguez Padial, Vivencio Barrios Alonso.

SEMERGEN 2000; 26: 66-76

Ferreira Montero, I.J.: Insuficiencia cardíaca mayor morbilidad, menor mortalidad. ¿Vamos por el buen camino? Rev. Esp. Cardiol 2000;53:767-769)

Packer M. Principios fisiopatológicos de la Insuficiencia Cardíaca. In: Fuster V, editor. Grandes temas de la Cardiología 31st ACC New York Cardiovascular Symposium. 1ed Barcelona:Medical Trends;2000.p.81-89.

Cohn J Estrategias terapéuticas y ensayos clínicos en curso en la Insuficiencia Cardíaca. In: Fuster V, editor. Grandes temas de la Cardiología 31st ACC New York Cardiovascular Symposium. 1ed Barcelona:Medical Trends; 2000.p.91-102

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA. (Continuación)....

Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, del Rey Calero J. Variación geográfica en las hospitalizaciones y en la mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva en España. 1980-1993. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 776-782.

"Evidence grading system". ISCI (Institute for clinical systems improvement). Greer N, Mosser G, Logan G, Halaas G. Joint commission journal on quality improvement. Volume 26: 700-712. 2000.
http://www.icsi.org/methods/ev_grade.pdf

"Congestive heart failure in adults". Health care guideline. ISCI. Stephen Kopecky, MD. Mayo Clinic. Work group leader. General implementation november 2000.
<http://www.ISCI.org>

Shamsham Fadi, MD., and Mitchell Judith, MD. State University of New York Health Science Center at Brooklyn. Brooklyn. New York.
"Essentials of the Diagnosis of Heart Failure". American Family Physician. March 1, 2000.

"Consensus recommendations for the management of chronic heart failure". Advisory Council To Improve Outcomes Nationwide In Heart Failure (ACTION HF) - Am J Cardiol 1999 Jan 21;83(2A):1A-38A

Modelo EFQM de excelencia.(versión en vigor desde 22/04/1999)
<http://tqm.es/TQM/ModEur/ModeloEuropeo.htm>
<http://www.clubcalidad.es/sello.htm>

"Diagnosis and treatment of heart failure due to left ventricular systolic dysfunction". Evidence-based Guideline SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Clinical Guidelines No. 35. February 1999. 9 Queen Street, Edinburgh EH2 1JQ.
Website address: <http://www.sign.ac.uk>
<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/PDF/sign35.pdf>

E. Braunwald. Heart Failure Chapter 233. In Harrison's Principles of Medicine Interne. 14th edition. 1998. pp: 1287-1298

Juncadella Garcia E., Vilardell Tarres M.,
"Patología cardiovascular en Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clínica". Martín Zurro A. y Cano Pérez J.F.
Ediciones Harcourt Brace. 1999. volumen 2. pp: 873 – 909.

"Ejercicio físico en la insuficiencia cardíaca". Grupo de trabajo de I.C. de la Sociedad Española de Cardiología. Centro andaluz de medicina del deporte. Consejería de Turismo y Deporte. Junta de Andalucía. 1999. Edita Roche-Farma. Travesera de les Corts, 39-43. 08028.Barcelona.

"Recomendaciones preventivas cardiovasculares: aplicaciones prácticas del riesgo cardiovascular". F. Villar Álvarez et al. Del Grupo de Prevención Cardio-pulmomar del PAPPS. Atención Primaria. Vol. 24. Suplemento 1, diciembre 1999

Lupón Rosas,J., González Fernández B.,
"La insuficiencia cardíaca. Guía practica para el paciente y su entorno". Edita Roche-Farma. Travesera de les Corts, 39-43. 08028 Barcelona.

Pérez-Cerezal Moreno M.
"Estilos de vida saludables: la dieta". Ediciones Ergon.1997.

"Insuficiencia cardíaca" (monografía de la semFYC). Lobos Bejarano José María, coordinador del grupo de insuficiencia cardíaca de la semFYC. EdiDe. Casanova, 191. 08036. Barcelona. 1997.

Roberta K, Oka,RN, DNSc. Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Aspectos clínicos actuales. Medical Trends,SL, 1997pag. 53-61.

Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, Del Rey Calero J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain. Eur Heart J 1997; 18: 1771-1779.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA. (Continuación)....

Brotons C, Moral I, Ribera A, Pérez G, Cascant P, Bustins M et al. Tendencias de la morbimortalidad por insuficiencia cardiaca en Cataluña. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 972-976.

"Diagnosis and management of heart failure". Canadian Cardiovascular Society. Johnstone DE, Abdulla A, Arnold JM, Bernstein V, Bourassa M, Brophy J, et al. Division of Cardiology, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia. Can J Cardiol 1994;10(6):613-31

Kannel WB, Ho K, Thom T. Changing epidemiological features of cardiac failure. Br Heart J 1994; 72 (Supl): S3-9.

Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. J Am Coll Cardiol 1993; 22 (Supl A): 6-13.

Bangdiwala SI, Weiner DH, Bourassa MG, Friesinger GC, Ghali JK, Yusuf S, for the SOLVD Investigators. Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) Registry: rationale, design, methods and description of baseline characteristics. Am J Cardiol 1992; 70: 347-353.

Field M, Lohr K, eds. Guidelines For Clinical Practice: From Development to Use. Washintongton, DC: Institute of Medicine, National Academy Press, 1992.

Schocken DD, Arrieta MI, Leaverton PE, Ross EA. Prevalence and mortality rate of congestive heart failure in the United States. J Am Coll Cardiol 1992; 20: 301-306.

Kannel WB, Belanger AJ. Epidemiology of the heart failure. Am Heart J 1991; 121: 951-957.

Kannel WB, Belanger AJ. Epidemiology of the heart failure. Am Heart J 1991; 121: 951-957.

"Manual de educación sanitaria del paciente".
Capítulo 2: Trastornos cardiovasculares; pp: 30 – 90
Lassner k. (ediciones Doyma).1989.

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

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA:	
Material inventariable	
<ul style="list-style-type: none"> • 1PC portátil • Cañón de proyección 	1.600€ 2.400 €
Viajes y dietas:	
<ul style="list-style-type: none"> • Inscripción Congresos 	2.000 €

TOTAL EUROS	6.000
--------------------	--------------

ANEXOS a la Solicitud:	
I.- Justificación del Proyecto	Pág. 1 a 5
II.- Documentos identificativos del grupo de Trabajo	Pág. 1 a 3

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003)**TITULO DEL PROYECTO:**

“MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA”
Mediante la adaptación e implantación de una Guía de Práctica Clínica que coordine y optimice los recursos de los tres niveles asistenciales: Atención Primaria, Cardiología Ambulatoria, y Hospitalaria

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: Amor Melguizo Béjar

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- I. Desarrollo de metodología-elaboración de una Guía de Práctica Clínica adaptada a nuestro entorno,
 - II. Identificar las necesidades de las partes interesadas - pacientes, administración, profesionales - con el fin de mejorar la comunicación y detectar los puntos críticos en la interrelación multidisciplinar.
- II. I + D

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Constitución del equipo-Asignación de tareas.
- Definición de indicadores.
- Revisión de Historias Clínicas
- Reuniones con grupos de pacientes
- Entrevistas en domicilio a los pacientes encamados-inmovilizados
- Reuniones del equipo de mejora para puesta en común y debate.
- Borrador de la Guía

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Continuidad y cohesión del grupo de mejora
- Aproximación a los pacientes, conociendo sus opiniones y expectativas
- Mejor relación y servicio a los pacientes
- Mejora de las relaciones inter-disciplinares
- Mejora de la capacitación científico-técnica del grupo
- Borrador de la Guía

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Respecto al cronograma presentado, el punto de arranque es el mes de mayo de 2002 (fecha de admisión del Proyecto), encontrándonos actualmente en el mes 8, siendo la descripción de las acciones previstas la siguiente:

- Trabajo de Educación para la salud con grupos de pacientes: conocimiento de su enfermedad, alimentación, medicación...
- Idem con familiares-cuidadores de los pacientes dependientes
- Terminar la Guía y aplicarla
- Divulgar resultados: presentación de la Guía a los profesionales interesados.
- Coordinación con Servicio de Laboratorio y Radiología para optimizar solicitud de pruebas complementarias.
- Motivar al resto del equipo.
- Evaluar resultados conseguidos

1.- JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.1.- ANTECEDENTES

En el mes de febrero de 2001, en el contexto de las actividades de **Formación Continuada**, se iniciaron en el Centro de Salud Torrerramona una serie de seminarios sobre **Insuficiencia Cardíaca (IC)**, siguiendo una iniciativa de la Sociedad Española de Cardiología en colaboración con Laboratorios Roche.

Los seminarios respondían, en principio, a la necesidad sentida por los Médicos de Familia de actualizar sus conocimientos sobre esta patología y de ampliar los canales de comunicación con los Cardiólogos implicados en la atención a los pacientes.

Se establecieron reuniones mensuales de los Médicos de Familia con la Dra. Isabel Calvo (Cardióloga del Hospital Miguel Servet), aplicando el método de **enseñanza-aprendizaje** centrado en la resolución de problemas.

En cada reunión se comentan varias historias clínicas reales de pacientes atendidos en el Centro de Salud, con el diagnóstico (de sospecha o confirmado) de insuficiencia cardíaca.

De este modo se van solucionando las dudas de diagnóstico y tratamiento, mejorando el conocimiento del proceso y detectando las oportunidades de mejora desde los puntos de vista científico-técnico y de organización asistencial de las partes interesadas.

La línea de trabajo se valoró como muy satisfactoria por el grupo, si bien se determinó que se podía optimizar con la participación en él de:

1. *Los especialistas de referencia* del Ambulatorio de San José que atienden a los mismos pacientes.
2. *Los profesionales de enfermería*, pues son las partes más directamente implicadas en la asistencia a estos pacientes.

En respuesta a esta invitación se incorporaron el Dr. David Romero (Cardiólogo de referencia para los pacientes de Torrerramona) y tres enfermeras del Centro de Salud, coincidiendo todos en el interés por el mejor conocimiento de la insuficiencia cardíaca y en la importancia de una mejor coordinación para abordar su tratamiento.

Tras la lectura y análisis de la Convocatoria de Ayudas de la DGA para apoyar las Iniciativas de Mejora de la Calidad asistencial, el grupo la consideró muy positivamente, decidiendo consolidar su línea de trabajo y orientarla según propuesta de la Convocatoria para poder aspirar a las ayudas ofertadas.

El primer paso fue el de consultar **bibliografía on line sobre el modelo EFQM** de Excelencia que propone la Convocatoria, y con la ayuda de esta documentación elaborar el presente proyecto de trabajo.

2.- GRUPO DE TRABAJO

El grupo de trabajo que suscribe el proyecto está constituido por las siguientes personas:

Cardiólogos:

- **Isabel Calvo Cebollero**, Servicio de Cardiología de H. Miguel Servet.
- **David Romero Alvira**, Servicio de Cardiología de H. Miguel Servet y Cardiólogo de referencia en el Ambulatorio de San José para los pacientes de Torrерamona.

Coordinador Médico del Centro de Salud Torrерamona:

- **Javier Guelbenzu Morte**

Médicos de Familia del Centro de Salud Torrерamona:

- **Natividad González Viejo**
- **José Félix Magdalena Belio**
- **Amor Melguizo Béjar**.

Enfermeras D.U.E. del Centro de Salud Torrерamona:

- **D^a. Gloria Blanco Aguilar**,
- **M^a. José Forcén Beltrán**,
- **M^a. Jesús Gil Traín**

• MISIÓN

La **Misión** para la que se constituye este grupo de trabajo es la de mejora de la asistencia a los pacientes con INSUFICIENCIA CARDIACA y la prevención de la misma en los grupos en riesgo de desarrollarla, de acuerdo al modelo de EXCELENCIA propuesto por la EFQM, abordando esta tarea de forma interdisciplinar y asumiendo sus aspectos de investigación y desarrollo, rendimiento del proceso y satisfacción de las partes interesadas".

• PUNTOS FUERTES DEL GRUPO (auto evaluación):

1.- Representación de los principales colectivos interesados en el proceso:

- Atención Primaria
- Cardiología Ambulatorio
- Cardiología Hospitalaria
- Enfermería

2.- Amplia experiencia profesional en el INSALUD.

3.- Cualificación científico-técnica adecuada

4.- Implicación voluntaria en el grupo.

5.- Compartir los valores esenciales para poder desarrollar el proyecto: aprendizaje, mejora continua e innovación.

6.- Responsabilidad social, al coincidir el interés por la mejor atención a los pacientes con el mejor desarrollo profesional.

3.- ¿POR QUÉ ELEGIR LA MEJORA DE ESTE PROCESO?

A.- Porque la Insuficiencia Cardíaca es un problema de salud relevante:

- 1.- Es una patología grave, que en España al igual que en otros países desarrollados supone un importante problema de Salud Pública medible por su alta mortalidad, y por la incapacidad funcional que produce en los pacientes que la padecen

En la población de pacientes con insuficiencia cardíaca moderada-severa, la mortalidad a los 3-5 años es superior al 50%, tasas similares a las del cáncer colorrectal.

En la población general supone la tercera causa de muerte de origen cardiovascular, causando el 25% de los fallecimientos de este grupo de enfermedades.

En nuestro medio, la mortalidad por insuficiencia cardíaca se correlaciona de forma estadísticamente significativa con la mortalidad por cardiopatía isquémica y con la presencia de condiciones socioeconómicas y culturales desfavorables, que explica las importantes diferencias en mortalidad observadas por esta causa entre diferentes comunidades y que supone un importante potencial de reducción de la misma actuando mediante una prevención primaria y secundaria eficaz en la población general y en los grupos de mayor riesgo

- 2.- Es un problema de prevalencia creciente, debido al incremento de la esperanza de vida de la población general y a los avances científico-técnicos que están logrando altas tasas de supervivencia tras el infarto de miocardio y otras patologías, que son susceptibles de evolucionar a insuficiencia cardíaca

Es la única enfermedad cardiovascular cuya incidencia y prevalencia siguen aumentando en la actualidad, afectando al 2-3% de la población adulta y al 8-10% de la población de más de 65 años de edad.

Es previsible que la magnitud del problema crezca en los próximos años debido al aumento de la esperanza de vida y al consiguiente envejecimiento de la población.

- 3.- Es la primera causa de ingresos hospitalarios en personas mayores de 65 años y de frecuentes re-ingresos

El incremento del número de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en los últimos años se ha producido a expensas de los grupos de edad más avanzada, reflejo de una mayor supervivencia. Asimismo la tasa de reingresos hospitalarios se estima en más del 50% a los dos años.

Los ingresos hospitalarios consumen casi el 80% de los recursos económicos de la asistencia al paciente con insuficiencia cardíaca, cuyo coste económico global se estima entorno al 2% de la totalidad del gasto sanitario.

- 4.- Se trata de una patología que consume importantes recursos asistenciales además de la hospitalización:

Frecuentes visitas al Médico de Familia y al Cardiólogo, necesidad de controles de enfermería, tratamiento farmacológico continuado, pruebas complementarias, asistencia en domicilio, traslados en ambulancia a Urgencias..., y los derivados de la incapacidad funcional de los pacientes.

B.- Porque los pacientes y la sociedad se beneficiarían de una asistencia óptima:

La Insuficiencia cardiaca tradicionalmente ha sido un problema poco vulnerable al tratamiento médico, se consideraba un estado terminal de numerosas patologías cardiacas.

Sin embargo en los últimos años este criterio se está modificando, ya que se han producido importantes avances en el conocimiento de la fisiopatología del síndrome y de su tratamiento, que han permitido mejorar el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca y los que presentan disfunción ventricular izquierda asintomática.

Las mejoras en el pronóstico asociadas al tratamiento farmacológico han sido demostradas en múltiples ensayos clínicos para los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAS), así como de la espironolactona y más recientemente para los bloqueantes beta. Está abierta la posibilidad beneficiosa de los ARA-II, cuya utilidad está en fase de investigación.

Esta mejoría demostrada en los ensayos clínicos no se ha reflejado en una mejora similar en la población general con insuficiencia cardiaca, hace falta conseguir que estos beneficios lleguen a los pacientes (tratamiento adecuado a las dosis adecuadas..).

Además en la práctica clínica diaria, el diagnóstico de insuficiencia cardiaca es con frecuencia un cajón de sastre donde se encuentran patologías (como la estenosis aórtica severa, la cardiopatía isquémica...) susceptibles de tratamiento quirúrgico o de revascularización percutánea, que pueden no ser diagnosticadas si no se utilizan las pruebas complementarias adecuadas.

Numerosos factores (anemia, hipertiroidismo, infecciones...) pueden precipitar la aparición de una situación de insuficiencia cardiaca en un paciente previamente asintomático, o con clínica estable. Si estos factores son detectados y tratados precozmente, con frecuencia se evitará el deterioro hemodinámico que a menudo exige la hospitalización del paciente.

El reconocimiento de causas de insuficiencia cardiaca susceptibles de corrección, el tratamiento farmacológico individualizado a las dosis adecuadas y la identificación precoz y tratamiento de las causas de descompensación, junto con el desarrollo de un trabajo de información y reeducación de los hábitos del paciente, supera en este momento las posibilidades de la atención cardiológica especializada y exige la participación en el proceso de un equipo multidisciplinar que incluya cardiólogos, médicos de atención primaria y profesionales de enfermería, sin olvidar la necesaria participación activa del paciente en el mismo.

Este enfoque multidisciplinar puede mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento al paciente con insuficiencia cardiaca, consiguiendo mejorar la calidad de vida, evitar ingresos hospitalarios y prolongar la supervivencia tras el diagnóstico, así como mejorar la satisfacción del paciente, objetivo fundamental de una atención excelente.

C.- Porque los profesionales pueden beneficiarse de una acción sinérgica.

La atención global óptima al paciente con IC es un problema complejo que exige la actuación de un equipo multidisciplinar que incluya todos los niveles asistenciales.:

El paciente a menudo precisa asistencia en domicilio programada y a demanda, visitas sucesivas en el Centro de Salud cuando el grado funcional lo permite, visitas al Cardiólogo en el ambulatorio para diagnóstico y seguimiento, realización de análisis y radiografías, a menudo se descompensa y precisa de los servicios de Urgencia en domicilio, y en numerosas ocasiones precisa acudir al Servicio de Urgencias del Hospital, debiendo ser ingresado con bastante frecuencia, y en el caso extremo de no responder al tratamiento puede ser subsidiario de trasplante cardiaco.

Esta realidad asistencial nos ha hecho pensar que el tratamiento de esta patología en nuestro medio puede mejorar ostensiblemente si se destinan los necesarios esfuerzos a conseguir unas pautas comunes de actuación y una buena coordinación de todas las partes implicadas en la atención al proceso, lo que redundaría en beneficio de los pacientes y de los profesionales.

4.- EL PROYECTO PROPUESTO

El Grupo de trabajo ha revisado la bibliografía pertinente, ha realizado reuniones para detectar las oportunidades de mejora y ha diseñado un plan de actuación, que se presenta en el Anexo 2 (Epígrafes 3, 3.2, y 4), según formulario de la Convocatoria.

Para poder llevarlo a cabo el grupo solicita del reconocimiento y apoyo por parte del **Servicio Aragonés de la Salud**, de manera que este proyecto pueda incluirse dentro de una estrategia global del mencionado Servicio.

Asimismo sería precisa la ayuda para la formación del grupo en conocimiento de la aplicación del *modelo EFQM de EXCELENCIA* para poder llevar a buen puerto esta tarea.

6.- CONCLUSIÓN

Como resumen de lo expuesto, el grupo de trabajo cree poseer la adecuada capacidad, profesionalidad e iniciativa, y una línea de actuación coincidente con la visión expuesta en la convocatoria de ayudas a la que opta.

En la bibliografía consultada no se encuentran experiencias en nuestro medio de grupos de trabajo tan representativos - atención primaria, cardiología ambulatoria y hospitalaria, enfermería - de los niveles asistenciales para tratar un proceso.

En cuanto al proyecto presentado, consideramos que su desarrollo redundará en importantes beneficios para los pacientes y para el **Servicio Aragonés de la Salud**, al proporcionar una asistencia de mejor calidad a un proceso asistencial muy relevante.

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

1.- TITULO

MEJORA DEL PLAN TERAPÉUTICO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES QUE USAN LA CARTILLA DE LARGO TRATAMIENTO (CLT) Y OPTIMIZACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRERO-LA PAZ.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos M^a Carmen Olalla Ginovés

Profesión Farmacéutica de Administración Sanitaria

Centro de trabajo C.S. Torrero-La Paz

Dirección C/ Soleiman,11

Localidad Zaragoza **Código Postal** 50007

Teléfono 976253100 **Fax** 976254006 **Correo electrónico**

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y Apellidos	Profesión	Centro de trabajo
F. Javier Sangrós Martínez	Medico de Familia	C.S. Torrero-La Paz
José Fernando Pina	Médico de Familia	C.S. Torrero-La Paz
Carmen Arraco Mompel	Pediatra	C.S. Torrero-La Paz
Julia del Río Jimenez	ATS	C.S. Torrero-La Paz
M ^a Teresa Gómez Royo	ATS	C.S. Torrero-La Paz
Martín Gómez Martínez	Auxiliar Administrativo	C.S. Torrero-La Paz

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

La medicalización creciente de la sociedad ha supuesto el uso incontrolado de fármacos con el consiguiente riesgo médico y una muy importante repercusión económica.

El uso de las Cartillas de Largo Tratamiento (CLT) si en un principio, se pensaron como un beneficio para disminuir la presión asistencial en la consulta a demanda (casi un 20 % según estudios), a la larga su uso o mejor "mal uso" y su escaso control, ha generado un gran número de problemas e interrogantes entre los cuales cabe destacar:

- Las CLT no son controladas periódicamente por los médicos de familia, ya que se usan fuera de la consulta médica.
- No se actualizan en la Historia Clínica las modificaciones terapéuticas, simplemente se anotan directamente en la CLT, produciéndose en algunos casos una no coincidencia entre los fármacos anotados en la Historia y los que consume el paciente con la CLT.
- Los pacientes provocan un abuso, incluso de automedicación, ya que tienen asegurada la renovación de las recetas.
- Se provoca un mantenimiento prolongado de tratamientos que dejan de ser necesarios, en muchos casos por falta de revisión.
- Riesgo de interacciones farmacológicas, duplicación de tratamientos y automedicación.
- Acumulación de fármacos por parte del paciente, ya que se suelen hacer recetas de medicamentos todas a la vez, siendo improbable que todos se agoten al mismo tiempo.
- Coste económico que suponen las recetas generadas con la CLT. Cuál es su impacto sobre el gasto total.
- No existe una uniformidad de criterio a la hora de establecer que pacientes son susceptibles de tener CLT y que fármacos se deben incluir en estas y en base a que criterios (de prescripción, organizativos...)
- El paciente puede desistir de acudir a revisiones periódicas al tener garantizada su medicación.
- Que porcentaje de la prescripción viene inducida por Especializada y /u Hospital.
- Desconocimiento del número de CLT y datos de las personas que las poseen: Edad, sexo, % pensionista, % activos y patologías base que justifican la CLT.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

OBJETIVOS GENERALES : Mejorar el control terapéutico de los pacientes con CLT y optimizar el gasto farmacéutico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS :

- Mejorar la **calidad de prescripción** terapéutica (uso de medicamentos esenciales y recomendados en AP, disminuir uso de fármacos sin demostrada eficacia, evitar asociaciones...) usando un criterio uniforme.
- Poder **cuantificar** que parte de esta **prescripción** crónica viene **inducida** por Especializada y que porcentaje supone en coste sobre el total.
- **Racionalizar el consumo de medicamentos** en pacientes crónicos, disminuyendo el riesgo de interacciones en los tratamientos, el uso incontrolado de fármacos y la automedicación.
- **Controlar y revisar** periódicamente los tratamientos crónicos instaurados, mediante revisiones periódicas de las CLT y su confrontación con los tratamientos que figuren en la Historia Clínica del paciente

- **Disminuir la presión asistencial** por consultas meramente burocráticas (demanda de medicamentos crónicos) y optimizar así la calidad asistencial
- Reforzar la **educación sanitaria** individual del paciente en cuanto al uso de la CLT y conocimiento de sus medicamentos crónicos.

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

El diseño del plan de mejora constará de:

1. Reuniones del EAP en las que se decidirá por consenso:
 - Que fármacos serán a excluir en los tratamientos crónicos de la CLT
 - Periodicidad con la que medicina puede revisar las CLT
 - Modelo de CLT que asumirá el Centro teniendo en cuenta que el Centro de Torrero-La Paz cuenta con soporte informático OMI.
 - Propuesta de circuito del sistema de prescripción de las CLT y generación de recetas.
2. Criterios a evaluar y revisar:
 - Grado de cumplimentación de la CLT (datos paciente, nombre del fármaco, presentación, dosis, duración del tratamiento que podrá ser ampliada con posterioridad a la revisión, fecha de instauración del tratamiento y/o fecha de la última revisión...)
 - En la Hª Clínica deberá figurar de forma clara el tratamiento crónico del paciente y se deberá evaluar la coincidencia de éste con el que figure en la CLT. La medicación incluida con posterioridad en la CLT deberá constar en la Hª Clínica.
 - En la CLT debe aparecer la fecha de la próxima revisión farmacológica del paciente y la fecha de la última realizada no debiendo existir entre ambas una diferencia de más de XX meses.
 - En la CLT no podrán coexistir dos fármacos con el mismo componente o de la misma familia farmacológica (salvo que la patología así lo indique) o dos fármacos que causen interacción farmacológica de relevancia clínica.
 - No se habrán hecho recetas de un determinado medicamento en fecha posterior a la que consta en la Hª Clínica como de retirada o suspensión de ese tratamiento.
 - Coincidencia aproximada entre la posología prescrita y la cadencia con la que se demandan las recetas. Evaluamos así el adecuado uso por parte del paciente.
3. Diseño del Estudio y Tratamiento Estadístico de Datos:
 - Criterios a evaluar (los anteriormente descritos)
 - Marco muestral: Todas las CLT
 - Fuentes de Datos: Hª Clínica de los pacientes , CLT, datos de OMI sobre fechas de generación de recetas
 - N° de casos: Si suponemos que según estudios un 10-15 % de los pacientes del Centro tienen CLT esto supondría que en el Centro existen unas 3750 CLT podemos proponer la revisión y actualización de aproximadamente 25-30% de las mismas
 - Método de muestreo: puede ser aleatorio asignando un porcentaje igual por cupo.
 - Tipo de evaluación: análisis estadístico según índices o criterios de calidad, analizando en una muestra de 100 cartillas que criterios se cumplen en el momento actual y que porcentaje se cumple tras la aplicación de los criterios de calidad

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Huget M, Martín Zurro A. Organización funcional de las consultas de Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano JF. Manual de Atención Primaria (2ª edición). Barcelona: Ed. Doyma, 1989:209-207.
2. Gené J, Gimbert R, Leal C. Control de los tratamientos prolongados en Atención Primaria En: Martín Zurro Manual de Atención Primaria. Barcelona:Ed Doyma, 1986 233-254.
3. F.A. Alonso Lopez.- Informatización en la atención primaria Documentos SEMFYC Atención Primaria Vol. 26 nº 8, 15 noviembre de 2000
4. Rev. San. Hig Púb 1992; 66: 29-37 Revisión de la organización de la consulta de largo tratamiento. M. Gea Navarro, L. Marín Rives, F. Bravo Vicente, F.A. Martínez García... Nº1 Enero Febrero 1992

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONÓMICA

Material/ Servicios	Euros
Ordenador Intel P IV 2.4Ghz, Memoria 266 MB DDR, DVD, Regradora, Monitor 15" TFT, Impresora Epson Stylus C62 , T.Red Ethernet PCI RJ45, sistema operativo Microsoft Windows XP	1.433,25
Curso de tratamiento informático de datos	20 h. x 5.50 Euros/h.x 3 personas= 330
Carpetillas de plástico transparente	0.30 euros x 3000 unidades = 900
Programa BOT del CSCOF	145
British National Formulary Interactions	Pendiente de presupuestación
Conexión a internet + tarifa plana 1 año	504,85
TOTAL euros	3.313,1

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

Con el término de diabetes mellitus conocemos una serie de síndromes, que producen una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono como consecuencia de la acción de diferentes factores etiopatogénicos, cuya consecuencia es una disminución en la capacidad de secreción de insulina ó de su actividad biológica, que inducen hiperglucemia, es decir valores plasmáticos de glucosa elevados. Estos valores de glucosa plasmática elevados, si se mantienen a largo plazo inducen cambios vasculares, dando lugar a la aparición de las complicaciones, ó manifestaciones vasculares de la diabetes mellitus.

Los niveles de glucosa plasmática considerados como diagnósticos de diabetes mellitus han cambiado en los últimos años conforme se ha incrementado el conocimiento epidemiológico de los factores de riesgo asociados con determinadas complicaciones, y cuya corrección disminuía la prevalencia de dichas complicaciones.

Así teniendo en cuenta los nuevos criterios diagnósticos, basados en las recomendaciones del Comité de expertos de la ADA (Boston 1997), éste se establece cuando un paciente presenta un valor de glucosa plasmática en ayunas igual ó superior a 126 mg/dl, ó dos valores en cualquier momento superiores a 200 mg/dl. Se consideran valores normales de glucosa en ayunas los menores de 110 mg/dl.

Algunos trabajos recientes sugieren la utilización conjunta de los valores de glucosa en ayunas y de HbA1c. En nuestro protocolo de diabetes, se precisan dos determinaciones en ayunas de glucemia en plasma venoso por encima de 126 mg/dl.

La epidemiología del pie diabético es aún desconocida ya que engloba distintas condiciones patológicas y en distintos trabajos publicados no existe una clasificación y descripción uniformes. En el consenso publicado por la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat se define el pié diabético como una "alteración clínica de base etiopatogena neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que

con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie”.

Otros autores unen a esta definición factores externos o ambientales como el modo de vida, higiene local, uso de calzado inadecuado etc...

Aproximadamente el 15% de todos los pacientes con diabetes mellitus desarrollarán una úlcera en el pie o en la pierna durante el transcurso de su enfermedad. La magnitud de las cifras se pone de manifiesto por el hecho de que más del 25% de los ingresos hospitalarios de los diabéticos en U.S.A. y en Gran Bretaña están relacionados con problemas en sus pies. En U.S.A. este problema ocasiona un costo anual próximo al billón de dólares. Por estudios realizados en Europa se puede asumir que la prevalencia de las ulceraciones en el pie y de los ingresos hospitalarios coinciden con estos porcentajes y costes.

Representantes de los Departamentos gubernamentales de sanidad y organizaciones de pacientes de todos los países de Europa sostuvieron un encuentro con expertos en Diabetes bajo la tutela de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y la Federación Internacional de Diabetes en St. Vincent, (Italia, 1989). En aquella reunión se fijó, entre otros objetivos, reducir a la mitad las amputaciones en diabéticos. Está demostrado que la secuencia ulceración, infección y gangrena precede a una mayoría de las amputaciones de los miembros inferiores en el diabético. En otros casos es la falta de cicatrización de la úlcera la que lleva a esta complicación. Uno de los objetivos de la declaración de St. Vincent es que en el primer quinquenio se logre reducir un 50% el número de amputaciones de miembro inferior.

Si evitamos la ulceración mediante una prevención adecuada que pasa por la educación de los diabéticos y por un screening de los factores de riesgo presentes en cada diabético, estaremos en vías de conseguir estos objetivos.

El único estudio Español sobre la incidencia de amputaciones de miembro inferior en la población con diabetes mellitus, muestra que una proporción importante

de estas lesiones pueden prevenirse con un mejor conocimiento de las causas, diagnóstico precoz de estas lesiones, tratamiento adecuado e información y educación adecuada de estos pacientes. Cuando comparamos las cifras obtenidas con la población no diabética, el riesgo de sufrir una amputación del miembro inferior persiste siendo 30 veces mayor en la población con diabetes mellitus.

Aquí es donde una revisión correcta y periódica del pie diabético en consulta de enfermería programada tiene su justificación. Los profesionales de enfermería por su preparación y cualificación holística es el personal idóneo para la realización de esta actividad.

Todo lo expuesto justifica la importancia de dar a estos profesionales las herramientas necesarias para poder realizar esta actividad, mediante un calendario de actividades de formación continuada.

3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS:

En la última evaluación de la cartera de servicios de Área 2 y 5, en la que se revisó el programa de diabetes (1998), se pudo observar, que el examen de los pies se realiza en un 36% de los casos revisados, la sensibilidad en un 27%, los pulsos periféricos en un 42% y los reflejos tendinosos rotulianos y aquilianos en un 25%.

Por lo anteriormente expuesto, la posibilidad de mejora es evidente, hay un 64% de los pacientes diabéticos a los que no se les revisan los pies, lo cual es alarmante, dada la importancia de esta actividad.

Las causas de esta escasa incidencia en la revisión de pies, es difícil de definir, posiblemente sea la rutina, se ve al paciente diabético en consulta programada alrededor de 7 veces al año, como media, y siempre se les pregunta sobre hábitos dietético, ejercicio, adherencia al tratamiento, pero los pies requieren un mayor tiempo y un protocolo de actuación bien definido, que no existe en este momento. Para realizar una correcta exploración del pie diabético, no sería preciso un cambio en la organización de la consulta programada, sino mas bien un nuevo enfoque, ya expuesto en la revisión del programa del paciente diabético, por el grupo de trabajo de la Comisión de Uso Racional del Medicamento Área 2 y 5, en él se expone que *“para hacer más efectiva la visita de enfermería proponemos la idea de una consulta monográfica que comenzaría siempre con un bloque fijo, seguida de una o más intervenciones educativas”* en estas intervenciones, estaría la propuesta de la revisión de pies una vez al año.

3.2. OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:

Objetivos Generales:

- Actualizar conocimientos y habilidades sobre la detección de pie de riesgo en los pacientes diabéticos que son atendidos por los profesionales de enfermería de las Áreas 2 y 5 de Zaragoza.
- Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería de las Áreas 2 y 5 sobre “como educar en el autocuidado” a todos los pacientes en riesgo.
- Mejorar la atención a los pacientes diabéticos.

Objetivos Específicos:

- El 90% de los profesionales de enfermería de los centros de salud de Zaragoza de las Áreas 2 y 5 hayan recibido docencia a finales del 2002.
- El 80% de los participantes obtengan resultados satisfactorios en la evaluación del aprendizaje adquirido.
- Evaluación del servicio en todos los centros de salud del Área 2 y 5, para poder realizar un estudio comparativo, con la última revisión realizada y ver así la implementación de esta actividad en consulta de enfermería.

4. PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA.

El proyecto va dirigido a los profesionales de enfermería que trabajan con pacientes diabéticos en equipos del modelo reformado de las áreas 2 y 5 de Zaragoza (34 zonas básicas de salud).

Se excluyen a los profesionales de enfermería de las consultas de pediatría.

CALENDARIO:

ACTIVIDADES	CALENDARIO			
	1º tri	2º tri	3º tri	4º tri
Análisis de resultados por centros e informe de los mismos.				
Difusión del informe				
Evaluación del Servicio de Atención a pacientes Diabéticos				
Sesiones en los centros para discutir resultados				
Evaluación del seminario de atención a pacientes diabéticos				

Creemos imprescindible la evaluación de este servicio en cartera, para poder a su vez evaluar la implementación de esta actividad en la consulta de enfermería. Hay que tener en cuenta que esta actividad no se evalúa desde 1998, y hoy en día podemos decir, gracias a recientes estudios, que es un importante problema cardiovascular, unido en muchos casos con la obesidad, hipertensión arterial y dislipemias.

Evaluación del Servicio 306: Atención a pacientes crónicos: Diabetes, incluyendo en el apartado de pie diabético la evaluación de la inspección y exploración del pie, según las normas dadas en las sesiones del Proyecto para mejorar la revisión del pie diabético en la consulta de enfermería de las áreas 2 y 5 de Zaragoza.

NECESIDADES PREVISTAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO:

Para la realización de la evaluación descrita anteriormente se precisa que este año 2003 esté incluida en la evaluación de cartera de servicios de la dirección de Atención Primaria de Área 2 y 5 el servicio 306. En su defecto sería necesario un auditor externo, para esta labor, que realizaría su trabajo simultáneamente en el tiempo a la evaluación de la cartera de servicios.

5.-BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

=> Diabetes Care and Research on Diabetes in Europe. The Saint Vicent Declaration by the Regional office of WHO an IDF. Ocober. 1987.

En esta reunión se fijó entre otros los objetivos de reducir a la mitad las amputaciones en diabéticos.

=> Center for Disease Control: Diabetes in the United States: a strategy for prevention. Repots de Center for Disease Control. Atlante.1991.

Se establecieron las pautas de actuación y de control en el pie diabético

=>Consenso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular sobre pie diabético. <http://www.seacu.org/revista/consensoDiabetes.htm>

En este consenso se da una definición muy completa del pie diabético.

=> Cano JF et all. Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria. Harcourt. Barcelona. 2000: 82-85.

Comentan en esta cita que existe la evidencia de que la inspección del pie y la exploración con monofilamento 5.07 són métodos eficientes en la detección del riesgo de lesiones

=> Aragón F, Ortiz PP. El pie diabético. Masson. Madrid. 2001.

En este nuevo libro da pautas de actuación en el pie diabético, de revisión y tratamiento.

=> Jara A. Manual del diabético. Boehringer Mannheim S.A. Barcelona 1994:151-154.

Comenta que la compra del calzado es un tema importante y que debemos de tener en cuenta, a la hora de aconsejar a nuestros pacientes.

⇒ Valle A, Moro A, Villa G, Díaz P, Díaz M. El pie diabético. En: Manual para asistencia Primaria. Gutenberg. Oviedo. 1998:149-156.

Explica que muchas de las lesiones, al menos las iniciales pueden ser controladas con adecuados programas de educación del paciente y de su entorno familiar.

⇒ Viade J et al. Pie diabético. Ergon. Madrid. 1999.

Se estima que el 15% de la población diabética desarrolla en algún momento de su vida un problema de pie diabético grave que puede comprometer su extremidad e incluso su vida.

⇒ Rojas E. Pie del diabético. Fisiología, clínica y tratamiento. Boehringer Mannheim S.A. Madrid. 1990.

Tan pronto como una persona es diagnosticada de diabetes se le debería informar sobre la importancia de las complicaciones de los pies y entregarles una hoja impresa con una serie de instrucciones elementales para el cuidado de los mismos.

⇒ Sambla A. El pie diabético. En: Diabetes mellitus tipo 2. SEMFYC. Novo Nordisk Pharma S.A. 1993: 129-142.

Los objetivos del manejo del pie diabético son prevenir la ulceración neuropática, retrasar el inicio o progreso de la vasculopatía y por último evitar la amputación.

⇒ Asociación Latinoamericana de diabetes ALAD. Guías ALAD 2000. <http://www.alad.org/guiasalad/guiacon14.html>.

Dan pautas de actuación para profesionales y diabéticos sobre el cuidado del pie diabético.

⇒ Madrid J. El libro de la diabetes. Aran. Madrid. 1998: 171-173.

Las normas generales del cuidado de los pies, tienen que ser expuestas a nuestros pacientes de forma que ellos las interioricen y las pongan en marcha.

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003)

TITULO DEL PROYECTO:

PROYECTO PARA MEJORAR LA REVISIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE LAS AREAS 2 Y 5 DE ZARAGOZA.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

M^a Luisa Lozano Del Hoyo

OBJETIVOS PLANTEADOS:

Objetivos Generales:

- Actualizar conocimientos y habilidades sobre la detección de pie de riesgo en los pacientes diabéticos que son atendidos por los profesionales de enfermería de las Áreas 2 y 5 de Zaragoza.
- Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería de las Áreas 2 y 5 sobre "como educar en el autocuidado" a todos los pacientes en riesgo.
- Mejorar la atención a los pacientes diabéticos.

Objetivos Específicos:

- El 90% de los profesionales de enfermería de los centros de salud de Zaragoza de las Áreas 2 y 5 hayan recibido docencia a finales del 2002.
- El 80% de los participantes obtengan resultados satisfactorios en la evaluación del aprendizaje adquirido.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Discusión del proyecto con la Gerencia: 1º trimestre 2002.
- Presentación del proyecto a los responsables de enfermería: 1º trimestre 2002.
- Realización de las charlas: 2º, 3º, y 4º trimestre 2002.
- Evaluación del aprendizaje: 2º, 3º, y 4º trimestre 2002.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO:

Los resultados no se han podido medir a la fecha, en primer lugar por que no hemos contado con el material necesario, y en segundo lugar por que el proyecto es de dos años de duración y al final de los mismos sí se podrán dar resultados. También hay que tener en cuenta que hasta la fecha no se tenía previsto la obtención de resultados. Si hemos podido constatar la buena acogida del proyecto y de las charlas por parte de los profesionales de enfermería de los distintos centros de salud.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- Análisis de resultados por centros e informe final: 1º trimestre 2003.
- Discusión del informe: 2º trimestre 2003.
- Sesiones en los centros para discutir resultados: 3º trimestre 2003.
- Evaluación del seminario de atención a pacientes diabéticos: 4º trimestre 2003.

1. - TITULO MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN CRÓNICA. EVALUACIÓN DE
LA CARTILLA DE LARGO TRATAMIENTO

2.1. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a LUISA SAMITIER LERENDEGUI

Profesión Médico Centro de trabajo C.S. San Pablo

Dirección C/ Aguadores, 7

Localidad Zaragoza

Código postal y provincia 50003

Teléfono 976-46 91 06

Fax

Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Eguiluz López	Médica	CS San Pablo
Dolores Ariño Martín	Médica	CS San Pablo
Alicia Chiva	Farmacéutica	AREA 2
Mercedes Abancens	Enfermera	CS San Pablo
Marisol Agut	Enfermera	CS San Pablo
Elena Arrillaga	Enfermera	CS San Pablo
Sonia Benedi	Admiva.	CS San Pablo
Laura Jimenez	MIR 3	CS San Pablo
Pablo Castillo	MIR 3	CS San Pablo

3.1. - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

La prescripción repetida es una situación de riesgo para un EAP por su enorme volumen, implica a un 10-30% de la población con una media de 3.5 fármacos por persona, lo que en nuestra zona de salud supondrían unas 650 consultas por mes y un total de 90.000-100.000 recetas al año (1,2).

Hace más de 10 años se implantó el servicio de las cartillas de largo tratamiento (CLT) dentro del programa "Uso racional del medicamento" con distintos objetivos, entre ellos dar una mayor accesibilidad al paciente crónico para la obtención de recetas y mejorar la adherencia al tratamiento, mayor control del consumo de fármacos y ganar en eficiencia.

La variabilidad en el proceso de este servicio es muy alta, tanto intercentro como intracentro. No existe consenso sobre qué fármacos deberían estar incluidos y quién se podría beneficiar más del servicio. No se ha realizado ninguna evaluación en estos años. La informatización podría ser una de las soluciones para mejorar este servicio pero previamente se deberían conocer más a fondo las cuestiones planteadas con anterioridad, definir el proceso, qué fármacos, etc. Por todas estas razones creemos importante iniciar un proyecto de mejora sobre la prescripción repetida y además por ser un problema de gran magnitud (afecta a muchos usuarios del sistema de salud) y ser de fácil abordaje, ya que parte de las soluciones dependerán de la participación en el proyecto de los profesionales que lo realizan directamente.

En una primera aproximación se detectaron las siguientes debilidades a través del método DAFO. técnica cualitativa de consenso: Mal estado de las CLT, no se actualizan, identificación incorrecta del usuario, prescripción sospechosa de baja calidad, falta posología, fecha de revisión del documento, no hay control en la recogida del documento y duplicidad en la consulta y con la tarjeta.

3.2- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Evaluar las CLT existentes para conocer de forma más precisa y cuantitativa las debilidades del servicio.
- Establecer criterios y estándares de calidad.
- Establecer circuito asistencial.

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

En una primera fase los componentes del equipo de mejora mantendrán reuniones para poder conocer cual es la situación actual del servicio se va a utilizar el metodo DAFO, si es posible se intentará la participación de algún usuario y de algún farmacéutico de la zona, a través del consejo de salud.

Se realizará una evaluación de aproximadamente 50 CLT, muestreo aleatorizado estratificado por médico, se analizarán los perfiles del usuario, perfiles de los fármacos, media de fármacos incluidos en CLT, especificación de la posología, fecha de revisión del documento, de esta actividad se encargaran tres personas del equipo de mejora.

Un segundo grupo definirá que grupos de fármacos deben y los que no deben de estar incluidos en la CLT, así como definir que tipo de paciente se debe de incluir y qué tipo de paciente se debe excluir, para esto se elaboran unas encuestas que se pasaran a todos los profesionales del equipo que están implicados en dicho servicio y a coordinadores de otros equipos de atención primaria.

Un tercer grupo establecerá el circuito asistencial.

Se definirán entonces los criterios de calidad de este servicio y se establecerán estándares, bien basados en los datos de la evaluación o bien se establecerán por consenso.

Una vez que haya consenso se reflejara toda esta información en un documento para el conocimiento de todos los agentes que participan en este servicio, incluido el usuario y profesionales de oficina de farmacia de nuestra ZBS.

Se pondrán en marcha las medidas correctoras que se vean pertinentes en cuanto al documento o al circuito asistencial y se hará una evaluación interna a los 3-6 meses de puesta en marcha (dependerá si los plazos coinciden con época estival).

Se presentará al equipo los datos del resultado obtenido de esta segunda evaluación, se analizarán y se harán propuestas de mejora en aquellas áreas con baja calidad y se reforzarán las que obtengan resultados óptimos.

Se tendrá en cuenta la futura aplicación informática clínica

5. - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Roselló Farras MD et al. Prescripción repetida informatizada seguimiento del consumo de fármacos y de las tarjetas de medicación autorizada los primeros tres años. Atención Primaria 1997;20:251-4
2. Ruiz Téllez A. Informatización del proceso asistencial de la atención primaria. Documento semFYC nº 13: Informatización en la Atención Primaria.
3. Garcia MM, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud diseño y puesta en práctica. Atención Primaria 2000;25(3):115-122.
4. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Piados 1996; 152-154.
5. SVMFIC-Revista- num 5- originales htm
6. La 12ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS
7. The Medical Letter. Compendio de interacciones adversas de medicamentos 1996
8. Drugmaster. Interacciones de medicamentos.

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

1.- <u>TITULO</u>	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUE USA INHALADORES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA	
2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	Nombre y apellidos: CRISTINA MARTÍNEZ URTASUN	
Profesión :	Centro de trabajo: CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ	
FARMACÉUTICA	CENTRO.	
Dirección:	SANTUARIO DE CABAÑAS, 16	
Localidad :	ZARAGOZA	Código Postal y provincia 50.013-ZARAGOZA
Teléfono 976593284	Fax 976594406	Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ALCALA MARTÍNEZ, GLORIA	FARMACÉUTICA	C.S. ACTUR SUR
CASAS ARRIBAS, ISABEL	FARMACÉUTICA	C.S. BELCHITE
CHIVA SORNÍ, ALICIA	FARMACÉUTICA	C.S. REBOLERÍA
GAJÓN HERRÁEZ, EVA	FARMACÉUTICA	C.S. DELICIAS SUR
LÓPEZ MARTÍNEZ, AMPARO	FARMACÉUTICA	C.S. SANTA ISABEL
OLALLA GINOVÉS, CARMEN	FARMACÉUTICA	C.S. TORRERO ESTE
TOMÁS CASAMAYOR, J. C.	FARMACÉUTICO	C.S. LA JOTA

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Los inhaladores son actualmente el sistema de elección para la administración de medicamentos en asma y EPOC; frente a sus múltiples ventajas, presentan el inconveniente de la necesidad de instruir al paciente sobre su uso correcto en el momento de la prescripción y luego de forma periódica.

Diversos estudios demuestran la gran cantidad de errores (de un 30 a un 90% según el sistema elegido) que se producen en la técnica de inhalación, lo que se traduce en ineficacia en el tratamiento, falta de control de la patología y mayor gasto para el sistema sanitario, tanto en consumo de medicamentos como en demanda asistencial. Algunos estudios han demostrado que la educación sanitaria al paciente disminuye las urgencias y el número de ingresos hospitalarios. Además, la educación sanitaria en enfermedades crónicas puede conseguir que se comprenda la necesidad de tratamiento y aumente la adherencia al mismo.

En los centros de salud de nuestras áreas se realiza, por parte de enfermería y de manera individual la enseñanza de técnicas de inhalación, pero hay un déficit en los sistemas de educación grupal. A raíz del curso de formación de farmacéuticos de administración sanitaria (FAS) se plantea esta idea y se realiza un sondeo en los centros (informadores clave), decidiendo entonces su puesta en marcha.

Las causas principales de los déficit en educación sanitaria al paciente son:

- Falta de tiempo del personal
- La gran variedad en los sistemas de inhalación, que impiden la existencia de una muestra con placebo en cada consulta.
- La utilización por parte de un mismo paciente de varios sistemas de inhalación diferentes, lo que hace que se requiera mucho tiempo para su educación.
- Ausencia de programas de revisión de asma y EPOC en enfermería en los que controlar la técnica del paciente.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Población diana: pacientes con diagnóstico de asma y EPOC. Se realizarán talleres específicos de pediatría (hasta 14 años), de asma y de EPOC.

Objetivos:

1. Mejorar la técnica en el uso de inhaladores siguiendo la normativa SEPAR.
2. Mejorar el conocimiento por parte del paciente de la limpieza correcta y periódica de su sistema de inhalación.
3. Mejorar el conocimiento del paciente sobre cuando usar cada uno de los inhaladores de su tratamiento.
4. Mejorar la implicación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en la educación a estos pacientes. Especialmente enfermería, medicina y farmacia.
5. Conseguir una mejoría clínica del paciente.

Indicadores: Para poder cuantificar la consecución de los objetivos se plantean provisionalmente los siguientes:

$I_1 = \text{N}^\circ$ de pacientes que reciben educación sanitaria (ES)

$I_2 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que completan el taller (dos sesiones)}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que reciben educación sanitaria}}$

✓ Para valorar el Objetivo 1:

$I_3 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que realizan correctamente la técnica tras ES}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que reciben educación sanitaria}}$

✓ Para valorar el Objetivo 2:

$I_4 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que conocen limpieza tras ES}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que reciben educación sanitaria}}$

✓ Para valorar el Objetivo 3:

$I_5 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que conocen bien su tratamiento tras ES}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que reciben educación sanitaria}}$

✓ Para valorar el Objetivo 4:

$I_6 = \text{N}^\circ$ de profesionales que se han implicado valorando clínica o educando pacientes

✓ Para valorar el Objetivo 5:

$I_7 = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con mejoría clínica (valorada por el médico)}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que reciben educación sanitaria}}$

$I_8 = \text{Variación en el consumo de inhaladores/mes tras 6 meses de educación sanitaria}$

$I_9 = \text{Variación en el consumo de inhaladores de rescate/mes tras 6 meses de educación sanitaria.}$

Fuentes de obtención de los indicadores:

Indicadores 1-5: Registro de talleres de Educación sanitaria

Indicador 6: Registro de intervención de otros profesionales en actividades de ES.

Indicador 7: Registro de valoraciones clínicas del médico

Indicadores 8 y 9: Histórico OMI o tarjetas TLD, cuando sea posible.

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

El plan de mejora en la atención al paciente con asma y EPOC incluye la derivación de pacientes por parte de medicina y enfermería para su educación sanitaria y la valoración de una mejoría o no desde medicina. Tanto enfermería como medicina podrán participar si lo desean en los talleres de educación al paciente.

Actividades:

1. Detección del problema en una reunión de trabajo de FAS en noviembre a raíz del curso de formación FAS.
2. Establecimiento de un proceso de derivación de pacientes y comunicación de informes entre los distintos profesionales implicados.
3. Curso de entrevista clínica para profesionales que vayan a trabajar en talleres.
4. Sesión clínica para enfermería y medicina indicando farmacología en los tratamientos de asma y EPOC, inhaladores de elección, técnicas correctas y errores más frecuentes, realizada por los FAS.
5. Establecimiento de un taller permanente de educación grupal al paciente con asma y EPOC en el uso de inhaladores, a desarrollar en los centros de salud y/o en centros cívicos. Se diferenciarán tres tipos de talleres: pediátricos, de asma y de EPOC.
6. Establecimiento de un taller de educación individual al paciente, registro de sus errores en la técnica de inhalación, enseñanza de la misma e información por escrito de su tratamiento, con informe optativo al médico.
7. Registro de errores más frecuentes para comunicar periódicamente a enfermería y medicina.
8. Encuesta al paciente sobre su tratamiento y sistemas de inhalación antes y después del taller.
9. Evaluación mensual del desarrollo de los talleres, con posible introducción de modificaciones en los mismos o en el sistema de registro si se considera necesario.
10. Evaluación de los indicadores para valorar cumplimiento de objetivos, conclusiones y posibles introducción de mejoras en el programa.
11. Cronograma (ANEXO I)

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas de inhaladores en pacientes asmáticos. Centro de Salud de Azahara. Córdoba. Medicina de Familia (And) Vol.1, Nº2, Noviembre 2000
2. Madueño Caro AJ, Benítez Rodríguez E, García Martí, E, León A. Pacientes con EPOC. Datos previos a un programa de rehabilitación respiratoria. Medicina de Familia (And) Vol2, Nº1. Marzo 2001.
3. Segura Mendez,N. Espinola Reyna, G. Juárez Morales,D. Vázquez Estupiñán, F. Salas Ramirez, M. Ortiz Vázquez,J.U., Mejóa Ortega, J. Resultados de un programa educativo para adultos con asma. Revista Alergia México 2001; XLVIII (6): 152-5
4. Evaluación de la efectividad del uso de tres sistemas de inhalación en pacientes asmáticos: estudio comparativo entre pacientes entrenados en distintos niveles de la asistencia sanitaria. C de Salud Conde Oliveto. Pamplona. Rev. Esp. Alergol Inmunolo. Clin, Junio 1997
5. Normativa SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) 2001 sobre la utilización de fármacos inhalados.
6. Educación Sanitaria en Asma. Sociedad Catalana de MFyC. Grupo respiratorio. Patrocinado por Novartis.
7. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2002 del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

1-4 Bibliografía utilizada para valorar los porcentajes de error en la administración de inhaladores y los beneficios de la educación al paciente en el uso de los mismos.

5-7 Bibliografía utilizada para normalizar la técnica correcta de inhalación y la farmacología de Asma y EPOC.

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

1.- TITULO	PROYECTO DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN JOSÉ NORTE	
2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	Nombre y apellidos: CRISTINA MARTÍNEZ URTASUN	
Profesión :	Centro de trabajo: CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ NORTE FARMACÉUTICA	
Dirección:	SANTUARIO DE CABAÑAS, 16	
Localidad :	ZARAGOZA	Código Postal y provincia 50.013-ZARAGOZA
Teléfono 976593284	Fax 976594406	Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
HECTOR PINTADO SANDOVAL	MÉDICO FAMILIA	SAN JOSÉ NORTE
VICENTE COMPAIRED ARAGÜES	MÉDICO FAMILIA	SAN JOSÉ NORTE
JOSÉ ANTONIO MONTIU PEMÁN	MÉDICO FAMILIA	SAN JOSÉ NORTE

3.1. - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

España es considerado uno de los países con mayores tasas de resistencia bacteriana a antibióticos, sobretodo en patógenos de origen comunitario, debiendo todos los agentes relacionados con la salud realizar un esfuerzo global para abordar este serio problema de salud pública

Las causas más importantes de esta alta resistencia son el elevado consumo de antibióticos y la rápida incorporación de nuevas moléculas antimicrobianas al arsenal terapéutico, contribuyendo a ello:

1. La elevada demanda por parte de la población, que confía en los antibióticos, los toma libremente, se administra el tratamiento de forma incorrecta, etc.
2. La dispensación sin receta en las oficinas de farmacia pese a la normativa vigente y debida en parte a la falta de comunicación entre médicos, oficina de farmacia y administración.
3. La inadecuada prescripción médica, excesiva en antibióticos considerados de segunda línea en atención primaria y mal elegidos en los servicios de urgencias.
4. La presión de la industria farmacéutica, más orientada a la promoción de nuevas moléculas que a una política de uso racional.
5. La ineficacia de la administración en la promoción del uso racional de antibióticos.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son la segunda causa de consulta por infección en atención primaria. Su origen es casi siempre bacteriano, por lo que el conocimiento del germen causante y su sensibilidad a antibióticos es fundamental para un tratamiento racional.

La existencia de información sobre resistencias bacterianas a antibióticos en las ITU proporcionada por la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM) en un informe enviado a los Centros de Salud a finales del año 2002 fue fundamental para que en una reunión de equipo el día 17 de enero y priorizando los temas propuestos a través de una tormenta de ideas se decidiera realizar un proyecto de mejora sobre este tema.

3. 2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo general: Mejorar la prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto urinario basándonos en los datos de resistencia a los mismos en nuestro medio.

Objetivos concretos:

1. Consensuar los tratamientos de elección en cada diagnóstico de ITU y ajustar la prescripción de antibióticos a los mismos. Ello implica:
 - Conocer los gérmenes responsables de las ITU en nuestro medio y su nivel de resistencias a antibióticos.
 - Definir los casos que requieren tratamiento antibiótico.
 - Establecer los antibióticos de elección en cada ITU y su posología.
 - Establecer las excepciones al tratamiento y su posología.
2. Analizar los casos que no se ajustan al consenso.
3. Valorar la eficacia de los tratamientos registrados, tanto en los ajustados a consenso (de elección y excepciones) como del resto.
4. Mejorar la comunicación con las oficinas de farmacia de la zona básica de salud.

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

El plan de mejora consiste en actualizar los conocimientos sobre la etiología y resistencia bacteriana a antibióticos en el tratamiento de las infecciones del tracto urinario; establecer un consenso en el equipo de atención primaria sobre los antibióticos a utilizar en cada caso (adecuación diagnóstico-indicación-prescripción) y registrar durante seis meses en todos los cupos de médicos de familia del centro (10 cupos) el tratamiento de cada episodio, las excepciones al mismo y su eficacia; por último, comparar una muestra representativa de los tratamientos antes del programa y al terminar el mismo.

Las actividades a desarrollar en el plan de mejora son las siguientes:

1. Reunión del equipo el día 17 de enero de 2003 para la elección del tema de programa de calidad a través de una tormenta de ideas.
2. Sesión sobre “Infecciones del tracto urinario en atención primaria”, organizada por la Comisión de Uso Racional del Medicamento, que se impartirá en el mes de febrero.
3. Reunión del equipo de mejora para consensuar los posibles tratamientos en cada ITU tras la sesión.
4. Sesión sobre “Tratamiento de elección en Infecciones del Tracto Urinario, excepciones y exposición del Proyecto de Calidad” a todo el equipo de salud.
5. Registro de los casos diagnosticados, tratamiento establecido y valoración de su eficacia, considerando éxito terapéutico la desaparición clínica de los síntomas, desde el mes de abril a septiembre, ambos incluidos.
6. Registro razonado de las excepciones al tratamiento (alergias, contraindicaciones, posibles interacciones, etc) y valoración de su eficacia, desde el mes de abril a septiembre, ambos incluidos.
7. Comunicación a todas las oficinas de farmacia de la zona básica de salud (10 oficinas de farmacia) del proyecto de mejora en los meses de marzo y abril mediante entrevista, fomentando el intercambio de información.
8. Cuantificación de la prescripción de antibióticos en ITU antes del proyecto de mejora, analizando una muestra representativa de historias clínicas.
9. Cuantificación y análisis de resultados.

Se adjunta cronograma (ANEXO 1)

Para valorar la consecución de los objetivos a través de las actividades propuestas se plantean los siguientes indicadores:

I_1 = N° de ITU registradas.

I_2 = $\frac{\text{Tratamientos ajustados a elección}}{\text{Total de tratamientos}}$

$I_3 = \text{Tratamientos adecuados en las excepciones}$

Total de excepciones.

$I_4 = \text{Tratamientos con éxito terapéutico de los ajustados a elección}$

Total de tratamientos ajustados a elección

$I_5 = \text{Tratamientos con éxito terapéutico en las excepciones}$

Total de excepciones

$I_6 = \text{Número de contactos espontáneos mantenidos a iniciativa de la oficina de farmacia.}$

Fuentes I_1 Registro del Programa de Calidad

Fuentes $I_2, I_3 =$ Historias Clínicas. Se medirán antes del proyecto y después.

Fuentes $I_4, I_5, I_6 =$ Registro del Programa de Calidad.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Resistencia microbiana: ¿Qué hacer?. Informe del panel de expertos. Revista Española de Salud Pública 1995. Noviembre-diciembre de 1995.
2. Antibióticos y resistencia bacteriana: un problema de todos. Centros de salud. Diciembre de 2000.
3. Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y los costes derivados de la no adecuación. AATM informes de evaluación 1999.
4. Infecciones de vías respiratorias y del tracto urinario en Atención Primaria. Comisión de Uso Racional del Medicamento. Áreas 2 y 5.
5. Protocolos clínicos SEIMC (Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica). Infección urinaria. Hospital Clinic i Provincial, Barcelona.
6. Evaluación de la variabilidad e idoneidad en la prescripción de antimicrobianos en atención primaria en la Comunidad Autónoma Vasca.
7. León E, Calderón J, Hernández P, Rodríguez B, Merino R, Gil M. Uso racional del medicamento en el tratamiento de infecciones urinarias en el Área de Talavera de la Reina. Atención Primaria 2002; 29:481-485.

La bibliografía consultada se ha utilizado para intentar encontrar causas y posibles soluciones al problema de las resistencias bacterianas y prescripción de antibióticos. Para consensuar el tratamiento de elección en cada diagnóstico se consultará nueva bibliografía.

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

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA	
Material / Servicios	<u>Euros</u>
Ordenador portátil	1.800 €
Videoprojector	2.300 €
<u>TOTAL EUROS</u>	4.100 €

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

1. - TITULO	PROYECTO DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN JOSÉ CENTRO	
2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	Nombre y apellidos: CRISTINA MARTÍNEZ URTASUN	
Profesión :	Centro de trabajo: CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ CENTRO FARMACÉUTICA	
Dirección:	SANTUARIO DE CABAÑAS, 16	
Localidad :	ZARAGOZA	Código Postal y provincia 50.013-ZARAGOZA
Teléfono	976593284	Fax 976594406 Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
PILAR MELÓN JUNCOSA	MÉDICO FAMILIA	SAN JOSÉ CENTRO
CLARA TERRÓN SÁNCHEZ	MÉDICO FAMILIA	SAN JOSÉ CENTRO
CARLOS ISANTA POMAR	MÉDICO FAMILIA	SAN JOSÉ CENTRO

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

España es considerado uno de los países con mayores tasas de resistencia bacteriana a antibióticos, sobretodo en patógenos de origen comunitario, debiendo todos los agentes relacionados con la salud realizar un esfuerzo global para abordar este serio problema de salud pública

Las causas más importantes de esta alta resistencia son el elevado consumo de antibióticos y la rápida incorporación de nuevas moléculas antimicrobianas al arsenal terapéutico, contribuyendo a ello:

1. La elevada demanda por parte de la población, que confía en los antibióticos, los toma libremente, se administra el tratamiento de forma incorrecta, etc.
2. La dispensación sin receta en las oficinas de farmacia pese a la normativa vigente y debida en parte a la falta de comunicación entre médicos, oficina de farmacia y administración.
3. La inadecuada prescripción médica, excesiva en antibióticos considerados de segunda línea en atención primaria y mal elegidos en los servicios de urgencias.
4. La presión de la industria farmacéutica, más orientada a la promoción de nuevas moléculas que a una política de uso racional.
5. La ineficacia de la administración en la promoción del uso racional de antibióticos.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son la segunda causa de consulta por infección en atención primaria. Su origen es casi siempre bacteriano, por lo que el conocimiento del germen causante y su sensibilidad a antibióticos es fundamental para un tratamiento racional.

La existencia de información sobre resistencias bacterianas a antibióticos en las ITU proporcionada por la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM) en un informe enviado a los Centros de Salud a finales del año 2002 fue fundamental para que en una reunión de equipo el día 17 de enero y priorizando los temas propuestos a través de una tormenta de ideas se decidiera realizar un proyecto de mejora sobre este tema.

3. 2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo general: Mejorar la prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto urinario basándonos en los datos de resistencia a los mismos en nuestro medio.

Objetivos concretos:

1. Consensuar los tratamientos de elección en cada diagnóstico de ITU y ajustar la prescripción de antibióticos a los mismos. Ello implica:
 - Conocer los gérmenes responsables de las ITU en nuestro medio y su nivel de resistencias a antibióticos.
 - Definir los casos que requieren tratamiento antibiótico.
 - Establecer los antibióticos de elección en cada ITU y su posología.
 - Establecer las excepciones al tratamiento y su posología.
2. Analizar la prescripción de los casos que no se ajustan al consenso.
3. Valorar la eficacia de los tratamientos registrados, tanto de los ajustados a consenso (de elección y excepciones) como del resto.
4. Mejorar la comunicación con las oficinas de farmacia de la zona básica de salud.

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

El plan de mejora consiste en actualizar los conocimientos sobre la etiología y resistencia bacteriana a antibióticos en el tratamiento de las infecciones del tracto urinario; establecer un consenso en el equipo de atención primaria sobre los antibióticos a utilizar en cada caso (adecuación diagnóstico-indicación-prescripción) y registrar durante seis meses en todos los cupos de médicos de familia del centro (9 cupos) el tratamiento de cada episodio de ITU, las excepciones al mismo y su eficacia; por último, comparar una muestra representativa de los tratamientos antes del programa y al terminar el mismo.

Las actividades a desarrollar en el plan de mejora son las siguientes:

1. Reunión del equipo el día 17 de enero de 2003 para la elección del tema de programa de calidad a través de una tormenta de ideas.
2. Sesión sobre "Infecciones del tracto urinario en atención primaria", organizada por la Comisión de Uso Racional del Medicamento, que se impartirá en el mes de febrero.
3. Reunión del equipo de mejora para consensuar los posibles tratamientos en cada ITU tras la sesión.
4. Sesión sobre "Tratamiento de elección en Infecciones del Tracto Urinario, excepciones y exposición del Proyecto de Calidad" a todo el equipo de salud.
5. Registro de los casos diagnosticados, tratamiento establecido y valoración de su eficacia, considerando éxito terapéutico la desaparición clínica de los síntomas, desde el mes de abril a septiembre, ambos incluidos.
6. Registro razonado de las excepciones al tratamiento (alergias, contraindicaciones, posibles interacciones, etc) y valoración de su eficacia, desde el mes de abril a septiembre, ambos incluidos.
7. Comunicación a todas las oficinas de farmacia de la zona básica de salud (7 oficinas) del proyecto de mejora en los meses de marzo y abril mediante entrevista, fomentando el intercambio de información.
8. Cuantificación de la prescripción de antibióticos en ITU antes del proyecto de mejora, analizando una muestra representativa de historias clínicas.
9. Cuantificación y análisis de resultados.

Se adjunta cronograma (ANEXO 1)

Para valorar la consecución de los objetivos a través de las actividades propuestas se plantean los siguientes indicadores:

I_1 = N° de ITU registradas.

I_2 = $\frac{\text{Tratamientos ajustados a elección}}{\text{Total de tratamientos}}$

$I_3 = \frac{\text{Tratamientos adecuados en las excepciones}}{\text{Total de excepciones}}$

$I_4 = \frac{\text{Tratamientos con éxito terapéutico de los ajustados a elección}}{\text{Total de tratamientos ajustados a elección}}$

$I_5 = \frac{\text{Tratamientos con éxito terapéutico de las excepciones}}{\text{Total de excepciones}}$

$I_6 = \text{Número de contactos espontáneos mantenidos a iniciativa de la oficina de farmacia.}$

Fuentes I_1 . Registro del Programa de Calidad

Fuentes I_2, I_3 = Historias Clínicas. Se medirán antes del proyecto y después.

Fuentes I_4, I_5, I_6 = Registro del Programa de Calidad.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Resistencia microbiana: ¿Qué hacer?. Informe del panel de expertos. Revista Española de Salud Pública 1995. Noviembre-diciembre de 1995.
2. Antibióticos y resistencia bacteriana: un problema de todos. Centros de salud. Diciembre de 2000.
3. Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y los costes derivados de la no adecuación. AATM informes de evaluación 1999.
4. Infecciones de vías respiratorias y del tracto urinario en Atención Primaria. Comisión de Uso Racional del Medicamento. Áreas 2 y 5.
5. Protocolos clínicos SEIMC (Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica). Infección urinaria. Hospital Clinic i Provincial, Barcelona.
6. Evaluación de la variabilidad e idoneidad en la prescripción de antimicrobianos en atención primaria en la Comunidad Autónoma Vasca.
7. León E, Calderón J, Hernández P, Rodríguez B, Merino R, Gil M. Uso racional del medicamento en el tratamiento de infecciones urinarias en el Área de Talavera de la Reina. Atención Primaria 2002; 29:481-485.

La bibliografía consultada se ha utilizado para intentar encontrar causas y posibles soluciones al problema de las resistencias bacterianas y prescripción de antibióticos. Para consensuar el tratamiento de elección en cada diagnóstico se consultará nueva bibliografía.

1.- TÍTULO

CONTROL Y EDUCACIÓN DEL NIÑO ASMÁTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: ANA LUZ GARÍN MORENO

Profesión : PEDIATRA Centro de trabajo: C.S. LAS FUENTES NORTE

Dirección Dr. IRANZO s/n

Localidad : ZARAGOZA

Código Postal y provincia 50002

Teléfono 976290334

Fax

Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Teresa Bartrés Soler	PEDIATRA	C.S. LAS FUENTES NORTE
Mercedes Guallart Blanco	PEDIATRA	C.S. LAS FUENTES NORTE
M ^a Isabel Monco Hernández	PEDIATRA	C.S. LAS FUENTES NORTE
M ^a Pilar Marín Ibáñez	ENFERMERA	C.S. LAS FUENTES NORTE
M ^a Desamparados Forés Catalá	ENFERMERA	C.S. LAS FUENTES NORTE
Elisa Lambán Casamayor	ENFERMERA	C.S. LAS FUENTES NORTE

3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- 1- Control deficiente de la patología crónica más prevalente en la infancia, con ausencia en muchos pacientes, de un plan de acción de manejo del asma.
- 2- Conocimientos insuficientes o erróneos sobre los factores que influyen en la enfermedad y su manejo en los pacientes asmáticos y sus familiares.
- 3- Escasa adherencia al tratamiento crónico en muchos pacientes y errores en las técnicas de administración del tratamiento.
- 4- Escasa conciencia de la importancia del autocontrol en muchos pacientes.

3.2. - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1- Aumento del número de pacientes con un plan estratégico de tratamiento de forma individualizada.
- 2- Disminución de la morbilidad: visitas a urgencias, hospitalizaciones o ausencias escolares.
- 3- Aumento de conocimientos, actitudes y habilidades en el manejo de la enfermedad.
- 4- Aumento de la adherencia al tratamiento.
- 5- Aumento de la autoconfianza y autoeficacia en el manejo del asma.

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

1. Realización de un censo de enfermos con clasificación de gravedad.
2. Protocolización de la actuación en el 75% de los niños de este censo con realización de:
 - 2.1. Consulta programada del pediatra:
 - Inicial : captación, valoración, tratamiento.
 - De seguimiento: control evolutivo, educación, sanitaria.
 - 2.2. Consulta programada de enfermería:
 - Consulta 1ª: encuesta, valoración, educación sanitaria, espirometría.
 - Consulta 2ª: educación sanitaria.
 - Consulta 3ª: educación sanitaria. Autocontrol. Evaluación.
 - 2.3. Educación grupal (opcional y tras haber pasado por los puntos anteriores)

La periodicidad de las consultas se individualizará en cada caso según evolución. La inclusión del 75% de niños asmáticos se realizará a lo largo de un año. La evaluación se realizará por medio de las historias clínicas, encuestas y cuaderno de evaluación. Se adjunta cronograma de actividades.

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- 1- Cano Garcinuño A., Díaz Vázquez C., Montón Álvarez J. Asma en el niño y adolescente. Ed. ExLibris. 2001.
- 2- Grupo de respiratorio de la SMCFC. Educación Sanitaria en Asma.
- 3- Ojeda Casas J.A. Ed. Mayo. Guía Práctica del asma y alergia pediátrica. 1998.
- 4- Newhouse M., Barnes P.,Castillo J. Ed. Aula Medical El control del asma. 1993.
- 5- Díaz Vázquez C., Alonso Bernardo L., García Muñoz M. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa del Niño Asmático. Oviedo. 1996.
- 6- American Thoracic Society. Standaritation of spirometry. 1994. Update. Am. J. Resp. Crit. Care Med. 1995; 152:1107-1136.
- 7- Global Initiative for Astma. NHLBI/WHO Workshop. Report National Institutes of Health. Bethesda MD n°95-3659. January 1995.
- 8- Asma Bronquial en Edad Pediátrica. 2001. Manual de formación. AEP, SEIGAP, SENP, SEPEAP.

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN AL ASMÁTICO

Actividad / mes	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	Setiembre	octubre	noviem	dicem
Censo												
c. pediatra												
c. enfermería												
eps grupal												
evaluacion												

1.-TÍTULO

“PROYECTO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos JAVIER POVAR MARCO
Profesión FEA **Centro de trabajo** H. U. Miguel Servet
Dirección C/ Madre Genoveva Torres, 4 esc izda 1º B
Localidad Zaragoza **Código postal y provincia** 50006-Zaragoza
Teléfono 976389169 **Fax** **Correo electrónico** jpovar@comz.org

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANGELES ALFRANCA CASTILLON	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
ROSA ALVAREZ OLIVA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
LUIS MANUEL CLARACO VEGA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JOSE MIGUEL FRANCO SOROLLA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
BELEN GROS BAÑERES	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
ANA HERRER CASTEJON	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
RAFAEL MARRON TUNDIDOR	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JOSE LUIS OMISTE MARTINEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
PATRICIA PALAZON SAURA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
PEDRO PARRILLA HERRANZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
ELENA RICARTE URBANO	FEA	H. U. MIGUEL SERVET

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

A pesar de que la eficacia del tratamiento precoz con fibrinolíticos en el infarto de miocardio con elevación del ST (IAMEST) es aceptada universalmente y está avalada por múltiples ensayos clínicos, la demora en el inicio del tratamiento sigue siendo elevada. Parte de este retraso se debe al propio paciente y a los dispositivos de asistencia extrahospitalaria, pero en numerosas publicaciones se han puesto de manifiesto importantes demoras en la asistencia hospitalaria. Estas demoras son injustificables, ya que generalmente pueden atribuirse a deficiencias en la organización del proceso asistencial.

Las guías de práctica clínica del IAMEST establecen unas pautas claras para el tratamiento de estos pacientes. Entre estas recomendaciones se encuentra la obtención del primer ECG en menos de 10 minutos y la consecución de un “Tiempo puerta-aguja” (desde la llegada al hospital hasta el inicio de la fibrinólisis) de 30 minutos. En un análisis de 139 pacientes con sospecha de SCA realizado en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital entre Julio de 2001 y Mayo de 2002 hemos podido constatar la necesidad de mejorar el proceso asistencial del paciente con IAMEST en el Servicio de Urgencias para cumplir con las recomendaciones de las guías de práctica clínica (*Comunicación oral presentada en el XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*).

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet se constituyó en el año 2001 y entre sus objetivos se incluye la mejora de la asistencia al IAMEST. En este contexto, la elaboración de este Proyecto tiene como principal objetivo aplicar las recomendaciones de las guías de práctica clínica al tratamiento de los pacientes con IAMEST que acuden al Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

En particular, se pretende mejorar el proceso asistencial para conseguir una disminución en los retrasos de asistencia y un incremento del número de pacientes que reciben tratamiento fibrinolítico. Basándonos en las guías de práctica clínica y en la metodología del proyecto ARIAM nos hemos fijado los siguientes objetivos:

- 1.- Tiempo puerta-ECG inferior a 10 minutos
- 2.- Tiempo puerta-aguja inferior a 30 minutos para pacientes con tratamiento fibrinolítico en el Servicio de Urgencias
- 3.- Índice de fibrinólisis en la primera hora próxima al 15%
- 4.- Índice de fibrinólisis en las dos primeras horas próxima al 50%

4.- PLAN DE MEJORA, METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA

Identificar la oportunidad de mejora.

Se selecciona como oportunidad de mejora la reducción del retraso en la asistencia del paciente con IAMEST en el servicio de urgencias.

Análisis de las causas y los procesos relacionados.

Las posibles causas de retraso serán analizadas por los miembros del Equipo de Mejora, constituido por personal de enfermería y médicos que prestan asistencia de forma habitual a estos pacientes. Consideramos que deberán analizarse detalladamente las tres fases del proceso asistencial del paciente con IAMEST en el Servicio de Urgencias:

Fase de recepción:

- identificación y priorización del paciente como “posible SCA”
- ubicación en un área con monitorización y desfibrilador
- realización e interpretación del ECG

Fase de decisión terapéutica:

- inicio de las primeras medidas terapéuticas según protocolo
- canalización de vía venosa periférica y obtención de muestras para analítica
- historia clínica y exploración dirigidas
- realización de Rx de tórax
- decisión de tratamiento fibrinolítico de acuerdo al protocolo del hospital
- administración del tratamiento fibrinolítico si procede

Fase de transferencia a la UCI:

- confirmación de la disponibilidad de cama en UCI
- traslado intrahospitalario del paciente a la UCI
- traslado a la UCI de otro hospital

Planificación de los cambios y/o acciones necesarias.

Tras la detección y análisis de las principales causas de retraso, el Equipo de Mejora deberá definir las actuaciones necesarias para su corrección y en particular determinar cuáles son los factores cuya corrección puede tener un mayor impacto en la consecución de los objetivos propuestos.

Es previsible que sean necesarios cambios en la actuación del médico clasificador, en la actuación de enfermería en las primeras fases de la asistencia, en el proceso de diagnóstico y toma de decisión por el personal facultativo y en el proceso de traslado del paciente hasta su ubicación definitiva.

Verificación de las medidas propuestas y monitorización.

Tras la instauración de las medidas propuestas será necesario monitorizar el proceso para poder evaluar la eficacia de las mismas. Desde Julio de 2001 disponemos de un banco de datos sobre atención al SCA en nuestro Servicio de Urgencias, por la participación en los registros RESIM y SCASEST. Los datos disponibles hasta la fecha pueden constituir los datos basales necesarios como elemento de comparación tras la introducción de cambios en el proceso asistencial.

Proponemos la utilización de los siguientes indicadores para la monitorización del proceso, que disponen de estándares ampliamente aceptados:

- 1.- Tiempo puerta-ECG inferior a 10 minutos
- 2.- Tiempo puerta-aguja inferior a 30 minutos para pacientes con tratamiento fibrinolítico en el Servicio de Urgencias
- 3.- Índice de fibrinólisis en la primera hora próxima al 15%
- 4.- Índice de fibrinólisis en las dos primeras horas próxima al 50%

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1.- Saturno PJ, Felices F, Segura J, Vera A, Rodriguez JJ, for the ARIAM project group. Reducing time delay in the thrombolysis of myocardial infarction: an internal quality improvement project. Am J Med Qual 2000; 15: 85-93.
- 2.-Moses HW, Bartolozzi JJ, Koester DL, Colliver JA, Taylor GJ, Mikell FL et al. Reducing delay in the emergency room in administration of thrombolytic therapy for myocardial infarction associated with ST elevation. Am J Coll Cardiol 1991; 68: 251-253.
- 3.- Ryan TJ, Antman EM, Brooks NH et al. 1999 update: ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. Circulation 1999; 100: 1016-1030.
- 4.- Arós F, Loma-Orsorio A, Alonso A et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 919-956.
- 5.- Aguayo de Hoyos E, Reina Toral A, Colmenero Ruiz M, Barranco Ruiz M, Pola Gallego de Guzmán MM y Grupo ARIAM. Análisis de los retrasos en el tratamiento del síndrome coronario agudo. Datos del registro ARIAM. Medicina Intensiva 1999; 23: 288-293.
- 6.- Povar Marco J, Ricarte Urbano E, Herrero Castejón A, Palazón Saura P, Parrilla Herranz P, Claraco Vega LM. Calidad en la asistencia del síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias. Comunicación oral presentada en el XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Pamplona, 8-11 Octubre de 2002.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA.

Material /Servicio	Euros
Asistencia de 2 personas (personal de enfermería) a 2 congresos nacionales. Gastos de inscripción y viajes.....	1500 €.

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

<p><u>1.- TITULO</u></p> <p>“PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO EN HEMODINAMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA”.</p>
--

<u>2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>	
Nombre y apellidos Isabel Calvo Cebollero	
Profesión Médico (Jefe de Sección)	Centro de trabajo Hospital Miguel Servet
Dirección Via Hispanidad 83, casa 4, 3º F	
Localidad Zaragoza	Código postal y provincia 50012 Zaragoza
Teléfono 976333487 Fax 976562565 Correo electrónico isabel.calvo@wanadoo.es	

<u>2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Antonio Diarte De Miguel	FEA Cardiología	Hospital Miguel Servet
Teresa Escudero Beltran	DUE	Hospital Miguel Servet
Delia Esteban Lorente	DUE	Hospital Miguel Servet
José Gabriel Galache Osuna	FEA Cardiología	Hospital Miguel Servet
Celia Gimeno Lozano	Celadora	Hospital Miguel Servet
Ana Rosel Vallejo	Aux. Administrativo	Hospital Miguel Servet
Concepción Santolaria Aisa	DUE	Hospital Miguel Servet
Araceli Serrano Martinez	DUE	Hospital Miguel Servet
Maria Jose Tarongi Mendivil	AUX.ENFERMERIA	Hospital Miguel Servet

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

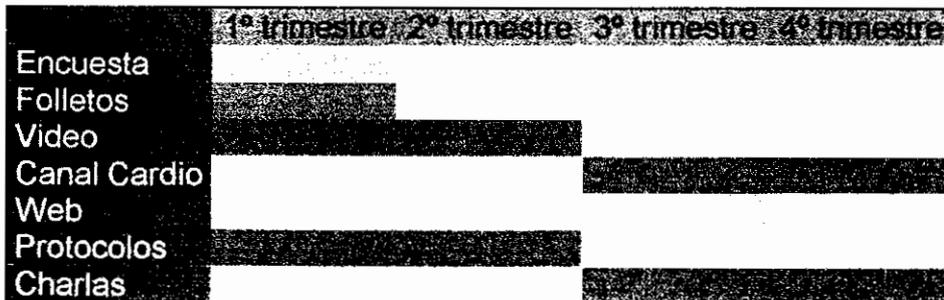
1. La Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista realiza procedimientos diagnósticos y terapéuticos de riesgo en pacientes con cardiopatía grave conocida o sospechada, que precisan de documento de consentimiento informado escrito, firmado por el paciente y por el médico que solicita el procedimiento. La obtención del consentimiento del paciente puede quedar limitado a la firma de dicho documento.
2. La información incompleta del paciente antes de la firma del documento de consentimiento informado dificultan la necesaria participación del paciente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad (otras alternativas posibles de diagnóstico o de tratamiento, riesgos generales y personalizados del procedimiento...)
3. La información insuficiente sobre las técnicas y el entorno durante el procedimiento incrementa la ansiedad del paciente antes y durante el proceso y obliga a la utilización adicional de fármacos psicoactivos.
4. La insuficiente información del paciente sobre los riesgos y posibles complicaciones post-procedimiento pueden retrasar la atención en caso de complicación o pueden llevar a consultas innecesarias.
5. Los cardiólogos clínicos con dedicación hospitalaria o extrahospitalaria , intensivistas y cirujanos cardíacos que solicitan los procedimientos requieren información actualizada sobre las nuevas técnicas introducidas, nuevas aplicaciones de técnicas existentes y resultados esperables de la aplicación de las mismas. La información que reciben habitualmente es insuficiente.
6. El personal de enfermería de hospitalización y UCI precisa de información específica y concreta sobre estas técnicas y cuidados pre y post-procedimiento. Esta información se ve con frecuencia dificultada por la movilidad de la plantilla.
7. El personal médico y de enfermería hospitalario y extrahospitalario disponen de escaso tiempo para informar y aclarar personalmente las dudas de cada paciente.
8. En nuestro medio no existen protocolos actualizados de cuidados pre y post-procedimiento.
9. No existen vías clínicas que faciliten el trabajo del personal de enfermería y la información del paciente.
10. La Sección recibe pacientes trasladados desde otros Centros Hospitalarios (Hospital Royo Villanova, Hospital Provincial , Hospitales de otras provincias)que requieren información precisa sobre los procedimientos, preparación del paciente, cuidados post-procedimiento, etc.
11. Desconocimiento de las necesidades y expectativas del paciente.
12. Ausencia de información a la sociedad (comunidad).

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. *Informar al paciente* al que se le propone la realización de una técnica cardiológica intervencionista, sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que su médico le plantea, el entorno físico y humano donde se realiza, que se puede esperar de la realización del mismo, posibles complicaciones y alternativas al mismo, de forma que pueda participar activamente en el proceso de diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.
2. *Mejorar la satisfacción del paciente* al que se realiza un procedimiento cardiovascular percutáneo, por los resultados obtenidos y por el cumplimiento de sus expectativas.
3. *Mejorar la información del personal sanitario* sobre dichos procedimientos, sus resultados en nuestro medio y posibles complicaciones.
4. *Acortar la estancia hospitalaria* relacionada con la realización de procedimientos cardiovasculares intervencionistas diagnósticos y terapéuticos.
5. *Mejorar la eficiencia* derivada de la mejor utilización de los recursos
6. *Identificar las necesidades* de las partes interesadas con el fin de mejorar la comunicación y detectar los puntos críticos en la interrelación multidisciplinar.
7. *Mejorar los resultados* de nuestros procedimientos al mejorar la preparación del paciente y la identificación y tratamiento de las posibles complicaciones posteriores.
8. *Información a la comunidad.*

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

1. Constitución del equipo de mejora interdisciplinar.
2. Asignación de responsabilidades/objetivos.
3. Reuniones mensuales del equipo de mejora, - a propuesta del responsable del grupo - trabajando previamente los temas individualmente y después puesta en común.
4. Actividades:
 - * Encuesta a pacientes como método de detección de expectativas y problemas.
 - * Folletos informativos sobre el cateterismo cardíaco y la angioplastia coronaria.
 - * Elaboración de un Video informativo
 - * Difusión de dicho video en Hospitalización mediante un canal específico a instalar en la red TV existente en el hospital : CANAL CARDIO.
 - * Inclusión de la información en la Web del Hospital.
 - * Protocolizar las actuaciones médicas y del personal de enfermería antes y después del procedimiento.
 - * Charlas informativas periódicas a las partes interesadas.
 - * Monitorización de resultados, identificación de problemas, nuevas soluciones.....
5. Divulgación de resultados (comunidad científica, asistencial, sociedad?)
6. Divulgación de resultados (comunidad científica, asistencial, sociedad?)
7. Cronograma previsto del proyecto:



5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Josefina Caminal .La medida de la satisfacción: Un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001;16:276-279.

La opinión expresada por los ciudadanos mediante encuestas de satisfacción ofrece una información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios sanitarios y constituye un instrumento de participación fundamental en la mejora de la calidad.

2. LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD.TITULO PRIMERO Del sistema de salud

Derecho del paciente a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

3. Enrique Esplugas, Fernando Alfonso, Joaquín J. Alonso, Enrique Asín, Jaime Elizaga, Andrés Iñiguez y José Manuel Revuelta. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en cardiología intervencionista: angioplastia coronaria y otras técnicasSociedad Española de Cardiología. (Rev Esp Cardiol; 53 : 218 - 240)

La cardiología intervencionista ha experimentado en los últimos años un gran crecimiento. En esta guía de actuación clínica se revisa la evidencia científica existente y su implicación en la utilidad de las diferentes técnicas en distintos contextos clínicos y anatómicos

4. Mott AM Psychologic preparation to decrease anxiety associated with cardiac catheterization. J Vasc Nurs 1999 Jun;17(2):41-9

La preparación psicológica mediante uan combinación sensorial- perceptual es beneficiosa para reducir en los pacientes la ansiedad antes de una experiencia estresante como el cateterismo cardiaco.

5. Manuel de los Reyes López (coordinador), Andrés Iñiguez Romo, Antonio Goicolea de Oro,Bartolomé Funes López y Alfonso Castro Beiras Comité de Consentimientos Informados de la Comisión de Asuntos Profesionalesde la Sociedad Española de Cardiología. **El consentimiento informado en cardiología** Rev Esp Cardiol 1998; 51: 782-796

Se aportan criterios, modelos y condiciones para la aplicabilidad de los formularios escritos de consentimiento informado, con arreglo a la legislación española y a la experiencia adquirida.

6. I Calvo Cebollero, F Fernandez Vazquez, JG Galache Osuna, JA Diarte De Miguel, C Santolaria Aisa y LJ Placer Peralta. Nuevas tecnologías de la comunicación y consentimiento informado en técnicas cardiológicas de riesgo. Rev Calidad Asistencial 2002;17 447

La cada vez más amplia utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación para el acceso a la información sanitaria, permite que estas pueden servir de apoyo al proceso verbal de consentimiento, facilitando la transmisión de una información más completa posible, veraz y comprensible que facilite la toma de decisiones del paciente.

7. Scanlon and Faxon, ACC/AHA GUIDELINES FOR CORONARY ANGIOGRAPHY JACC vol. 33, no. 6, may 1999:1756-1824

Guía de práctica clínica de la utilización de la coronariografía como procedimiento diagnóstico.

8. P. Aragón Albillos, E. Bernal Bernal, I. Fernandez Antón, R. Gil Alonso Corta estancia de los pacientes sometidos a Cateterismo Cardíaco diagnóstico programado. Enferm Cardiol 1999;17:25-27

Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes sometidos a cateterismo cardíaco de forma programada de corta estancia con objeto de disminuir en tiempo de hospitalización sin aumento de las complicaciones.

9. Álvarez Moya JM. Protocolo de traslado en cateterismo cardíaco. Rev. Enferm. Cardiol. 1999; 18:30-31.

Protocolo para 1. Unificar criterios de preparación (físicos, anímicos y administrativos) de pacientes que se sometieron a un traslado desde su hospital de origen al de referencia para la realización de un cateterismo. 2. Valorar y prevenir las complicaciones durante y después del traslado. 3. Exponer los cuidados de Enfermería que se realizaron antes, durante y después del traslado.

10. Luis S. Díaz de la Llera y Juan Antonio Fournier Andray. Deambulacion precoz tras cateterismo cardíaco con 6 Fr Angio-Seal, un nuevo dispositivo hemostático de cierre de la punción percutánea. Rev Esp Cardiol 2001; 54: 1406 – 1410

El uso del nuevo dispositivo hemostático 6 Fr Angio-Seal acorta el tiempo de hemostasia y permite iniciar antes la deambulacion.

11. María L. André, Javier Goicolea, Virginia Argibay, Anuncia Vázquez, Pilar Guillén, Mónica Gómez, Rafael Ruiz, Marcelo Sanmartín y Ramón Mantilla. **Seguridad y eficacia de un protocolo de deambulacion precoz, con dispositivo de hemostasia Angio-seal, tras angioplastia coronaria.** Rev Esp Cardiol 2001; 54: 1264 - 1270

Estrategia de deambulacion precoz tras la realizacion de una angioplastia coronaria con utilizacion de un dispositivo de sellado vascular femoral.

1.- TÍTULO: DISEÑO DE UN PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CREACIÓN DE UN MARCO DE MODELIZACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS NORMAS ISO 9000/2002 .

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos: Ramiro Alvarez Alegret
Profesión: Médico-Anatomopatólogo
Centro de Trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet
Dirección: Isabel la Católica 1-3.
Localidad: Zaragoza **Código postal:** 50009 **Provincia:** Zaragoza
Teléfono: 976-755553 Ext. 2586
Correo electrónico: ralvarez@hmservet.insalud.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y Apellidos	Profesión	Centro de Trabajo
Alfaro Torres Jorge	Anatomopatólogo	H.U.. Miguel Servet
Andrés Alías Pilar	Auxiliar Enfermería	H.U.. Miguel Servet
Azúa Romeo Javier	MIR de AP	H.U.. Miguel Servet
Esteve Sendra Alicia	Técnico de AP	H.U.. Miguel Servet
Cisneros Cipriano	Celador	H.U. Miguel Servet
Gimeno Serrano Pilar	Auxiliar Administrativa	H.U.. Miguel Servet
Hörndler Argárate Carlos	Anatomopatólogo	H.U.. Miguel Servet
De Miguel Adrián Carmen	Supervisora	H.U.. Miguel Servet
Valero Palomero, Ignacia	Anatomopatólogo	H.U.. Miguel Servet
Yus gotor Carmen	Anatomopatólogo	H.U.. Miguel Servet

3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O PROBLEMAS DETECTADOS .

3.1.1. Prolegómenos. Situación de partida general en la Gestión de Calidad:

La Ley General de Sanidad recoge, como una de las características fundamentales de Sistema Nacional de Salud, "la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados", y, como una de las actuaciones a desarrollar por las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud, "el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles".

Cualquier actividad sanitaria presenta unos parámetros susceptibles de ser diferenciados y medidos, pero lógicamente la evaluación y control de la calidad sólo tiene

razón de ser si ponemos como fin su mejora. Es decir, *medir la calidad sólo tiene sentido si es para mejorarla.*

Tradicionalmente la calidad ha sido una cuestión exclusiva de los profesionales, aunque en los sistemas sanitarios, como el español, financiados con impuestos, la Administración ha jugado un papel clave en el diseño de los programas de calidad. Históricamente, la participación de los profesionales en estos programas se reducía o centraba en las Comisiones Clínicas, que aglutinaban un escaso porcentaje del personal sanitario, en especial médico.

Recientemente, la introducción de los Contratos Programa en los Servicios y Unidades, auspiciados por los Planes de Gestión de los Centros, han incluido como uno de sus objetivos la implantación de Programas de Gestión de Calidad, y no sólo en el área científico-técnica, pero la implicación de la integridad del personal sigue siendo dificultosa, muchas veces por falta de formación y/o información.

Informar, formar, incentivar: estos son requisitos básicos para que los integrantes de un Servicio o Unidad participen y se impliquen en su correspondiente Programa de Gestión de Calidad, y no lo consideren un mero instrumento de fiscalización. La misión del Grupo de Mejora consiste en guiar, auspiciar, aglutinar y controlar los cambios necesarios, de un modo responsable y planificado, para que el Producto Final satisfaga al profesional, al Cliente Interno y al Externo o Usuario, que es quien al fin y al cabo debe percibir directamente la Mejora de la Calidad.

3.1.2. La Gestión de Calidad en el Hospital Miguel Servet:

En el año 2000 se incluyó en el Contrato de Gestión del 35% de los Servicios y Unidades esbozar las líneas directrices de un Programa de Mejora de la Calidad, que tan sólo algunos, más activos, involucrados y disciplinados, consiguieron plasmar en un proceso formativo en el 2001, que dió lugar a Programas establecidos de Control de Calidad, alguno de los cuales consiguieron incluirse en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud, ampliada a Atención Especializada en el 2002.

Estos Grupos, auspiciados por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital, comunicaron sus experiencias piloto en el año 2002 (Junio) en un Curso de Control de Calidad Hospitalario, en el que participaron diversos miembros de grupos ya establecidos, todavía no consolidados, pero sí interesados en la Gestión de la Calidad en los Servicios y Unidades Hospitalarios.

Con irregularidad en los períodos de desarrollo de los mismos, estos Grupos se han visto positivamente presionados por el hecho de asumir la Gerencia del Centro como uno de los objetivos prioritarios para el año 2003 la implantación de Programas de Control/Gestión de Calidad en los distintos Servicios y Unidades.

La presente convocatoria responde pues a la Prioridad que da la DGA, a través de la Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales, y en concreto el SALUD, tras asumir las plenas competencias sanitarias, de «potenciar a los profesionales de Salud para que presten a sus usuarios unos cuidados excelentes».

Como epílogo de este apartado, es preciso asumir que el Servicio de Anatomía Patológica es, en sí mismo, un paradigma del Control de Calidad del Hospital, pues el Informe Anatomopatológico, correctamente cumplimentado, condiciona, por su carácter "notarial", la mayoría o buena parte de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios/sanitarios, y no sólo en un área tan sensible y social y sanitariamente condicionante como la patología oncológica.

3.1.3. Reflexiones sobre un Programa de Gestión de Calidad en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Miguel Servet:

El Grupo inicial de Mejora de Calidad, constituido por dos facultativos (uno de ellos coordinador del Grupo), una DUE (Supervisora), una Técnico de Laboratorio (TEL), y una auxiliar administrativa, se configuró en 2001, pero no asumió en concreto un Programa de Gestión/Control de Calidad hasta el apoyo moral y formativo que representó el Curso de Junio de 2002 realizado a instancias de la UCA (Dr. García Mata).

Se realizó análisis de campo de fuerzas (fortalezas, debilidades), y se detectaron y priorizaron los problemas de Calidad mediante Grupo Nominal Modificado.

Las propuestas iniciales de mejora incluían inicialmente:

1. Reconocimiento del papel de la Anatomía Patológica:
 - a. En el organigrama hospitalario
 - b. En la propia formación médico-sanitaria
2. Mejora de la calidad diagnóstica:
 - a. Demora diagnóstica
 - b. Calidad/reproducibilidad diagnóstica
 - c. Revisión de diagnósticos pre y postoperatorios

ANEXO II : Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón, 2003.

3. Docencia:
 - a. Sesiones anatomo-clínicas
 - b. Sesiones interdepartamentales
 - c. Sesiones intradepartamentales

Se establecieron inicialmente también los siguientes indicadores:

1. Tiempo de demora diagnóstica
2. Correlación pre y postoperatoria
3. Porcentaje de cirugía innecesaria
4. Porcentaje de concordancia interobservadores
 - a. Intradepartamental
 - b. Interdepartamental
5. Porcentaje de consentimientos informados debidamente cumplimentados e la consulta de PAAF
6. Satisfacción del cliente:
 - a. Encuestas pacientes
 - b. Encuestas cliente (Dptos, Sº o Unidades Hospitalarias)
7. Ratio autopsias/fallecidos hospitalarios

Las líneas de actuación se centraron también inicialmente en:

1. Análisis y mejora de los circuitos diagnósticos
2. Formación continuada en Calidad del personal del Grupo de Mejora
3. Implantación periódica de Sesiones:
 - a. Intradepartamentales
 - b. Interdepartamentales
4. Optimización riesgos laborales:
 - a. Situación Sala de Autopsias
 - b. Condiciones de trabajo del laboratorio (campanas de extracción,...)
 - c. Gestión y manejo de residuos

ANEXO II : Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón, 2003.

Sin embargo, la presión asistencial hizo que las actividades no se llevaran correctamente a cabo, y los resultados de evaluación fueron irregularidades . Algunos análisis previos ofrecieron, pese a ello, datos reveladores:

- El porcentaje de cirugía innecesaria (en especial apendicectomías “blancas”) se hallaba dentro de los parámetros habitualmente establecidos.
- El estudio de la correlación clínico-patológica, realizado por el coordinador recogiendo muestras aleatorias (15 casos mensuales) de distintos Servicios o Unidades Hospitalarias (Servicios quirúrgicos en especial, pero también médicos: C^a plástica, C^a Pancreático-biliar, C^a Endocrino, Traumatología y Ortopedia, C^a Torácica, Dermatología), ofreció serias limitaciones en su valoración, por distintos motivos:
 - a. Datos clínicos insuficientes, en especial impresión preoperatoria
 - b. Excesivos diagnósticos diferenciales
 - c. Datos clínicos o impresión diagnóstica inespecíficos, no computables

Todo ello hizo que el coordinador tuviera diversas reuniones con el Responsable de la Unidad de Calidad Asistencial, en orden a adecuar los propósitos iniciales del Grupo de Mejora.

Dado que los aprendizajes o implantaciones previos son siempre útiles cuando se instaure cualquier plan de actuación, el coordinador consultó posibles experiencias y modelos previos:

1. Consulta pormenorizada y exhaustiva de modelos de Control de Calidad, en especial en Anatomía Patológica, a través de Internet
2. Consulta a un Ingente número de Servicios de Anatomía Patológica a nivel Nacional

La experiencia fue harto reveladora y frustrante, pues prácticamente ningún Servicio o Unidad de Anatomía Patológica en el país poseía un Programa establecido, reproducible y fiable de Control/Gestión de Calidad, pese a la existencia de numerosas normativas o protocolos internos concretos, en ocasiones modélicos, pero puntuales, que no contemplaban una Gestión Integral de la Calidad del Servicio.

La consulta a través de Internet ofrecía diversas posibilidades:

1. Modelo Europeo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM): Resulta interesante, en especial por alguna de sus técnicas de

mejora como el "Benchmarking" y el "Breakoutgh", que podían ser aplicables en un intento de superación. La experiencia demuestra que la aplicación en nuestra especialidad resulta muy difícil, pues por debajo de 400 puntos todo resultaba inútil, y alcanzar los 500-550 puntos era poco menos que inalcanzable. Por otra parte, sus obligatorios ciclos múltiples y revisión obligaban a una costosísima dedicación y comprensión absoluta del método, imposible en nuestro medio.

2. Recomendaciones de la Asociación de Directores de Patología Anatómica y Quirúrgica de EUA sobre "Quality Control/Quality Assurance (QC/QA)". La opción parece interesante, pues recomienda individualizar cada Programa y adecuarlo al Servicio o Unidad. Mantiene muchos rasgos comunes con el inicial programa establecido por nuestra Grupo de Mejora, pero por desgracia no contempla áreas tan importantes como la Microscopía electrónica, Inmunohistoquímica ni Biología Molecular en su certificación.
3. "Clinical pathology Accreditation" o CPA. Modelo inglés acreditado por el British Medical Council, sin ánimo de lucro, que presenta 43 estándares bastante bien definidos. Realmente sirve para ordenar y centrar el problema real de un laboratorio y su gestión, gracias a un sistema de "checking-list", generado a partir de las directrices del propio modelo.
4. Modelo o Normas ISO: Reconocidas como óptimas en el área de los Laboratorios (Hematología no clínica, Análisis clínicos, Microbiología), nunca hasta ahora existían modelos de implantación en Anatomía Patológica que conociéramos. La insistencia del Responsable de la UCA, y las repetidas consultas a distintos Servicios Nacionales de AP permitió detectar su Implementación, en el año 2000, en el Servicio de anatomía patológica del Hospital de Basurto (Bilbao).

Puestos inmediatamente en contacto con su el responsable de la Unidad (Dr. Bilbao), las facilidades de asesoramiento y su positiva experiencia han resultado inestimables para el diseño, gradual y planificado, de un programa de Gestión de Calidad en nuestro Servicio.

3.2. OBJETIVOS PLANTEADOS:

1.- Objetivos Generales:

- Mejorar el grado de satisfacción percibido por nuestros clientes:

ANEXO II : Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón. 2003.

- Médicos de los Servicios y Unidades del Hospital, receptores de nuestro PRODUCTO (=Informe Anatomopatológico)
- Pacientes (Consulta PAAF)
- Considerar, establecer y afianzar la Calidad como un marco de referencia en nuestra labor cotidiana

2.- Objetivos Específicos:

- Ampliar el Grupo de Mejora, y consolidar su estructura y funcionamiento:
 - Instauración de reuniones periódicas mensuales
 - Elaboración de reglamento de funcionamiento
 - Elaboración inexcusable de actas, nominando un secretario
- Implicar al conjunto del Servicio en la Gestión y Control de la Calidad, mediante la información, formación, y rotación periódica en el seno del Grupo de Mejora.
- Implementación gradual y consensuada de las Normas ISO 9001/2000 en nuestro Servicio.

4.- DISEÑO DEL PROGRAMA/PLAN DE MEJORA:

4.1.- Organigrama Funcional:

- Responsable del Programa: Dr. Gregorio GARCÍA JULIÁN, Jefe del Servicio
- Responsable de Calidad: Dr. Ramiro ALVAREZ ALEGRET (FEA)
- Grupo de Mejora de Calidad

4.2.- Apoyo Institucional:

- Unidad de Calidad asistencial
- Comisiones Clínicas
- Resto de Grupos de Mejora

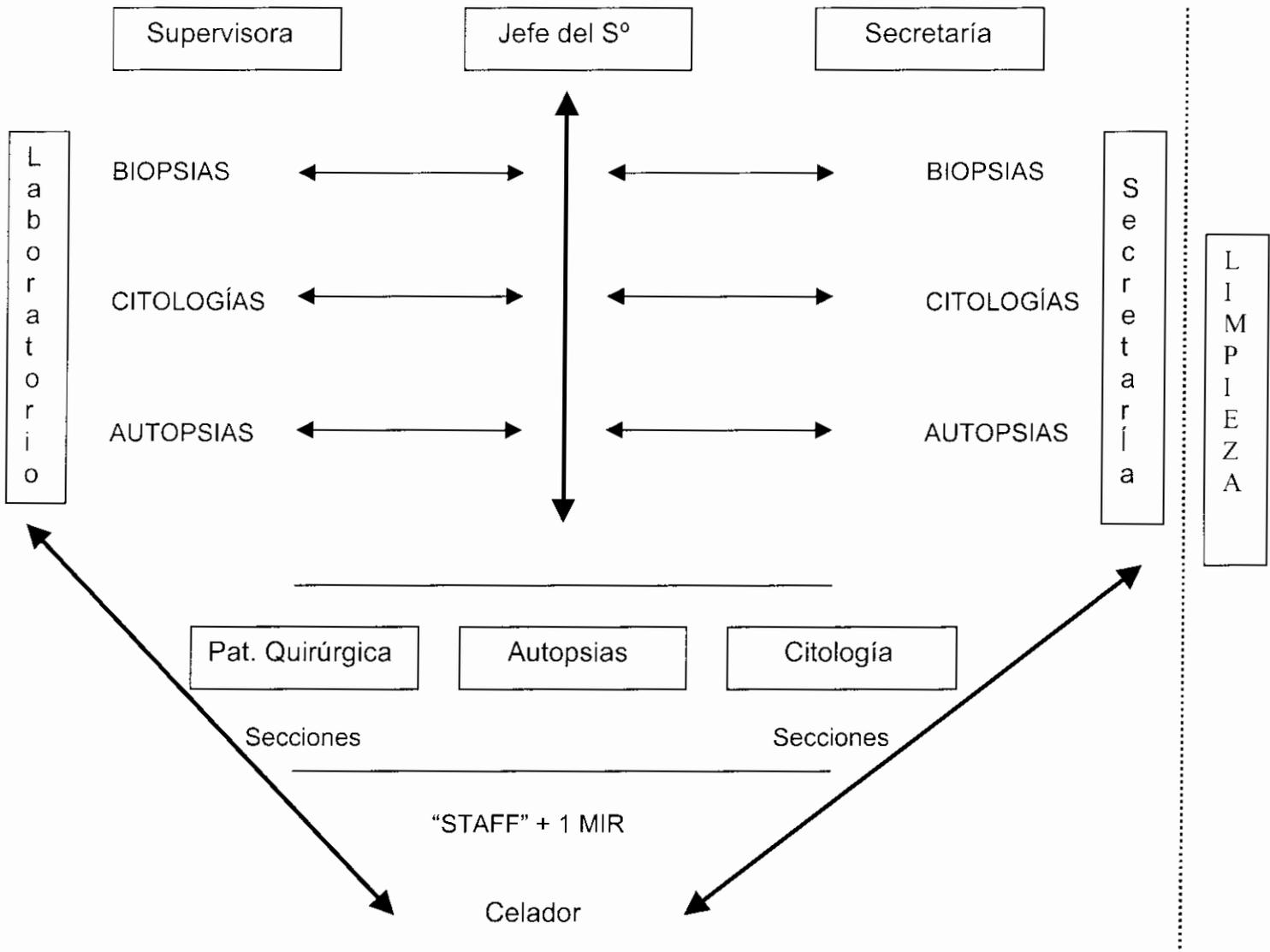
4.3.- Organigrama del Servicio:

1- Recursos humanos:

- Facultativos Especialistas de Área: 1 jefe de servicio, 3 Jefes de sección y 7 FEAs.
- DUEs: 1 DUE supervisora, 2 DUEs en citopatología, 1 DUE en Laboratorio (General y Microscopía Electrónica)
- Auxiliares de enfermería: 5, en Laboratorio General
- Técnicos Especialistas de Anatomía Patológica: 4 en Laboratorio General y Técnicas especiales, 1 en Citopatología

ANEXO II : Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón. 2003.

- Secretarías: 5, sin existencia de coordinadora de grupo
- Celadores: 1



2.- Ámbitos asistenciales:

- Patología Biópsica y Quirúrgica
- Citopatología
 - "Screening ginecológico"
 - Consulta de PAAF
 - Líquidos corporales
- Autopsias
- Técnicas especiales:
 - Microscopía Electrónica
 - Técnicas histoquímicas

- Inmunohistoquímica
- Técnicas enzimáticas
- Esbozo de Biología Molecular (HIS)

4.4.- Cartera de Servicios (Producto):

Cumplimenta de forma pormenorizada los requerimientos de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP), incluyendo una Cartera de Servicios Normalizada, que obra en poder de la Dirección Institucional.

Desde 1991, y a requerimiento de la Dirección, el Servicio se ha dividido en distintas Secciones, con el propósito de hacer más fluida la comunicación y comprensión de los Informes Anatomopatológicos a nivel de los distintos Servicios y Unidades del Hospital.:

- Sección de Dermatopatología y Patología Endocrina
 - Dr. G. García Julián
- Sección de Patología ósea y Partes Blandas, y Patología Oro-Máximo-Facial
 - Dra. A. Martínez Tello
- Sección de Ginecopatología
 - Dra. MJ Ríos Mitchell
 - Dra. MI Valero Palomero
 - Dr. C. Hörndler Argarate
- Sección de Uro-nefropatología
 - Dr. L Plaza Mas
 - Dr. C. Hörndler Argarate
- Sección de Patología Cardiopulmonar y ORL
 - Dr. A Calvo Alvarez
- Sección de Patología Coloproctológica y Pancreática
 - Dr. J Pac Sa
- Sección de Patología Hepatobiliar y Hematopatología
 - Dr. R Alvarez Alegret
- Sección de Patología gastroesofágica y Patología fetal
 - Dra. C Yus Gotor
- Sección de Citopatología ginecológica y Neuropatología
 - Dr. J Alfaro Torres
- Sección de Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF)
 - Dra. Valero
 - Dr. Plaza
 - Dr. Alvarez
 - Dra. Yus

ANEXO II : Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón. 2003.

- Dr. Alfaro
- Dr. Hörndler
- Patología Autópsica:
 - Todo el "staff", por turno

4.5.- Plan de Mejora

4.5.1.- Ampliación, consolidación, participación y formación del Grupo de Mejora:

- En una primera reunión se fijarán los miembros definitivos, y se realizará un esbozo de reglamento básico de funcionamiento, con:
 - Periodicidad reuniones
 - Elaboración de actas
 - Posibilidad de nombrar un secretario del Grupo de Mejora
- Formación en Control de Calidad de los distintos componentes que no la hubieran realizado, a través de cursos subvencionados (propia UCA o extrahospitalarios)
- Propuestas de rotación de los distintos miembros y planteamiento de la relación idónea interdepartamental, actualmente empírica
- Solicitud de asistencia periódica, cuanto menos en las primeras reuniones, al Responsable de la UCA, Dr. García Mata

4.5.2.- Creación de una "Filosofía" o ambiente intradepartamental de Control de Calidad:

El Grupo de Mejora, liderado por su coordinador, debe intentar crear un "clima" propicio en el Servicio para la implementación de un Modelo de Gestión de Calidad, evitando hacerlo sinónimo de un intento de "fiscalización laboral". Podemos pasar a denominarlo norma, pues deberemos considerar a partir de ahora como "normal" trabajar con calidad.

Para ello se propondrá la realización de sesiones informativas periódicas a los distintos componentes y estamentos del Servicio.

4.5.3.- Posibles problemas y soluciones generales durante el periodo de implantación:

1.- El Grupo de Mejora debe comprender y asimilar la norma, y saber transmitirla al personal

ANEXO II : Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón. 2003.

2.- El Grupo debe inculcar en el personal el espíritu de la norma= trabajo con calidad. Ello requiere tiempo, pues una norma implantada de forma precipitada y sin comprensión por parte del Grupo o del personal muy probablemente fracasará.

3.- Hay que explicar que la norma hará que trabajemos mejor, y que no representa ningún intento exclusivo de control o fiscalización.

4.- La norma debe ser aceptada por todos o la mayor parte del personal para que tenga éxito, haciendo ver a los distintos componentes estamentarios que su trabajo individual responsable redundará en que el producto final del Servicio, el Informe Anatomopatológico, tenga todos los requisitos implícitos necesarios: COMPRESIÓN, FIABILIDAD, RAPIDEZ.

5.- Toda iniciativa posterior que no haya conseguido estos requisitos previos está destinada al fracaso, por lo que es necesario asimilar que se trata de un proceso LARGO y GRADUAL

6.- Una vez estemos seguros de la participación del Servicio, la Dirección puede iniciar su trabajo de revisión, condicionando nuevos requisitos no implícitos.

4.5.4.- Estudio/Análisis y posterior control de los distintos procesos:

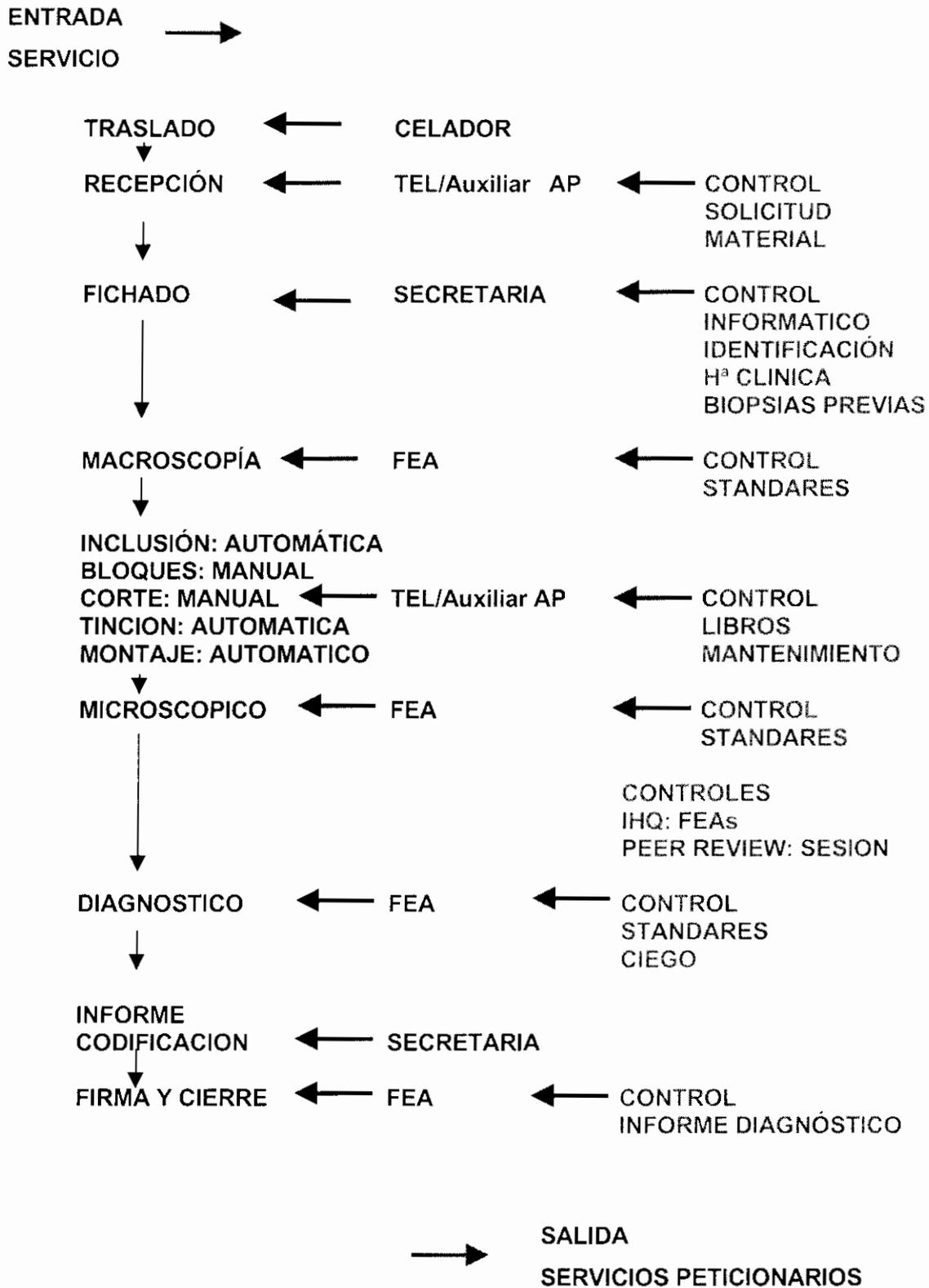
Tradicionalmente, se considera que un Servicio de Anatomía Patológica es responsable de los distintos procesos (citologías, biopsias, autopsias) en el intervalo comprendido entre la recepción de la muestra en el laboratorio, y la salida del informe anatomopatológico final hacia los distintos Servicios o Unidades peticionarios.

Sin embargo, el control de calidad empieza antes, con la información pormenorizada de las condiciones idóneas de obtención, manipulación y envío de las diferentes muestras, para estudios convencionales y/o especiales. Se valorarán en este sentido la realización de Protocolos y Normas intrahospitalarias, que pueden redundar a la postre en un proyecto más ambicioso, como es la edición de un Libro o manual de Calidad del Servicio de Anatomía Patológica (ver punto 4.5.5).

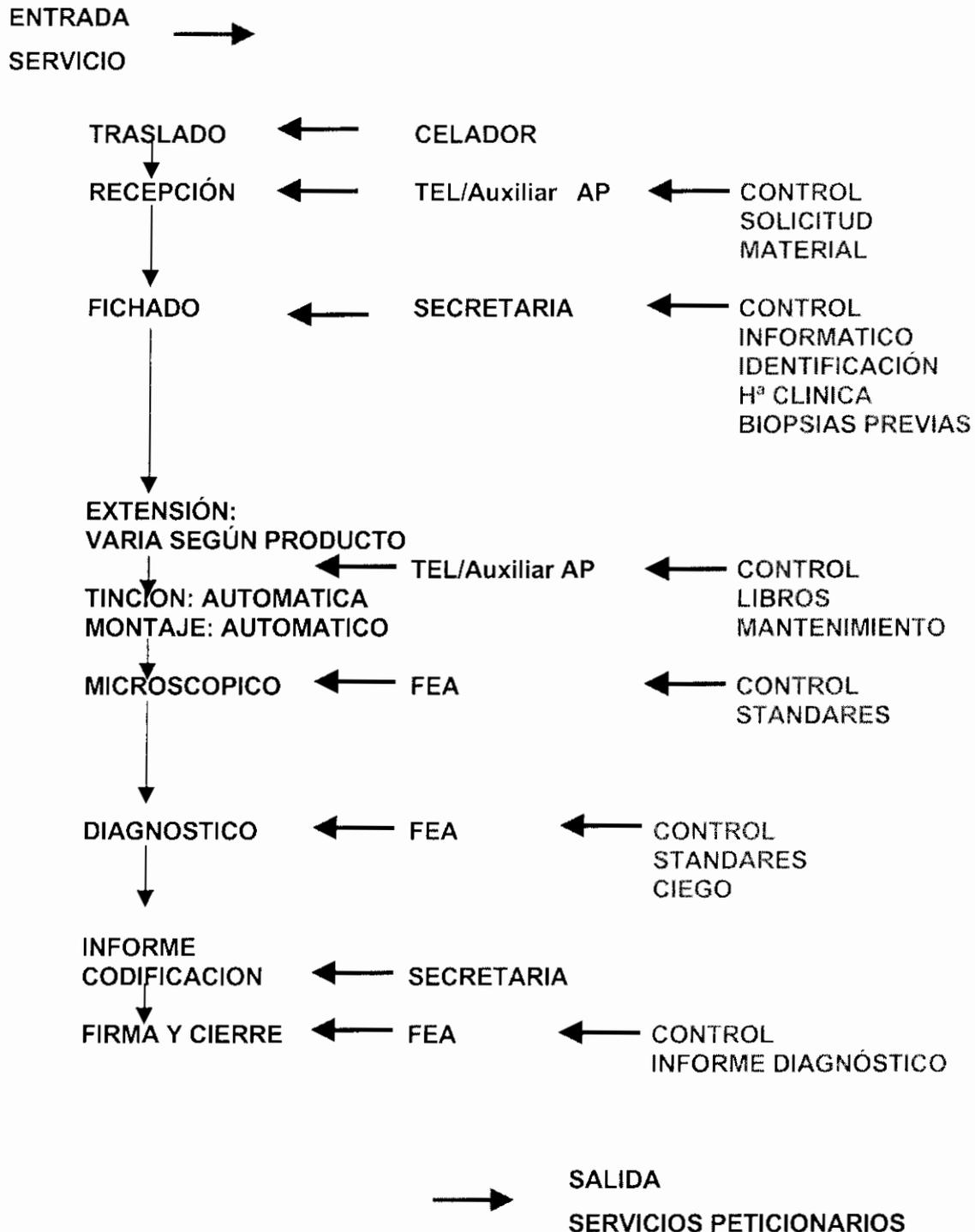
Se plantean, en este sentido, los siguientes organigramas de los tres procesos básicos asistenciales en un Servicio de Anatomía Patológica: Citologías, biopsias/piezas quirúrgicas, y autopsias, con el siguiente esquema:



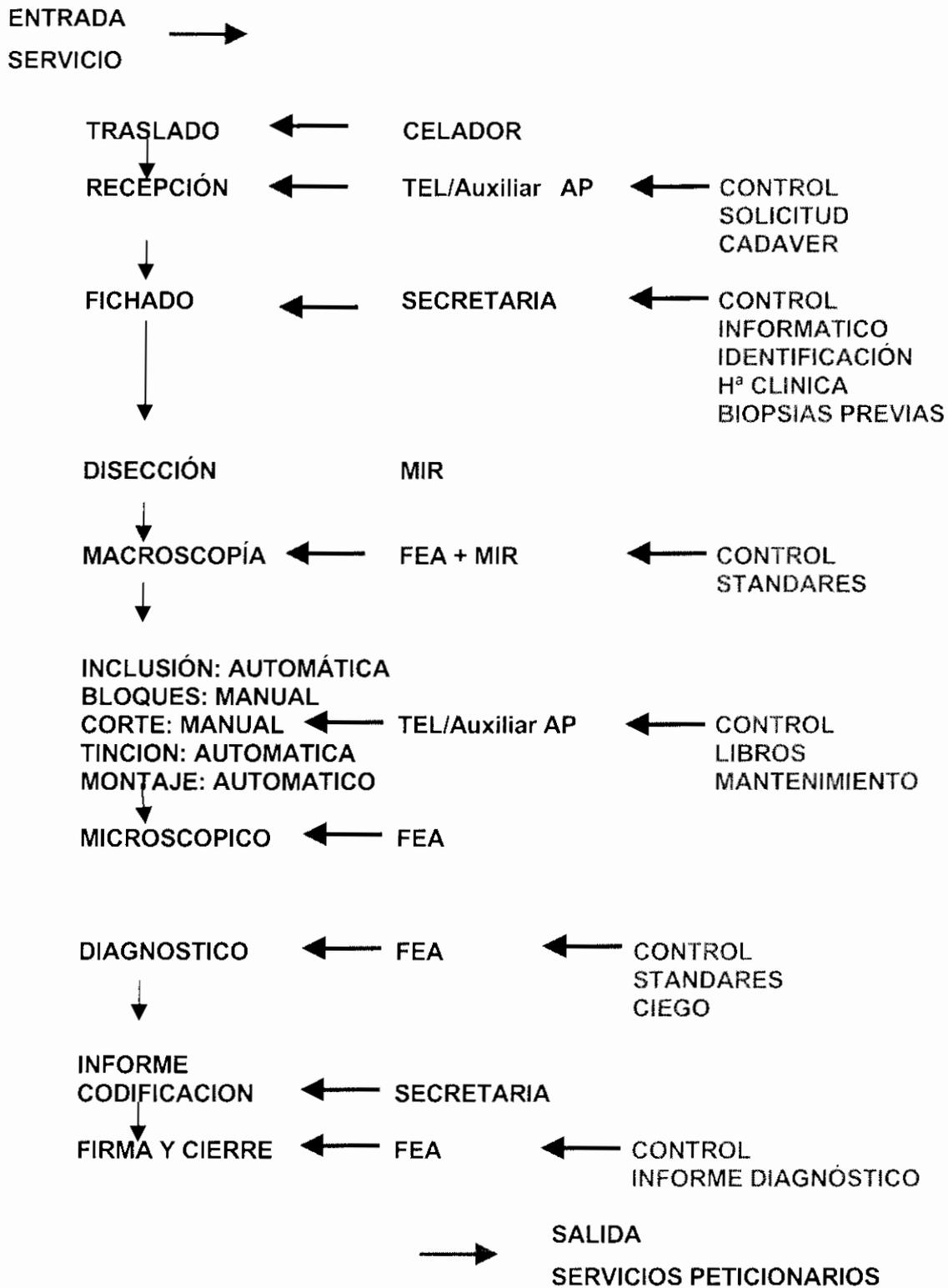
PROCESOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
LA BIOPSIA



PROCESOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
LA CITOLOGÍA



PROCESOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
LA AUTOPSIA



Quedan así perfilados los distintos controles protocolizados que se pueden/deben realizar para una correcta standarización y control/detección de posibles errores en la cadena diagnóstica, para su posterior corrección

De acuerdo con las directrices de la SEAP, se han establecido unos tiempos o demoras standarizados asumibles en casa uno de los procesos diagnósticos, que han de ser escrupulosamente respetados

El Programa informático actual del Servicio (Pat-WIN), aunque no se ha llegado a implementar en el área de laboratorio, permite obtener listados de demora diagnóstica a través de diversos parámetros. Ello permitirá detectar aquellos casos que se hallen fuera de los standares estipulados, y aplicar en ellos un protocolo normalizado/pormenorizado (reflejo de los organigramas referidos, pero a perfilar) para detectar el punto exacto de demora, y aplicar las medidas correctoras.

4.5.5.- Planificación de encuestas de satisfacción:

Resulta imprescindible obtener información fiable y pormenorizada del cliente, por lo que se realizarán encuestas de satisfacción, destinadas a detectar praxis no óptimas y aplicar las medidas correctoras.

Inicialmente, se comentó con el Responsable de la UCA realizar encuestas por Servicios o Unidades, que abarcasen no sólo a los jefes de Unidad, sino también al resto del personal. La experiencia demuestra que el nº de encuestas devueltas es muy escaso, y el contenido usualmente de baja calidad, por lo que se propone destinarlas a:

- 1.- Comisiones Clínicas Hospitalarias
- 2.- Grupos de Mejora de Calidad, en especial aquellos ya establecidos y con buen funcionamiento, que podrán aportar experiencias correctoras
- 3.- Aunque porcentualmente escaso, y con sesgo de demora con origen en otras causas, aquellos pacientes que acuden a nuestra consulta de PAAF.

4.5.6.- Elaboración de un Libro o Manual de Calidad del Servicio de Anatomía Patológica

Este ambicioso proyecto, reducido hoy por hoy a la existencia de aisladas normativas en la recepción procesamiento y tratamiento de muestras, tendría una doble vertiente en la gestión integral de Calidad:

- 1.- Obligaría al Servicio de Anatomía Patológica, en su confección, a revisar todos sus Protocolos de Procesamiento y Diagnóstico, y su Cartera de Servicios, detectando y

ANEXO II : Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón. 2003.

subsananando posibles errores y malas praxis, algunas de ellas incluso o hipotéticamente establecidas como norma.

2.- Permitiría informar y formar al resto del Hospital en el conocimiento, general y pormenorizado, de las características, recursos y posibilidades diagnósticas de un Servicio habitualmente muy poco conocido, y tan intrínsecamente ligado al Control de la Calidad asistencial Hospitalaria.

La confección de este Manual o Libro conllevaría un mínimo de un año, debería actualizarse obligatoriamente de forma anual, y podría realizarse en una doble vertiente:

- Edición escrita, para su distribución en los distintos Servicios y Unidades
- Inclusión en la Página Web (Intranet) del Hospital

Este Manual incluiría todos los aspecto asistenciales, docentes y de Investigación del Servicio, y en especial los Protocolos Diagnósticos, realizados por cada una de las secciones, y destinados a aumentar la fiabilidad y REPRODUCIBILIDAD de los diagnósticos anatomopatológicos, hecho de especial importancia en los periodos vacacionales o de ITLs, que pueden repercutir negativamente en un Servicio muy sectorizado como el nuestro.

Como etapa inicial, se iniciaría la elaboración de Manuales de Procesamiento de Citologías, Biopsias y Autopsias, que comprenderían posteriormente sendos capítulos del Manual de Calidad del Servicio.

Hasta la fecha, existe en nuestra Servicios los siguientes Protocolos diagnósticos estandarizados:

- Patología Mamaria:
 - Carcinoma infiltrante
 - Carcinoma intraductal (CID)
- Ginecopatología:
 - Cáncer de ovario
 - Cáncer de cervix
 - Cáncer de endometrio
- Patología gástrica:
 - Gastritis
- Patología Hepática:
 - Hepatitis crónicas
 - Hepatocarcinoma
- Patología cutánea:
 - Melanoma Maligno
- Patología urogenital:
 - Cáncer de próstata biopsias y prostatectomías)
 - Biopsia testicular (fertilidad)
 - Cáncer de vejiga
- Patología ósea tumoral:
 - Sarcomas óseos
 - Sarcomas de partes blandas
- Patología Linfoide:
 - Biopsia ganglionar (linfomas)

ANEXO II : Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón. 2003.

- Biopsia de médula ósea
- Neuropatología:
 - Biopsia de músculo
 - Biopsia de nervio periférico

Otros Protocolos se hallan en fase de preparación o pendiente de revisión y/o actualización.

Un posible índice, a perfilar, de este Manual sería:

- Actividad de Gestión (Definición, Organización y Recursos)
- Identificación de Requisitos (Implícitos, adecuación envío, encuestas)
- Realización del producto =Informe AP (Gestión por procesos y formación continuada)
- Controles de calidad (aplicación y controladores)
- Medidas de satisfacción (encuestas, internas y externas, revisión pacto gerencia)
- Relaciones exteriores (económicas, de organización y profesionales/sociales)

4.5.6.- Planificación y gestión de los Recursos:

A partir de la planificación y gestión de los recursos, y de la revisión por parte de la Dirección, generaremos los objetivos con el fin de mejorar de forma continua nuestros requisitos, es decir las características que tiene que tener nuestro producto, el informe anatomopatológico, y que pueden ser implícitos (comprensión, fiabilidad, rapidez), pactados.

En una primera fase de este Plan de Mejora, nos deberíamos conformar con conseguir, en un periodo prudencial de tiempo, que los expertos comprenden en año y medio o dos años, los requisitos implícitos referidos, revisando y controlando toda la cadena de elaboración diagnóstica.

Un posible organigrama, sencillo y a desarrollar, podría ser el siguiente:

Jefe del Servicio

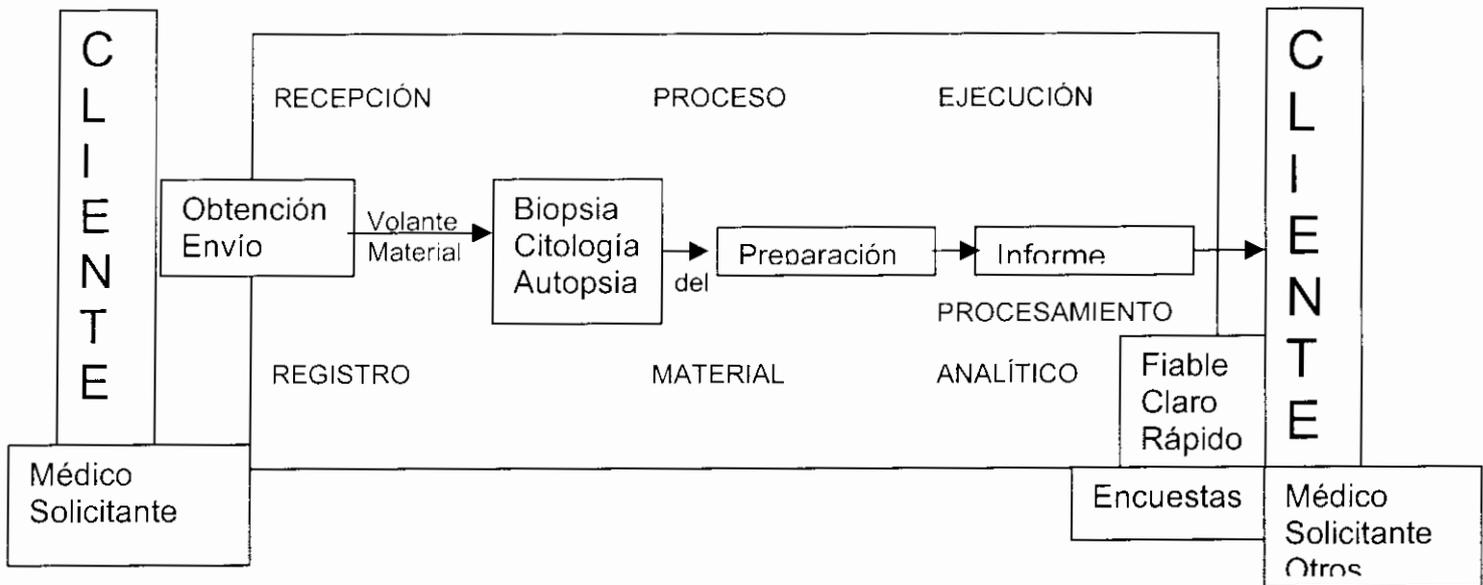
Planificación Recursos Humanos

Componentes/estamentos del Sº

Planificación Recursos Técnicos

* Instrumentación (Hardware)

* Fungibles (Software)



4.5.6. Epílogo:

Dado que el Grupo de Mejora se halla en fase de ampliación y consolidación, y de las precauciones requeridas frente al ambicioso proyecto de instauración de las Normas en un Servicio tan complejo y lastrado por inercias comunes e inherentes (por lo que hemos podido apreciar en una prospección de implementación de Planes de Gestión de Calidad) a diferentes Servicios de Anatomía Patológica a nivel Nacional, el cronograma de actividades referido en este momento puede no ceñirse a la realidad.

Posiblemente, una vez establecido un periodo prudencial de "rodaje" del Grupo de Mejora, con los consejos y asesoramiento de la UCA y de personal externo cualificado, pueda establecerse de modo fiable un calendario provisional de acciones diagnósticas y correctoras. En las primeras reuniones del Grupo de Mejora, se establecerán las personas responsables de cada uno de los parámetros de Calidad a controlar.

En el momento actual, preferimos ser conscientes de la magnitud del proceso de implementación, e intentar imbuir/concienciar al personal del Servicio de la necesidad de los requisitos implícitos del producto final de la Unidad (COMPRESIÓN, FIABILIDAD, RAPIDEZ), y del papel vital e insustituible que cada miembro del equipo tiene en su confección.

El tiempo y la perseverancia en el intento nos permitirán discernir si nuestro esfuerzo, necesariamente GRADUAL y ESCALONADO, no traumático, es útil, aplicable, y ha merecido la pena, con el reconocimiento y comprensión por parte de la totalidad o la mayoría del Servicio.

4.7 Cronograma

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Formación en Calidad Grupo de Mejora	Formación en Calidad Grupo de Mejora		
Encuestas: * Intraservicio * Grupos Mejora * Comisiones H ^a	* Visita y asesoramiento Consultor * Revisión circuitos diagnósticos		
	Elaboración manuales Laboratorio (Citologías, biopsias y autopsias)	Elaboración manuales Laboratorio (Citologías, biopsias y autopsias)	Elaboración manuales Laboratorio (Citologías, biopsias y autopsias)
			Análisis de resultados Fase preliminar
Monitorización demoras diagnósticas			
Formación continuada de personal facultativo			
Formación continuada de personal técnico			

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Patología, 1986, 19(19), 76: "Análisis de costes en anatomía patológica como instrumento de gestión.

Artículo pionero en la implementación de sistemas de gestión y costes por proceso en anatomía patológica. Define la Unidad de actividad en AP, así como un modelo económico y de control, con estudio de desviaciones, y acciones correctoras evaluables. Por desgracia no ha tenido continuidad real hasta la creación de:

2. Recursos, calidad e impacto de la Patología en España: Libro Blanco de la Anatomía Patológica, auspiciado por la SEAP, 1999

Se recoge por primera vez, a raíz del XVIII Congreso de Málaga, los recursos existentes en los distintos servicios del país: ámbito general, ámbito asistencial, actividad docente, investigación, cuestiones éticas,... Se ha revisado recientemente, y es una gran fuente de recursos para la implementación de grupos de calidad.

3. Selección e implementación de un sistema de gestión para el servicio de anatomía patológica. VII Congreso de informática médica, Pamplona, 1998. Fernández Enriquez y cols

Programa de gestión en AP realizado por VITRO (Novopath), que permite una opción de análisis estadístico de la información que la hace similar a un control externo de calidad similar al QAS del American College of Pathologists.

4. Antoñanzas Lombarte y cols: Calidad asistencial en atención primaria. 1997.

Publicación clásica de la implementación de programas de control y gestión de calidad en atención primaria, pioneros y ejemplo para posteriormente la atención especializada. Engloba todos los aspectos formativos y de control.

5. Prim MP y cols: Análisis costo-beneficio de un estudio anatómico-patológico de tonsilectomías en la población pediátrica. Acta Otolaringol Esp 2002, 53(6) 407-10

Se revisan 467 casos de tonsilectomías intervenidas entre 1996 y 2002, con tan solo 6 casos con diagnóstico diferente del de hiperplasia folicular. El costo es de unos 30 €, y no resulta económico en los casos no rutinarios.

6. Evaluation of HER2Neu immunohistochemical assay sensitivity and scoring in breast tumors: a comparative study from laboratories in 21 countries.

Evalúa la mayor reproducibilidad de la detección de esta oncoproteína con el sistema Herceptest, y el análisis de su coste porcentual en relación con otras formas de detección menos costosas pero casi igualmente fiables.

7.- Zarbo RJ and col: Q-tracks: a College of american pathologists program of continuous laboratory monitoring and longitudinal tracking. Arch Pathol Lab Med 2002 126 (9) 1036-44.

Modelo del CAP, que evidencia que la calidad no es estática, sino que obliga a definir nuevos parámetros de control.

8.- Renshaw y cols. Blinded review as a method for quality improvement in surgical pathology. ArCh Pathol Lab Med 2002 126 (8) 961-3.

Revisión de ciego es un método sensitivo y efectivo en la identificación de porcentaje de desacuerdos diagnósticos, incluyendo falsos negativos, y para disminuir errores en patología quirúrgica.

9.- Packeisen y cols: Tissue microarrays: a new approach for quality control in immunohistochemistry

Establece el uso de microarrays tisulares para el control de calidad en el área de inmunohistoquímica, como control positivo, y como evaluación de la calidad de tinción.

10.- Howanitz y cols. Continuous wristband monitoring over 2 years decreases identification errors: a College of American Pathologists Q-Tracs Study.

Artículo similar al referido de Zarbo, del prestigioso CAP.

11.- Wilson PO. Cervical cancer audit.: and what is quality? Cytopathology 2002 13(3) 141-4.

La complejidad en los sistemas de screening ginecológico, tanto humanos como morfométricos o automatizados, plantea la definición de lo que consideramos calidad/control de calidad en la prevención del cáncer cervical.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA.

<u>Bibliografía, Fungibles, dietas y viajes</u>	<u>Euros</u>
* Libros (incluyendo On-line) de Gestión de Calidad	500
* Impresión y edición de documentos	300
* Inscripción a Congresos o Cursos	1000
* Formación en Gestión de Calidad del Grupo de Mejora (Inicialmente se optará por cursos básicos UCA)	0
* Viajes y dietas	800

TOTAL euros	2600
--------------------	-------------

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.- TÍTULO

**PROYECTO-PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA,
DENTRO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORACICA**

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Primitivo Martínez Vallina Cirujano Torácico H.U. Miguel Servet
Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet.
Paseo Isabel la Católica 1-3
Zaragoza 50009
Teléfono: 606391746 Fax: 976 765533

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Juan José Rivas de Andrés	Cirujano Torácico	H.U. Miguel Servet
Javier García Tirado	Cirujano Torácico	H.U. Miguel Servet
Francisca Martínez Lozano	D.U.E.	H.U. Miguel Servet
Pilar Martínez del Pulgar	DUE	H.U. Miguel Servet
Ricardo Ruiz Pérez	Anestesiista	H.U. Miguel Servet

3.0.- INTRODUCCIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), es un óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria, que permite tratar a pacientes seleccionados, de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama para pernoctar el paciente.

Sus raíces provienen del sistema sanitario público inglés, por los años cincuenta, como un adecuado método para disminuir las listas de espera quirúrgicas. Dada su eficacia y menor coste, hace que sea rápidamente establecido por los Estados Unidos, en un sistema sanitario controlado principalmente por el sector privado y de seguros.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica en 1993 la "Guía de Organización y Funcionamiento de la CMA"

Estas unidades se desarrollan con una estructura autónoma de quirófano, camas y personal, y por tanto, es preciso dotarlas de un presupuesto diferenciado y una continuidad quirúrgica para que sea rentable.

La novedad del proyecto que presentamos, consiste en que este tipo de CMA se realiza con los recursos existentes en cuanto a camas, personal y quirófanos, en procesos netamente de nuestra especialidad y con la versatilidad que implicaría la puesta en marcha automática de dicho programa. Por tanto, no es preciso dotarla de un presupuesto gravoso, como se hace para las unidades autónomas de CMA convencional.

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Consideramos tres procesos quirúrgicos, con riesgo anestésico-quirúrgico ASA I-II, en los que actuamos con gran eficacia (año 2002: 90 procesos de esta índole con una Efectividad; 100%. Mortalidad; 0. Morbilidad; 2'2%) que corresponden a:

- 1.- Mediastinoscopia de estadificación tumoral en el cáncer de pulmón.
- 2.- Mediastinoscopia diagnóstica.
- 3.- Simpatectomía torácica bilateral, en el tratamiento de la hiperhidrosis.

Con una estancia media hospitalaria de 72 horas con 2 noches de pernoctación. Y que cumplen los criterios de Davis para un programa de CMA.

Detectamos, en cada uno de ellos, dos días de estancia media inadecuada que corresponden al día de ingreso y alta en los que dicho trámite administrativo es la única justificación para su estancia.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Eliminar la estancia preoperatoria.
- Disminuir la estancia media de estos pacientes a un máximo de doce horas, sin que se precise pernoctar en el hospital.
- Ahorro de recursos en estancia hospitalaria
- Ahorro, por tanto, de \cong 600 euros por paciente/proceso, que en caso que se hubiere aplicado en el año 2002, correspondería un ahorro de \cong 54.000 euros (8.984.000 pts.).
- Aumentar el índice de rotación en las camas que actualmente tenemos asignadas.
- Aumento de la calidad percibida del paciente, al disminuir la estancia hospitalaria, e interferir escasamente en su forma de vida y en la de los familiares que los atienden.
- Mantener el mismo nivel de eficacia siendo más eficientes al ahorrar en recursos normalmente asignados.
- Protocolización de los procesos.
- Implicar en dicho programa a los médicos residentes de la especialidad y enfermeras, familiarizándose con los criterios de selección, manejo de protocolos y observen la importancia del costo competitivo, formándose, por ello, en la comprensión de los actuales métodos de gestión.

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

- Citación en consulta externa de nuestra especialidad y anestesia el mismo día para evitar viajes innecesarios (Ya en funcionamiento).
- Protocolo de selección (inclusión y exclusión) de los pacientes susceptibles para este programa.
- Consentimiento informado específico para estos procesos. (ya en funcionamiento)
- Hoja de información para el paciente y familiares, de fácil comprensión en el que se explique en qué consiste el programa de CMA, formalización del ingreso y otros trámites administrativos.

- Protocolo de seguimiento y cumplimiento del programa de CMA, en el que se contemple la posibilidad de ingreso convencional automático en los casos que no sea posible el alta prevista.
- Protocolo de informe de alta, estandarizada en nuestro hospital, en el que se indique teléfono de contacto con el cirujano de guardia del programa, por si surge alguna complicación en las horas siguientes al alta.
- Protocolo de calidad o de seguimiento de las complicaciones o reingresos de los pacientes incluidos en este programa.
- Encuesta posterior a dichos pacientes, para valorar la calidad percibida y detectar posibles problemas con el fin de subsanarlos.
- Asignación de un cirujano de guardia en presencia física al programa, el día asignado de realización, independiente del existente localizado para cubrir las urgencias de la especialidad.
- Calendario previsto: Enero y febrero; realización de protocolos consensuados con anestesia, enfermería, etc. Marzo, Abril y Mayo; puesta en marcha paulatina, detectando cuidadosamente los problemas surgidos, estudiarlos y subsanarlos. Junio; puesta en marcha definitiva.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA.

- Davis JE. Cirugía Mayor en pacientes ambulatorios. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica*. (Ed. Esp) 1987;4:685-707. *Indica los espacios mínimos, requerimientos de equipo, y determina los cuatro niveles de intensidad de los procedimientos quirúrgicos, correspondiendo al 2º el ideal para la CMA.*
- Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1993. *Nos trasmite las normas de planteamiento y objetivos a conseguir.*
- Docencia y Cirugía Mayor Ambulatoria. De "Cirugía Mayor Ambulatoria, Manual práctico", editor Dr. José Luis Porrero, Capítulo 31(pag373-77).1999. *Nos habla de los beneficios que representa la incorporación de los médicos jóvenes en estas unidades para su formación y como dichas unidades se benefician de su capacidad de trabajo y adaptación.*
- YW Pun, J C Atance, R Moreno, J Prieto, R Navalon, L Fernández-Fau. Cirugía Mayor Ambulatoria. Análisis de la casuística. *Archivos de Neumología*. Junio 2000;36 supl. 2 pag 90. *Primer artículo publicado sobre resultados de CMA en Cirugía Torácica.*

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

Material inventariable

EUROS.

Tarjeta y programa-captura video.	449 euros
Grabador DVD para torre Videotoracoscopia.	901 euros

(Necesario para recopilar y tratar las imágenes quirúrgicas endoscópicas, en el programa de CMA, con el fin de enriquecer el archivo bibliotecario, su

utilización docente (exposición en congresos, seminarios con estudiantes y médicos) e, incluso, proporcionar al propio paciente si lo solicita)

Viajes y dietas

2 Inscripciones en congresos.	601 euros
2 estancias y correspondientes viajes.	601 euros

Otros gastos

Publicaciones en revistas extranjeras, traducción en Ingles 210 euros

Handwritten signature or initials in the bottom right corner of the document.

1.- TITULO

“Desarrollo de una Vía Clínica del Paciente con Obstrucción intestinal en los Servicios de Cirugía del Hospital Universitario Miguel Servet ”

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos José M^a Miguelena Bobadilla

Profesión: Médico Centro de trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet

Dirección : Av./ Gómez Laguna, 13- 9º B

Localidad: Zaragoza Código postal y provincia: 50009 Zaragoza

Teléfono: 976 567757 Fax Correo electrónico

M^o Pilar Santero Ramírez	Médico****	Hospital Universitario Miguel Servet
Francisco del Río Marco	Médico*	Hospital Universitario Miguel Servet
Sonia Cantín Blasco	Médico****	Hospital Universitario Miguel Servet
José Ignacio Barranco Domínguez	Médico****	Hospital Universitario Miguel Servet
Sofía Borlan Ansón	Médico****	Hospital Universitario Miguel Servet
Jaime Ruiz Montoya	Médico****	Hospital Universitario Miguel Servet
Francisco del Río Lafuente	Médico**	Hospital Universitario Miguel Servet
José Manuel Gavín Berceo	Médico***	Hospital Universitario Miguel Servet
M^a Luisa Marco Orrios	Médico***	Hospital Universitario Miguel Servet
Antonio Martínez Germán	Médico***	Hospital Universitario Miguel Servet
M^a Pilar Cebollero Benito	Médico**	Hospital Universitario Miguel Servet

*	Jefe de Servicio
**	F.E.A. Interino (1/2 jornada)
***	F.E.A. con Contrato de "guardias"
****	Residentes de Cirugía

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

La existencia de una enorme variabilidad no justificada de la práctica clínica se debe a múltiples motivos, como son: la ausencia de evidencia científica suficiente en muchas de las actividades asistenciales, desconocimiento de algunos de nuestros resultados de la práctica clínica, la ausencia de protocolos de actuación en las unidades, etc. Todo ello impide la existencia de normas claras de actuación y da lugar a que se perpetúen hábitos muchas veces no suficientemente fundamentados. Esta variabilidad no justificada lleva implícita la falta de eficiencia, peores resultados clínicos, y con mucha frecuencia insatisfacción del paciente (problemas de coordinación entre profesionales, estancias innecesariamente prolongadas...). La gestión de la calidad facilita en gran medida la disminución de dicha variabilidad ya que impulsará el establecimiento de pautas de actuación así como el conocimiento del resultado de los procesos.

La mejora de la calidad de determinados procesos asistenciales en el Servicio de Urgencias constituiría un objetivo fundamental en gestión clínica. En este sentido y en el ámbito quirúrgico se podría seleccionar un síndrome clínico, cuyo "manejo" resulta frecuentemente distorsionado por la ausencia de protocolización: **El paciente con obstrucción intestinal.**

Constituye una de las urgencias más graves y frecuentes de la patología quirúrgica abdominal suponiendo el 15- 20% de las mismas, asociándose con una morbimortalidad significativa, en especial si ha progresado a una isquemia intestinal, comportando cifras de mortalidad <5% en la obstrucción simple y 30% en la obstrucción con isquemia.

Es responsable de casi el 50% de la cirugía abdominal de urgencia en pacientes de edad avanzada como complicación de una patología diagnosticada previamente y que habrían sido rechazados en muchas ocasiones por su edad para una cirugía electiva, siendo una característica común de estos pacientes la comorbilidad asociada, que condiciona dichos índices de morbimortalidad postoperatoria.

Además la Obstrucción intestinal constituye un proceso asistencial que se puede considerar como un buen "Trazador" por cumplir una serie de condiciones: Alta prevalencia; capacidad de ser tratado por un gran número de especialistas del servicio; variabilidad reconocida (o percibida) de su práctica clínica, con desconocimiento de resultados epidemiológicos, clínicos y de gestión y sensación subjetiva de "manejo clínico desordenado"; posibilidades de mejora, consumo elevado de recursos y baja calidad percibida por el cliente.

En una revisión retrospectiva y aleatoria de Informes clínicos de pacientes dados de alta con este diagnóstico en las diferentes unidades de nuestro Servicio, **se han podido detectar los siguientes problemas:**

- Manejo inadecuado del paciente en el servicio de urgencias.
- Nº de pruebas diagnósticas, radiológicas y analíticas: excesivas, reiterativas y en ocasiones también inadecuadas.
- Demora en el ingreso de los pacientes en el servicio de cirugía.
- Demora en la instauración del tratamiento definitivo.
- Prolongación innecesaria de la estancia preoperatoria.
- Inadecuación y descordinación en el seguimiento pre y postoperatorio
- Prolongación de la estancia global.
- Morbilidad postoperatoria presuntamente mejorable.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1.-Análisis y rediseño del Proceso (PDCA): Paciente con obstrucción intestinal con la proposición de un diagrama de flujo o vía clínica del síndrome, en el contexto estructural de la atención quirúrgica de urgencia en los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Miguel Servet, basado en:

- revisión y análisis de nuestros resultados (P0),
- el consenso entre profesionales (Método Delphi),
- revisión sistemática de la bibliografía
- Rediseño del Proceso asistencial (Vía Clínica) (P1)

2.-Monitorización de criterios e indicadores de gestión clínica y calidad asistencial en cada una de las fases de la Vía clínica con mejora cuantificable de los estándares como:

- Reducción de la estancia media global en 2 días
- Reducción de la estancia media preoperatoria en 1 días
- Adecuación de las tasas de morbimortalidad a estándares nacionales
- Disminución de la realización de pruebas complementarias preoperatorias en 15%
- Cumplimentación adecuada del consentimiento informado específico en 75%
- Cumplimentación adecuada del Protocolo hospitalario de Profilaxis antibiótica en 90%
- Entrega de la Encuesta de satisfacción al Alta en Clínica en 50%

3.-Confección de un Documento de Consentimiento Informado específico en Cirugía de Urgencia.

4.-Diseño y proposición de una Encuesta de satisfacción del paciente.

5.-Identificación de pacientes con factores de riesgo y realización de un protocolo de Profilaxis

6.-Difusión de los resultados obtenidos a nivel nacional e internacional

**4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION
DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)****1.- Definición e identificación del Proceso (Po) : "Atención del paciente con
obstrucción intestinal en urgencias": Servicios de Cirugía del Hospital
Universitario Miguel Servet:**

-Realización de Sesiones Clínicas: General de Residentes, Específica de cada
Unidad y General de los Servicios para información y discusión previas, **(1- 15
marzo, 2003)**

-Revisión y análisis de la Bibliografía, (**"en curso"**)

-Realización de una 1ª Encuesta entre los especialistas quirúrgicos sobre
aspectos fundamentales del "manejo clínico", **(1- 15 marzo, 2003)**

-Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en los Servicios de Cirugía
con diagnóstico de Obstrucción intestinal desde Enero 2001 a Diciembre 2002,
(finalización: 30 Marzo 2003)

-Información de los resultados obtenidos en la Revisión y en la Encuesta, **(1- 15
Abril, 2003)**

-Realización de una segunda Encuesta **(15- 30 abril, 2003).**

**2.- Definición y determinación de indicadores, criterios y estándares (1-15 Mayo,
2003)****3.- Rediseño del Proceso (P1), con la proposición de una Vía Clínica (1-15 Mayo,
2003)****4.- Presentación, difusión (1-15 Mayo, 2003) y aplicación de la vía clínica (2º
semestre, 2003)****5.- Monitorización y evaluación del proceso P1 (Diciembre, 2003- Marzo 2004)****6.-Publicación de los resultados obtenidos (Marzo- Abril 2004)**

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

POLLOCK A: Auditoría quirúrgica. Cir Esp. 1994;1: 1-3.

Editorial del órgano de expresión de la Asociación Española de Cirujanos, que hace referencia a la importancia del control de calidad, mediante la realización de auditorías, en las que deben registrarse cada aspecto del trabajo asistencial en el área quirúrgica, de tal manera que permita la recuperación y análisis de sus datos para conocer en cada momento "lo que se está haciendo" y "cuales son sus resultados", teniendo como finalidad la mejora continua de la calidad asistencial en cirugía. Sumariza de forma didáctica los diversos aspectos para su confección y realización: Registro de casos, importancia y planificación de la información, prioridades y criterios en las auditorías, incluyendo análisis de la dirección médica e índices de gravedad de las enfermedades.

GARCIA CABALLERO M: Areas temáticas de investigación en cirugía.

Cir. Andal. 1995; 16:1-3.

Analiza las cuatro grandes áreas de investigación científica realizables en cirugía, haciendo expresa referencia a los principales aspectos metodológicos de las mismas, dadas las especiales peculiaridades del área quirúrgica: Investigación experimental en animales ó cirugía experimental; realización de estudios clínicos controlados que revisten especiales dificultades, incluso éticas en su desarrollo y aplicación en los aspectos eminentemente quirúrgicos; investigación clínica aplicada a pacientes con condiciones de trabajo más sencillas que las de los estudios controlados y aleatorizados, en los que se incorpora, analiza o estudia alguna variable terapéutica científicamente probada y sin efectos no deseables; y finalmente la investigación clínica que hace referencia al control científico de los resultados personales o de grupo, en el que se incluyen los modelos de control de calidad.

ARANAZ JM, MIRA JJ, LORENZO S, BUIL JA, BARBEITO JE: La valoración de los resultados generales de la actividad asistencial en los servicios de cirugía.

Cir. Esp. 1999; 5: 433- 444.

Se revisan los indicadores básicos para conocer la producción hospitalaria, su interpretación y sus limitaciones. Se plantea también de manera abreviada alguno de los sistemas de la producción que incorporan ajuste de riesgos.

Fundamentalmente los datos son obtenidos del CMBD y de sus bases de datos obtenidos de las altas hospitalarias, pudiéndose obtener de manera sencilla indicadores complementarios derivados de los GRD, que permiten también el análisis de la eficiencia en diverso servicios de cirugía en hospitales similares.

PARRILLA P: Formación en investigación durante el periodo MIR. Cir. Esp. 2000;1: 1-3.

Reflexiones acerca de la importancia fundamental de la investigación en general y por supuesto de la investigación quirúrgica en particular, en sus dos vertientes: cirugía experimental e investigación clínica. En ambos casos y dadas las peculiaridades de nuestro sistema sanitario, con desmotivación importante en muchos especialistas, resulta prioritario la implicación de los residentes de cirugía en este campo, mediante su formación básica en investigación y posteriormente su activa participación en proyectos de investigación, que por una parte constituirían el núcleo de su formación en los estudios de tercer ciclo y doctorado en hospitales universitarios y por otra, aportarían dinamismo, ilusión y proyección científica al exterior y mejora de la calidad asistencial de los servicios en los que están integrados.

LORENZO S, ARANAZ J, RUIZ P, SILVESTRE MC, MIRA JJ: Indicadores para monitorizar la calidad en cirugía. *Cir. Esp.* 1999; 3: 245- 249.

Se fundamenta de manera clara y evidente la necesidad de establecer indicadores y estándares de calidad en el proceso asistencial quirúrgico para proceder a su monitorización. Dicho concepto se desarrolla en el contexto de control de calidad, para hacer frente a la incertidumbre y variabilidad de los resultados de la práctica clínica.

Se describen de manera clara las características de los sistemas de monitorización, así como los requisitos de los indicadores, incluyendo los principales tipos de indicadores clínicos y se concluye con el análisis aplicación de los mismos en cirugía.

JONES HJS, DE COSSART L: Risk scoring in surgical patients.

Br. J. Surg. 1999; 86:149-157.

Se analizan y describen las principales escalas de gravedad, severidad, morbilidad y mortalidad, en el terreno de la cirugía, anestesia, y cuidados intensivos, mediante una revisión sistemática de la bibliografía obtenida en Medline desde el año 1966 a 1997: ASA (American society of anesthesiologists); CRI (Cardiac risk index); PNI (Prognostic nutritional index); APACHE II (Acute physiology and chronic health evaluation II), SAPS (Simplified acute physiology score); POSSUM (Physiological and operative severity score for enumeration of mortality and morbidity); P-POSSUM (Portsmouth-POSSUM); MPM (Mortality prediction model); TS (Trauma score); TISS (Therapeutic intervention scoring system).

KIND P: La medición de los resultados mediante el uso de los datos de la actividad hospitalaria: mortalidad después de intervenciones quirúrgicas.

Br. J. Surg. (Ed. Esp.).1991; 3: 266- 271.

Se basa en la necesidad de mejorar los métodos de valoración de los resultado de la asistencia sanitaria para utilizarlos en las auditorías médicas y en el diseño de las decisiones acerca de la asignación de los recursos y que habitualmente no se realizan excepto en situaciones específicas de investigación. Se analizan los datos de la actividad hospitalaria con especial referencia a aquellos pacientes que fueron sometidos a algún procedimiento quirúrgico, fundamentalmente en lo referente a la mortalidad, revelando globalmente un porcentaje de mortalidad bruta inferior a 15 por 1000 ingresos quirúrgicos, pero pudiéndose detectar importantes variaciones en relación con el tipo de intervención realizada y la comorbilidad y factores de riesgo. Se concluye con la necesidad de diseñar, aplicar y potenciar estudios de mortalidad más específicos y ajustados al riesgo. como parámetros fiables de calidad asistencial en el área quirúrgica.

SCOTT JONES R: *Obstrucción intestinal. En Tratado de Patología Quirúrgica. Sabiston. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. Mexico D.F. 1999.*

Capítulo 31-III del principal texto de patología quirúrgica actual. Se describe con precisión el síndrome de obstrucción intestinal y se analizan de forma clara y basada en revisiones bibliográficas recientes de autores y centros de gran prestigio, aunque sin criterios MBE, el concepto, etiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y resultados de dicho síndrome. Basados en dichos conceptos se contruye la ruta crítica de dicho proceso asistencial.

PALAZUELOS CM, ALONSO J, ALONSO JL, FERNÁNDEZ MJ, BARCENA JM, SANZ J: Autoevaluación de un proceso asistencial: colecistectomía laparoscópica. Cir. Esp. 2000;3: 255- 263.

Presenta de manera clara la metodología evaluadora de la asistencia clínica, mediante el establecimiento de una "ruta crítica" de un proceso asistencial "trazador", como es la colecistectomía laparoscópica, en un servicio de cirugía de un hospital del INSALUD. Se analizan de forma retrospectiva las historias clínicas de 423 pacientes, incluyendo datos clínicos, de gestión obtenidos de los GRD y de satisfacción del usuario a través de encuestas.

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

1.- TITULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA ENTRE NIVELES E INFORMACION AL PACIENTE CON ICTUS.

2.1.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

NOMBRE

Javier Marta Moreno. Neurólogo.

M^a Jesús Chopo Alcubilla. Enfermera.

CENTRO DE TRABAJO S. Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet.

DIRECCIÓN Paseo Isabel La Católica sn.

LOCALIDAD Zaragoza. CODIGO 50009

TELEFONO 976765626 E-MAIL jmartamta@meditex.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Antonio Oliveros Juste	Jefe de Servicio de Neurología.	
Juan Ignacio Lopez Gastón	neurólogo	S. Neurol. Miguel Servet
Jose Ramón Ara Callizo	..	..
Jose Luis Capablo Liesa	..	..
María Jesús Chopo Alcubilla	Supervisora enfermería	..
Ana María Romeo Laguarda	enfermera	..
Asunción Guerenbiam Machiñena	..	..
Concepción Planas Miñana	..	..
Violeta Escapa De la Fuente	Auxiliar	..
Rosario Notivol Hernández	..	..

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

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS.

- **EL ICTUS TIENE UN GRAN IMPACTO SOCIOSANITARIO.**- Es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en varones en nuestro medio (INE 97). Es, además, la primera causa de minusvalía y supone más del 60% de los ingresos en un Servicio de Neurología. De las personas que sufren un ictus, alrededor del 20% fallecen el primer año, un 20% pasa a depender de otros para su cuidado personal, alrededor del 30% queda con alguna secuela que le permite el autocuidado, pero le obliga a cambiar sus ocupaciones o hábitos y otro 30% se recupera por completo.

- **LOS PACIENTES Y FAMILIARES DEMANDAN MAS INFORMACIÓN Y APOYO.** Cuando una persona sufre un ictus, debe hacer frente a cambios en sus hábitos, rol familiar, social, laboral, etc. Estos cambios a menudo no son fáciles y a menudo las ayudas resultan escasas, inexistentes o simplemente desconocidas.

En los casos en los que el paciente queda incapacitado para el autocuidado, lleva sondas, precisa medidas de prevención de decúbitos, tiene disfagia, etc. los familiares y cuidadores demandan **FORMACIÓN**.

- **LA PREVENCIÓN SECUNDARIA ES EL EJE DEL TRATAMIENTO.** La eficacia de un mejor control de la HTA, diabetes y otros factores de riesgo vascular (FRV) esta sobradamente demostrada, al igual que medidas como la anticoagulación en ciertas cardiopatías, endarterectomía carotídea, etc. Sin embargo, la cumplimentación del tratamiento anti HTA, por ejemplo, es menor del 30% según estudios recientes en nuestro medio. Mejorar la formación de los médicos sobre el mejor manejo de los diferentes FRV y la información a los pacientes que favorezca la adherencia al tratamiento, es una medida necesaria.

En el momento actual, el alta hospitalaria es exhaustiva en cuanto al tratamiento farmacológico, pero contiene muy poca información en cuanto a perfil de riesgo, género de vida, dieta, controles, etc. Los pacientes demandan información respecto a estos extremos, que podríamos englobar en Educación para la Salud.

- **ALREDEDOR DEL 15% VAN A NECESITAR CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS EL ALTA** (sondas vesicales, de nutrición, protección de decúbitos, educación en control de FRV, dietas, etc.). El alta de enfermería hospitalaria con un Plan de Cuidados adaptado a cada caso, mejoraría la continuidad de cuidados y la atención a estos pacientes en su domicilio. .

3.2.- OBJETIVOS QUE SE PLANTEA CONSEGUIR

- **MEJORAR LA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN PARA FACILITAR LA ADAPTACION DEL PACIENTE, SUS FAMILIARES Y CUIDADORES A LA NUEVA SITUACION.**

- **MEJORAR EL CONTINUUM ASISTENCIAL: HOSPITALIZACION- ATENCION PRIMARIA-RECURSOS SOCIOSANITARIOS.**

- **DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA INFORMACION Y PAUTAS A SEGUIR EN ASPECTOS COMO EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR, TRATAMIENTOS CON ANTICOAGULANTES, DIETA, PERIODICIDAD DE CONTROLES, ETC.**

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

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES.-

ACCIONES.-

1. Charlas informativas a los pacientes y cuidadores durante el ingreso:

DESARROLLO:

- Charlas semanales (viernes tarde, 30-60 minutos), con la presencia del neurólogo de guardia, enfermera y auxiliar, para aclarar dudas, de tipo práctico y participativo. Usaríamos como material de apoyo paneles explicativos y vídeos (tenemos algunos). A comenzar tras preparar el material y disponer de TV y vídeo (comenzar en abril).

INDICADORES:

- número de charlas realizadas, asistencia, pregunta específica en la encuesta de satisfacción del paciente al alta.

2. Charlas y talleres de contenido más específico (movilizaciones, disfagia, rehabilitación, etc.):

DESARROLLO:

- Trimestrales, en colaboración con AIDA (Asociación Ictus de Aragón), que se encargaría de anunciar la convocatoria a sus asociados y en los medios locales (prensa, etc.). Abiertas a los ingresados, a aquellos dados de alta en los tres meses previos y al público en general. (Se realizó una reunión de este tipo el pasado octubre, y otra en noviembre con motivo del Día Nacional del Ictus, con notable éxito).

La próxima el 30 de enero del 2003.

INDICADORES

- número de charlas realizadas, asistencia a las mismas.

3. Animar a todos los profesionales que trabajan con estos pacientes (médicos, DUE, auxiliares, celadores), a adoptar una actitud abierta, docente, formando a los interesados en el manejo diario de estos pacientes (hacer una cama en encamados, como sujetar a un paciente, como movilizarlo, lavarlo, alimentar, evitar decúbitos, etc.). Creemos que es necesario previamente formar al personal en las prácticas correctas, actitudes necesarias, valoración-uso de escalas, etc.

DESARROLLO:

A) formación del personal (en 2 fases):

1) Participación de 3 enfermeras en el III Curso de Neurología y Neurocirugía para Enfermería del Hospital Clínico de Barcelona (del 17 al 21 de febrero del 2003. Ya tramitado a través de la Comisión de Formación Continuada del Hospital.

2) Curso de Atención al Paciente Neurológico, organizado por médicos y enfermeras del Servicio, dirigido a enfermeras y auxiliares de Neurología y Neurocirugía y reconocido por la Comisión de Formación Continuada del Hospital. Proponemos un curso de 3 mañanas de sábado, uno al mes, de 4 horas de duración cada uno, a celebrar en Octubre-Noviembre.

INDICADORES:

- Realización de los cursos y aprovechamiento de los mismos.

B) Trabajo con los pacientes.

INDICADORES:

- Pregunta específica en cuestionario de satisfacción al alta.

4) Mejorar y ampliar la información escrita que se entrega al Alta Médica en aspectos como control de factores de riesgo, dietas, cuidados especiales a los que tomaran anticoagulantes, cuidado de sondas, etc.

DESARROLLO:

Elaborar siguiendo las recomendaciones de las Guías Clínicas y material específico existente de diferentes Sociedades Médicas, los documentos que se entregarían al alta.

Primer trimestre del 2003.

INDICADORES:

- Número de documentos elaborados (al menos 3: dieta diabético, hipercolesterolemia, precauciones con anticoagulación oral).

Implantar el Alta de Enfermería adjunta al Alta Médica (Valoración de Patrones Funcionales y Plan de Cuidados)

DESARROLLO:

Se ha comenzado.

INDICADORES:

% de pacientes en los que se entrega el Alta de Enfermería (análisis de cumplimiento semestral).

CRONOGRAMA.-

ACTIVIDADES	EN	FEB	MZ	AB	MY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
CHARLAS A PACIENTES Y FAMILIARES				X	X	X	X	X	X	X	X	X
CHARLAS Y TALLERES	X		X			X			X			X
FORMACION DOCENTE		X									X	
INFORMACION ESCRITA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ALTA ENFERMERIA	Iniciado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EVALUACION	Iniciado					X						X

Esta iniciativa se engloba en la dinámica de Mejora Continua de la Calidad del Servicio de Neurología, iniciada por su Grupo de Mejora hace dos años y que abarca muchos otros aspectos, varios de los cuales han sido becados en convocatorias anteriores.

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

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA.-

PARA LAS CHARLAS DE FORMACION

Televisor para cuarto de estar de pacientes 600

Video VHS 350

Pizarra tipo Vileda con trípode 110

Rotuladores, fotocopias y papelería 200

Elaboración (scaneado, fotocomposición, etc.)
y enmarcado de láminas explicativas para charlas 1000

Suscripción a SEDENE y revista SEDENE
(Sociedad Española de Enfermería Neurológica) 440

Inscripción a Reunión Anual de SEDENE y transporte 1400

TOTAL 4.200 EUROS

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

1.- TÍTULO

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN Y AMPLIACIÓN DEL PROYECTO
"ATENCIÓN AL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO EN EL
HOSPITAL MIGUEL SERVET, ZARAGOZA."**

(INCLUIDO EN LA CONVOCATORIA 2002)

2.1.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

NOMBRE **Juan Ignacio Lopez Gastón.**
Javier Marta Moreno.

PROFESIÓN Neurólogos **CENTRO DE TRABAJO S.** Neurología. Hospital
Universitario Miguel Servet.

DIRECCIÓN Paseo Isabel La Católica sn.

LOCALIDAD Zaragoza. **CODIGO** 50009

TELEFONO 976765626 **E-MAIL** jmartam@meditex.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Antonio Oliveros Juste	Jefe de Servicio de Neurología.
Mariano Montori Lasilla	neurólogo S. Neurol. Miguel Servet
Belén Sánchez	" becaria "
Jose Ramón Ara Callizo	" "
Jose Luis Capablo Liesa	" "
Angeles Lopez Perez	MIR Neurología "
Jose A. Oliván Usieto	" "
Maria Jesús Chopo	enfermera "

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

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS.

El proyecto presentado en la convocatoria anterior, "Vía Clínica para la atención al Accidente Isquémico Transitorio" ha sido una herramienta útil en la mejora de la asistencia a estos pacientes en nuestro Servicio. La Memoria adjunta desglosa los resultados en los diferentes indicadores predeterminados. Destacar que la estancia media del AIT ha pasado de 9,4 días en el 2001 a 3,7 días en los pacientes incluidos en la Vía. Dado que esta se ha aplicado a solo el 38% de todos los pacientes ingresados por AIT, la reducción para el conjunto de los AIT, ha sido menor, pasando de 9,3 días a 7,2 días. Esto nos da idea del potencial de mejora existente.

La evaluación de la experiencia de un año, nos ha convencido de la necesidad de continuar usando la Vía y ampliar su aplicación al mayor número de casos posible, extendiendo la estrategia de Gestión por Procesos a aspectos relacionados que la complementan, como son la realización de estudios angiográficos y endarterectomía en aquellos casos en los que esta está indicada. La coordinación con el Servicio de Cirugía Vasculare nos parece especialmente importante para completar la "gestión horizontal" del proceso en los casos subsidiarios de cirugía (ver asteriscos en la Vía).

3.2.- OBJETIVOS QUE SE PLANTEA CONSEGUIR

1.- Aumentar el % de pacientes con AIT que son incluidos en la Vía Clínica ya instaurada, pasando del 38% actual al 60% en el 2003.

2.- Ampliar los criterios de inclusión en la Vía a aquellos ictus que cursan sin déficit funcional que incapacite al paciente (puntuación en la escala de Rankin Modificada menor de 2), que asistencialmente son asimilables a aquellos que sufrieron un AIT.

3.- Establecer la Gestión del Proceso: "Estenosis carotídea subsidiaria de endarterectomía", en colaboración con los Servicios de Radiología y Cirugía Vasculare, que:

- Garantice la calidad de la asistencia.
- Disminuya la variabilidad clínica.
- Racionalice el uso de recursos.
- Mejore la información y satisfacción del paciente.
- Mejore los sistemas de información que faciliten el seguimiento y detección de problemas mejorables en el futuro.
- Sea una herramienta de formación continuada para los profesionales.

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

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES.-

OBJETIVO 1.- Aumentar el % de pacientes con AIT que son incluidos en la Vía Clínica ya instaurada, pasando del 38% actual al 60% en el 2003.

ACCIONES:

- Renovar la información al Servicio de Urgencias y presentar los resultados a sus responsables semestralmente.
- Análisis crítico por parte de todo el Servicio del funcionamiento de la Vía en el ejercicio pasado, de su repercusión en los indicadores y la distribución de trabajo, así como de las posibilidades de mejora en el presente año (YA REALIZADO EN DICIEMBRE DEL 2002, reflejado en la evaluación-propuestas de mejora de la Memoria).

INDICADORES:

- Continuar con la evaluación semestral de los indicadores prefijados y su presentación al conjunto del Servicio y Urgencias para su análisis. Se mantiene el diseño de la Vía y los indicadores utilizados

DESARROLLO:

- a lo largo de todo el año.

OBJETIVO 2.- Ampliar los criterios de inclusión en la Vía a aquellos ictus que cursan sin déficit funcional que incapacite al paciente (puntuación en la escala de Rankin Modificada menor de 2), que asistencialmente son asimilables a aquellos que sufrieron un AIT.

ACCIONES:

- Extender el uso de las escalas de Rankin, Glasgow y NIH en la valoración del paciente al ingreso y en su seguimiento.
- Incluir estos pacientes en la Vía.

INDICADORES:

- Los ya usados en la Vía, incluida el de satisfacción del paciente.
- N° de casos de infarto cerebral Rankin < 2 incluidos en la Vía-n° de casos de infarto cerebral Rankin < 2 atendidos.
- Estancia media de los incluidos y de los no incluidos

DESARROLLO:

- a lo largo de todo el año.

OBJETIVO 3.- Establecer la Gestión del Proceso: "Estenosis carotídea subsidiaria de endarterectomía", en colaboración con los Servicios de Neurorradiología y Cirugía Vasular.

ACCIONES:

- Elaboración de una Vía Clínica, elaborado a partir de las Guías Clínicas de MBE existentes, con los servicios involucrados: reuniones periódicas. (INICIADA EN ENERO DEL 2003).

- Estratificar el riesgo de recurrencias indicación quirúrgica en función de las características ecográficas de la placa carotídea (estenosis y morfología).

- Monitorización de los resultados de los pacientes intervenidos, para lo cual consideramos necesario revisar a los pacientes en Consulta de Patología Vascul ar Cerebral a los 3 meses de la endarterectomía, lo que hasta ahora no hacíamos. Esto nos supone un esfuerzo adicional y la habilitación de unas horas de consultas.

DESARROLLO:

- Seis meses para la elaboración de la Vía.
- Tres meses para comenzar las revisiones de estos pacientes en la Consulta de Patología Vascul ar Cerebral.

Cronograma

	EN	FB	MZ	AB	MY	JUN	JUL	AG	SPT	OCT	NOV	DIC
INFORMACIÓN A URGENCIAS (charlas)			X						X			
INFORMACIÓN A URGENCIAS (resultados)						X						X
EVALUACIONES EN EL SERVICIO						X						X
USO DE ESCALAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
INCLUIR RANKIN ~2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
AUMENTAR % INCLUSIÓN DE AIT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GESTION DEL PROCESO ENDARTERECTOMIA (elaborar Guía Vía)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ESTRATIFICAR INDICACIÓN SEGÚN ECODOPPLER			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CONSULTA PVC				X	X	X	X	X	X	X	X	X

BIBLIOGRAFÍA.-

- 1) Feinberg WM, Albers GW, Barnett HJM, Biller J, Caplan LR, Carter LP, Hart RG, et al. Guidelines for the management of transient ischemic attacks: from the Ad Hoc Committee on Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks of the Stroke Council of the American Heart Association. AHA medical scientific statement: special report. *Circulation*. 1994;89:2950-2965.
- 2) Albers GW, Hart RG, HL Lutsep, D W Newell, R. Sacco. Supplement to the Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks : A Statement From the Ad Hoc Committee on Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks. *Stroke Council, American Heart Association. Stroke* 2000; 30: 2502-2511.

Estas dos referencias son las Guías Clínicas que sobre el AIT propone el Comité ad hoc propone la American Heart Association y una referencia para elaborar nuestra propia Guía Clínica.

- 3) Barnett HJ, Taylor DW, Eliasziw M, Fox AJ, Ferguson GJ, Haynes RB, Rankin RN, Clagett GP, Hachinski VC, Sackett DL, Thorpe KE, Meldrum HE. Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis: North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. *N Engl J Med.* 1998;339:1415-1425.
- 4) North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *N Engl J Med.* 1991;325:445-453.
- 5) European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST). *Lancet.* 1998;351:1379-1387.

En estos trabajos se sentó la hoy aceptada indicación de endarterectomía en prevención secundaria (incluyendo el AIT y las amaurosis fugax) del ictus cuando la estenosis sea significativa hemodinámicamente (>70% según criterios NASCET).

- 6) Johnston DCC, Goldstein LB (2001). Clinical carotid endarterectomy decision making: Noninvasive vascular imaging versus angiography. *Neurology* 56: 1009-1015.

Capacidad de la ecografía carotídea de seleccionar pacientes con alto riesgo de recurrencia.

- 7) Yonas H, Smith HA, Durham SR, Pentheny SL, Jonson DW. Increased stroke risk predicted by compromised cerebral blood flow reactivity. *J Neurosurg* 1993; 79: 483-9.
- 8) Segura T. Utilidad del Doppler Transcraneal en la determinación de la reactividad vasomotora cerebral. *Rev* 2000;31 (11):1031-1032

Papel del estudio de la reserva hemodinámica y vasorreactividad cerebral en la selección de candidatos a endarterectomía.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA.-

software de análisis de imágenes ecográficas: MATROX INSPECTOR 4.1	1.800 EUROS
Software de cuantificación de reserva hemodinámica cerebral (doppler)	600
SCANNER DE IMÁGENES para PC con retroiluminación (scaneado de arteriografías, Rx, transparencias, etc).	800
total	3.200 euros.

1.-TITULO

CONSENSO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN

2.1- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos : M^a JOSE TRIS ARA

Profesión: MÉDICO

Dirección: P^o ISABEL LA CATÓLICA nº 1-3

Localidad : ZARAGOZA Código postal y provincia: 50009 ZARAGOZA

Teléfono 976765500 (EXTENSIÓN 4040) Fax Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a SOLEDAD LERA	MÉDICO REHABILITADOR	HUMS
M ^a JOSE GARCÍA GALAN	MÉDICO REHABILITADOR	HUMS
ISABEL VILLARREAL SALCEDO	MÉDICO REHABILITADOR	HUMS
ANA BELÉN MORATA CRESPO	MÉDICO RESIDENTE	HUMS
ANA PEÑA GIMENEZ	MÉDICO RESIDENTE	HUMS
HONORIO MARIN	MÉDICO RESIDENTE	HUMS
MÓNICA MACIA CALVO	MÉDICO RESIDENTE	HUMS
ITZIAR ISIDORO	MÉDICO RESIDENTE	HUMS
PILAR LÓPEZ LAHOZ	MÉDICO RESIDENTE	HUMS
VICENTE VILLAR SEBASTIAN	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	HUMS
ASUNCIÓN ALFONSO LOZANO	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	HUMS
JOSÉ GONZALEZ RAMOS	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	HUMS
LUIS LEDESMA ROMANO	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	HUMS

JOSE TRIS ARA
DATO VERIFICADO

3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Realizar un estudio de campo en los pacientes afectos de lumbalgia crónica remitidos a las consultas externas de rehabilitación de nuestro Hospital. Tendremos en cuenta una serie de variables que mediremos a través de unas preguntas administradas a los pacientes:

- Tiempo de evolución del cuadro clínico
- Tiempo de Incapacidad Laboral Transitoria
- Médicos a los que ha recurrido a causa de la lumbalgia
- Fármacos que precisan tomar
- Grado de incapacidad, medido a través del test de Oswestry (1,2) se trata de un sencillo y práctico cuestionario autoadministrado fue adaptado al castellano en 1995 consta de 10 preguntas cerradas. En cada ítem el enfermo debe elegir una única opción , aquella que mejor refleje su situación entre 6 posibles frases, mutuamente excluyentes. Se trata de una escala ordinal en la que cada cuestión se puntúan de 0 a 5, según la respuesta . Si responde a todas las preguntas, la suma de las puntuaciones correspondientes es multiplicada por dos y el resultado final es expresado como un porcentaje. Si el paciente declina contestar alguna cuestión, la puntuación global se calcula dividiendo la suma de las puntuaciones individuales obtenidas en cada ítem entre la puntuación máxima posible del número total de preguntas contestadas y se multiplica por cien. El resultado obtenido indica el grado de incapacidad, que puede ser mínima (0-20%), moderada (20-40%), grave (40-60%), muy grave (60-80%), superior al 80% indica que el paciente está obligado a permanecer en cama por el dolor. El paciente tarda en rellenarlo entre 3,5 y 5 minutos. En la versión original tiene una correlación test-retest muy elevada ($r = 0,99$). La consistencia interna varía según los estudios de 0,71 a 0,91.
- Estado de salud a través del SF-36 (3,4): Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático. Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Existe una cuestión, no incluida en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Se han propuesto dos formas diferentes de puntuación. La primera (Rand Group) establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. La segunda forma de puntuación (The Health Institute) otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Sea cual sea el método empleado, el significado de la puntuación es el mismo: cuanto mayor sea, mejor estado de salud refleja. Posee una elevada consistencia interna (0.8 para todas las escalas, salvo para "*función social*" que es 0.76). El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0.6 para función social. Si la comparación se realiza con 6 meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que desciende hasta 0.43. Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación al español, son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión "*función social*", que es algo menor. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original.

Analizaremos las causas y procesos relacionados por medio del estudio de campo realizado y por la revisión de la bibliografía:

- Un circuito asistencial mal planteado. Los pacientes acuden a múltiples especialistas antes de recibir un tratamiento.
- Es una patología que origina gran número de Bajas Laborales e Incapacidades permanentes.(5)
- Ausencia de guías clínicas de derivación.
- Listas de espera para ser vistos por los especialistas y para ser tratados por fisioterapeutas.
- El tratarse de un patología no bien definida sino un cajón desastre donde se engloban numerosos cuadros no bien definidos.
- La falta de información, y la información confusa que reciben los pacientes, tanto de su enfermedad como de las alternativas de tratamiento.(6,7)

Anexo 2

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

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

Planificar cambios:

- Adaptar la guía clínica para el manejo del dolor lumbar de Waddell G, Feder G, McInstosh A, Lewis M, Hutchinson A. Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioner, 1996. Se iniciaría su utilización en los centros de Atención primaria de Actur Sur, Fuentes Norte, Seminario y Torrero Este, ya que en estos centros existen una consulta de Rehabilitación dependiente del Departamento de Rehabilitación del Miguel Servet.
- Crear un Protocolo de anamnesis (8) y exploración para todos los pacientes incluidos en el estudio, que serían los pacientes con lumbalgia que acudiesen a los médicos de atención primaria de los Centros de Salud antes mencionados (ver anexo 1 y 2)
- Realizar una serie de charlas con los Médicos de atención primaria sobre aspectos fundamentales de la guía tales como: síntomas de alarma (9) ante los cuales deben sospecharse que no se trata de una simple lumbalgia, sino que existe otra enfermedad subyacente (compresión nerviosa, enfermedad grave, S. de cola de caballo enfermedad inflamatoria), situaciones en las cuales deben pedirse pruebas complementarias o derivarse al especialista correspondiente y uso de fármacos según la evidencia científica existen hasta el momento.(ver organigramas 1 y 2)
- Detectar los factores de riesgo psicosociales (10) para desarrollar una cronificación del proceso (yellow flags) e intentar evitar que esto suceda por medio de charlas informativas a los pacientes y escuela de espalda(11,12,13) guiada por un médico rehabilitador, tratamiento fisioterápico y de terapia ocupacional

Probar y verificar lo anterior a través de:

- Aplicación de la guía clínica en los centros anteriormente citados
- Crear un circuito de derivación para los pacientes con lumbalgia

Monitorizar:

- Tiempo de Incapacidad Laboral Transitoria de los pacientes controlados en el estudio
- Utilidad que vean en la nueva guía clínica los pacientes y los médicos de Atención Primaria
- Comprobar que se ha seguido la guía clínica

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)****5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA**

1. Fairbank J. Et al. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1980; 66: 271-273
2. Florez García, García Pérez et al. Adaptación transcultural ala población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación* 1995; 29: 138-145
3. Aaronson NK, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality Life Res* 1992. 1: 349-351
4. Alonso J., Prieto L. et al. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:771-776
5. Gonzalez Viejo MA. Epidemiología. Dimensión socioeconómica. *Dolor Lumbar*. Grupo Aula Médica. 1996.
6. Deyo RA. The role of the primary care physician in reducing work absenteeism and cost due to back pain. *Spine: State of the Art Rev* 1987, 2: 17-30
7. Deyo RA y Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low-back pain. *Spine* 1986; 11: 28-30
8. Florez García MT, García Pérez F. Anamnesis. *Dolor Lumbar*. Grupo Aula Médica. 1996.
9. Acute Low Back Problems Guideline pane, Rockville, Maryland. Acute low back problems in adults: assessment and treatment. *Am Fam Physician*. 1995; 51: 469-484
10. Flórez García MT. Lumbalgia en Atención Primaria. *Medicina Integral*. 1999. Vol 34; nº 10: 413-422
11. Farhmi w. Backache Relieved Through New concepts of posture. Springfield, IL. Charles C Thomas. 1996; 1-52
12. Zachrisson-Forssell M. The Swedish Back School. *Physiotherapy* 1980; 66: 112-116
13. Koes BW, Van Tulder MW, Van der Windt Dawn and Bouter LM. The efficacy of back schools. A review of randomized clinical trials. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(8):851-862

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA**Material / Servicios****Euros**

500 fotocopias DINA 4	150 E
Becario encargado de manejo de datos e información	1600 E

Material fungible**Viajes y dietas****Otros gastos****TOTAL EUROS****1750 E**

1.- TÍTULO

Diseño de un Plan de Gestión de Calidad. Modelización de Programas de Gestión de Calidad en Servicios Hospitalarios del Área Médica. Estructuración siguiendo el modelo EFQM".

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **José-Ramón Ara Callizo**

Profesión **Médico-Neurólogo**

Centro de trabajo **Hospital Universitario Miguel Servet**

Dirección **Pº Isabel la Católica, 1 y 3**

Localidad **Zaragoza** Código postal y provincia **50009**
Zaragoza

Teléfono **976765500** Fax **976558577**

Correo electrónico **jrara@able.es**

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Oliveros Juste	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Jl López Gastón	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Carlota Casanova Flores	Dto. Organización y Admón. de Empresas. CPS.	Universidad de Zaragoza
Jesús Pastor Tejedor	Dto. Organización y Admón. de Empresas. CPS.	Universidad de Zaragoza
Vicente Bertol Alegre	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
María Bestué Cardiel	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
JL Capablo Liesa	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Manuel Gracia Naya	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Eugenia Marta Moreno	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Javier Marta Moreno	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Jesús Martín Martínez	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Mariano Montori Lasilla	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Carmen Pascual Piazuelo	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Isabel López Pérez Fraile	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Isabel Velilla Marco	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
MA López Pérez	Médico MIR Neurología	H.U.Miguel Servet
JA Oliván Usieto	Médico MIR Neurología	H.U.Miguel Servet
Olga Blasco Gómez	Médico MIR Neurología	H.U.Miguel Servet
Alicia Burriel Rosselló	Médico MIR Neurología	H.U.Miguel Servet
MJ Chopo Alcubilla	DUE Neurología	H.U.Miguel Servet
Lourdes Gascón Cuello	DUE Neurología	H.U.Miguel Servet
A.Guerendiain Machiñena	DUE Neurología	H.U.Miguel Servet
V. Martín Ferrando	DUE Neurología	H.U.Miguel Servet
A. Romeo Laguarda	DUE Neurología	H.U.Miguel Servet
Elena López Alcutén	Auxiliar Enfermería Neurología	H.U.Miguel Servet
María José Aspiroz	Auxiliar Adm. Neurología	H.U.Miguel Servet

3. INTRODUCCIÓN

En el proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2002) partíamos de una situación en la que la implicación de los trabajadores sanitarios en los programas de calidad del hospital, en general y específicamente en nuestro Servicio, era escasa, a pesar del esfuerzo de las Comisiones Clínicas y la introducción de los planes de Gestión de los Centros y los Contratos-Programa.

En nuestro proyecto asumimos la necesidad de que el Hospital, como empresa pública al servicio de los ciudadanos, debía promover un compromiso global de mejora de calidad, en línea con la política estratégica de la Dirección del Centro.

Aunque el objetivo final es conseguir un programa de Gestión de la Calidad Total, en el que ningún proceso de nuestro Servicio escape a la planificación, control y mejora, la escasa implicación de nuestro personal hasta el momento actual, la falta de modelos específicos que guíen el cambio y las peculiaridades de nuestra propia organización, nos impulsaron a promover actuaciones limitadas pero de carácter progresivo y coordinadas entre sí, que nos permitieran involucrar al mayor número de personas y establecer las bases para una implantación efectiva del programa de Gestión de la Calidad Total.

De esta forma, planificamos una serie de objetivos y actuaciones para el año 2002, que revisaremos a continuación.

4. OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. Objetivos generales

1. Mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente
2. Afianzar la calidad como marco de referencia para la buena práctica clínica en el Servicio de Neurología.

3. Rediseñar un Plan de Gestión de Calidad de un Servicio Hospitalario del Área Médica como base para una modelización.

4.2. Objetivos específicos:

1. Consolidar la estructura y funcionamiento del grupo de calidad.
2. Promover la participación y formación de los profesionales del Servicio de Neurología.
3. Reelaborar el Plan de Gestión de Calidad del Servicio de Neurología.
4. Analizar las dificultades que se presentan en la elaboración e implantación de un Plan de Calidad de un Servicio Médico Hospitalario y proponer medidas que minimicen los problemas.
5. Modelizar la estructura de un Plan de Gestión de Calidad de un Servicio Hospitalario del Área Médica.

5. METODOLOGÍA

5.1. El ámbito de actuación se fijó a 2 niveles:

- a. Hospitalización
- b. CME Ramón y Cajal, como centro piloto de asistencia neurológica ambulatoria

5.2. Se diseñó un plan general con actuaciones a nivel científico-técnico, interactiva o funcional y corporativo, con una metodología general del tipo de los ciclos de mejora continua de la calidad basados en el modelo PDCA de Deming, desarrollando las siguientes etapas:

- a. Identificación y priorización de problemas u oportunidades de mejora
- b. Análisis de causas
- c. Planificación e implantación de acciones de mejora
- d. Evaluación de los cambios y ajuste si es necesario
- e. Monitorización del proceso mejorado

6. ACTIVIDADES Y RESULTADOS

6.1. Actuaciones y resultados a nivel hospitalario

Se han realizado 5 reuniones del grupo de mejora y 6 reuniones generales del Servicio en relación con temas específicos del programa de calidad.

6.1.1. Actuaciones desarrolladas en relación con el grupo de mejora

6.1.1.1. Reorganización del grupo. Durante este año se ha considerado adecuado, para favorecer la implicación de todos los trabajadores, la movilidad voluntaria de los asistentes a sus reuniones, contando siempre con la participación del responsable de calidad, FEAs, médicos residentes, personal de enfermería, de auxiliares de enfermería, de celadores y, si era posible, la auxiliar administrativa.

6.1.1.2. Se acordó un día fijo de reunión y se ha levantado acta de las reuniones.

6.1.1.3. Se han revisado diversos problemas, y se acordaron las siguientes actuaciones: unificación del horario de pase de visita, propuesta de renovación de las tomas de O2 y aspiración en las habitaciones, propuesta de colocación de asideros en los baños para facilitar la higiene de los pacientes, colocación de un buzón de sugerencias en ambas pasillos de la planta y estudio de las necesidades reales de celador por las tardes. Se discutió y se aprobó un nuevo protocolo para la realización de punción lumbar, así como su correspondiente hoja de información al paciente, que ya ha sido aprobada por el CAE y la UCA. Se ha acordado proponer que una de las DUEs de nuestro Servicio colabore en la revisión y actualización de los protocolos de enfermería que promueve la Dirección de Enfermería (sondaje vesical, sondaje nasogástrico, prevención de úlceras de decúbito, protocolo de recepción de los enfermos y registros de enfermería)

6.1.2. Actuaciones en relación con la participación general del servicio en el programa de calidad.

6.1.2.1. Participación en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón, convocado por el Servicio Aragonés de Salud, con los siguientes proyectos:

- "Diseño de un Plan de gestión de calidad. Modelización de programas de gestión de calidad en servicios hospitalarios del área médica."
- "Atención al vértigo periférico postural benigno: estrategias para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Programa piloto en coordinación Atención Primaria-Especializada."
- "Vía clínica para la atención del AIT en el hospital Miguel Servet."

6.1.2.2. Establecimiento de indicadores y su monitorización

INDICADOR	MEDIA-02 NEURO	MEDIA-01 NEURO	MEDIA-02 HOSPITAL
Nº de p. fallecidos de forma no esperada (x100)	14	-	-
Nº total de pacientes fallecidos			
Nº de pacientes con Doppler en 48 h. (x100)	95,2	-	-
Nº de pacientes incluidos en la Vía			
Nº de p. con Arteriografía en 48 h. de Doppler (x100)	No disponible	-	-
Nº de pacientes con estenosis en doppler > 69%			
Nº de p. con Arterio no indicada Alta en 48 h. (x100)	No disponible	-	-
Nº de pacientes con Arterio no indicada			
Nº de p. satisfechos en la encuesta sobre AIT (x100)	95	-	-
Nº de pacientes de la Vía que contestan			

<u>Nº de estancias inapropiadas (x100)</u>	45	45	
Nº total de estancias			
Estancia media (en días)	10,51	10,65	
<u>Nº de pacientes con información escrita (x100)</u>	38,9	17,4	53,7
Nº total de pacientes encuestados			
<u>Nº de p. que conocían el nombre del médico(x100)</u>	72,2	55,2	67,5
Nº total de pacientes encuestados			
<u>Nº de p. satisfechos con el respeto de sus derechos</u>	94,4	90	83
Nº total de pacientes encuestados			
<u>Nº de p. satisfechos con la información de la enferm.</u>	86	76	87,5
Nº total de pacientes encuestados			
<u>Nº pacientes con SV e infección urinaria (x100)</u>	No	4,28	
Nº de pacientes con Sonda Vesical	disponible		

6.1.2.3. Diseño de nuevos servicios o cambios en los existentes

- Desarrollo e implantación de la vía clínica de la asistencia del paciente con isquemia cerebral transitoria, proceso coordinado por los Drs. López Gastón y J. Marta. Implantada.
- Desarrollo de la vía clínica de asistencia al paciente en estado epiléptico, actividad coordinada por los Drs. Oliveros y Bertol. Realizado el primer borrador para su estudio y discusión por los miembros del Servicio.
- Desarrollo de la vía clínica de la asistencia del paciente con recidiva de Esclerosis Múltiple. Actividad coordinada por el Dr. Martín. Actualmente en fase de elaboración del primer borrador de trabajo.
- Establecimiento del protocolo de realización de la punción lumbar y de su formulario de consentimiento

informado. Actividad coordinada por el Dr. Ara. Aprobada por el CAE y por la UCA. Implantada.

- Establecimiento del formulario de consentimiento informado de la prueba de Tensilón para el diagnóstico de Miastenia Gravis. Coordinado por el Dr. Capablo. Elaborado el borrador, pendiente de estudio y discusión en sesión del Servicio y posterior traslado a la UCA.
- Establecimiento del formulario de consentimiento informado para la utilización de toxina botulínica en las distonías. Coordinado por la Dra. Pérez. Disponible el borrador. Pendiente de presentación para estudio y discusión en el Servicio y posterior traslado a la UCA.

6.1.2.4. Actuaciones en la dimensión corporativa

En orden a mejorar la imagen del Servicio tanto entre nuestros profesionales como entre el resto de profesionales y ciudadanos en general, se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Participación en el Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón, con 3 proyectos que fueron aprobados.
- Presentación en la LIV Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología (Grupo de Gestión y Asistencia) de 10 comunicaciones.
- Participación con el Dr. García Mata (UCA) en una comunicación al XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- Publicación en revistas médicas recogidas en Medline de 15 artículos.
- Participación en actividades programadas por las asociaciones de enfermos de Ictus (AIDA), Esclerosis lateral amiotrófica (ADELA), Alzheimer (AFEDA), Esclerosis Múltiple (ADEMA), Enfermedad de Parkinson y Fibromialgia.

6.1.2.5. Actividades de formación

- 4 miembros del Servicio, 3 facultativos y 1 DUE, han realizado los seminarios para Evaluadores del Modelo EFQM de Excelencia, y el curso de Gestión por Procesos.
- 1 miembro del Servicio (FEA) ha realizado el curso sobre evaluación de estancias inapropiadas.
- 1 miembro del Servicio (Supervisora de Enfermería) ha realizado el curso general sobre calidad.

6. 2. Actuaciones a nivel del CME Ramón y Cajal

Se han realizado 8 reuniones, todas ellas durante los 30-45 minutos de descanso a media mañana. Se han desarrollado las siguientes actividades:

- 6.2.1. Constitución del grupo, formado por todos los facultativos con labor profesional en dicho CME (8), las DUEs (3) y una persona de la Unidad de Citaciones.
- 6.2.2. Desarrollo de un Grupo Nominal para la detección y priorización de problemas en relación con la lista de espera para la asistencia neurológica en dicho centro, estudio de causas y priorización de las medidas a tomar.
- 6.2.3. Medidas concretas acordadas en orden a reducir la lista de espera:
 - 6.2.3.1. Incrementar en 1 paciente el nº de visitas al día por consulta. Realizado.
 - 6.2.3.2. Incrementar el nº de altas. Pendiente de evaluación.
 - 6.2.3.3. Cobertura de los días de consulta específica de los FEA mediante la rotación en consultas de los R4. Realizado.
 - 6.2.3.4. Estudiar la cobertura parcial de las libranzas de guardia mediante los FEA asignados al hospital. Estudiado, no es realizable actualmente.
 - 6.2.3.5. Protocolizar las patologías consideradas más prevalentes a nivel ambulatorio para unificar nuestras actuaciones y como base para una posterior negociación con Atención Primaria. Las siete patologías

acordadas fueron: síncope, enfermedad de Parkinson, cefaleas, epilepsia, demencia, ictus y vértigo. Hasta el momento se ha consensuado el primero (síncope) y se han presentado los 3 siguientes (Parkinson, cefaleas, ictus) y se ha entregado para valoración el 5º (vértigo).

- 6.2.4. Mantener una entrevista con Inspección para fijar criterios sobre los medicamentos que precisan confirmación anual, de forma que pueda anticiparse la cumplimentación del necesario P10 sin que se precise una revisión extra. Realizada.
- 6.2.5. Estudiar nuevas formas de colaboración con Atención Primaria que permitan disminuir fundamentalmente el nº de revisiones: protocolos de estudio y seguimiento consensuados, atención telefónica a través del médico de Atención Primaria.... No iniciado específicamente.
- 6.2.6. Preparación de una encuesta de satisfacción para los pacientes para conocer cuáles son las principales deficiencias desde su punto de vista. Preparado un borrador.

6.3. Proyecto de modelización de un Programa de Gestión de Calidad en Servicios Hospitalarios del Área Médica.

De acuerdo con las actividades desarrolladas, las dificultades encontradas, la discusión con otros grupo y la bibliografía revisada, proponemos la siguiente secuencia para la implantación de un programa de calidad en un servicio médico:

1. Designación de un responsable de calidad por el Jefe del Servicio.
2. Formación básica en Calidad de 3-4 personas del Servicio (facultativos y DUEs)
3. Formación de un Grupo de Mejora, con participación de todos los estamentos laborales que constituyen el Servicio. Planificación de reuniones sistemáticas. Detección de situaciones mejorables. Priorización de los problemas. Determinación de las posibles causas. Planificación de acciones correctoras y de control de su rendimiento.

4. Desarrollo de un plan inicial de calidad que se discutirá con el Jefe de Servicio, con actuaciones a nivel científico-técnico, funcional o interactivo y corporativo.
5. Presentación del Plan de Calidad en sesiones generales del Servicio, con discusión de las actuaciones previsibles, incorporación de nuevas ideas y nombramiento público de los responsables de las diversas actividades.

Hay que intentar la implicación del mayor número mediante un reparto de las responsabilidades.

Este Plan de Gestión de Calidad del Servicio será finalmente presentado para aprobación por el Jefe del Servicio y posteriormente a la Comisión de Dirección del Centro, constituyendo un documento integrado en la estructuración documental del Hospital.

6. Incorporación de los objetivos de calidad del Servicio al contrato-programa de forma que un porcentaje significativo de la productividad quede directamente relacionada con estos objetivos.
7. Programación de sesiones y cursos de formación en calidad.
 - a. Sesiones para todos los miembros del Servicio en la que se utilicen conceptos y herramientas básicas de calidad, a partir de situaciones prácticas ("casos clínicos" de prevención del riesgo, utilización eficiente de recursos, uso racional de medicamentos, evaluación de la propia práctica....) y que permitan poner de manifiesto la utilidad real de las nuevas formas de trabajar.
 - b. Cursos específicos (EFQM, procesos, indicadores, audit....) para los responsables de las actividades.
 - c. Sesiones del Servicio, quincenales, en las que se discutan y se acuerden las diversas propuestas que se vayan generando desde el grupo de mejora y los responsables de las diversas actividades, así como se vayan evaluando y ajustando los cambios que se introduzcan.
8. Promoción del intercambio de experiencias mediante la participación activa en Reuniones y Congresos.

7. PROBLEMAS DETECTADOS

7.1. Justificación para integrarse en el programa

Una de los principales ayudas a la hora de implantar el plan de mejora continua de la Calidad ha sido el de su justificación. Es una idea básica compartida por la mayoría de nuestros compañeros el que nuestro trabajo es mejorable, detectándose continuamente deficiencias de funcionamiento que producen un malestar crónico y desánimo profesional, principalmente porque se consideran como problemas de origen externo y por tanto carentes de un control por nosotros mismos. Sin embargo, asumiendo la existencia de graves causas externas de disfunción, la detección de problemas y estudio de sus causas, fundamentalmente por medios grupales (en nuestro caso Grupo Nominal), escucha activa e información cualitativa suministrada por la UCA de la encuesta posthospitalización de satisfacción nos ha llevado a comprobar que existen múltiples situaciones mejorables dependientes de nuestro propio funcionamiento. El abordaje de medidas correctoras, tras priorización consensuada, nos ha devuelto al menos la sensación de un cierto control sobre lo que hacemos, incrementando el grado de responsabilización de todos nosotros.

7. 2. Importancia del liderazgo

Como en toda actividad grupal, para introducir cambios en las actividades que gozan de un cierto grado de autogestión es necesario contar con el apoyo de las personas que gozan de la mayor credibilidad y aprecio en el grupo, o al menos, conseguir que no estén en contra. En nuestro Servicio no ha habido problemas en este sentido, integrándose la mayor parte del Servicio bien en el grupo de mejora que ha estado abierto durante este año para evitar que alguien pudiera sentirse excluido, bien en la dirección y participación de las diversas actividades programadas.

7.3. Importancia del tiempo

La principal dificultad para el correcto funcionamiento del grupo de mejora y de la integración en el Servicio del programa de calidad es el tiempo. Hemos tenido graves dificultades para la realización de las reuniones programadas, y de hecho se han hecho algo menos de las previstas y muchas menos de las que consideramos que serían necesarias.

En los CME hemos tenido 8 reuniones, todas ellas en el lapso de tiempo dedicado al desayuno de media mañana, debiendo además desplazarse al CME 2-3 facultativos del hospital para la reunión (dado que por el sistema de trabajo de los FEAs se combina el trabajo de forma rotatoria hospital-CME). En el hospital, las reuniones del grupo de mejora se han realizado al final de la jornada del día, siempre sometidos a las vicisitudes e incidencias de última hora.

Esta situación no es sostenible a medio plazo. En el CME, si queremos continuar con las reuniones de calidad, se deberán programar durante el horario laboral, lo que exigirá no citar en ese periodo: deberemos calcular horario de reunión a las 13,30, citando ese día 4 revisiones menos por consulta (12 menos en total al mes).

En el hospital se deberá consensuar nuevamente con el resto de personal las reuniones del grupo de mejora y son necesarias reuniones, al menos quincenales, para la implantación y evaluación de nuevas formas consensuadas de trabajo.

7.4. Motivación

Durante este primer año la participación general del personal del Servicio creemos que ha sido globalmente buena.

- 7.4.1. Ha servido como incentivación directa la participación de tres proyectos de nuestro Servicio en el **programa de calidad del Gobierno de Aragón** ya que ha movilizado de forma sostenida a varios grupos de trabajo, con implicación importante de los 4 responsables de los proyectos. En este sentido es necesario en los nuevos proyectos promovidos desde el Servicio, y especialmente en éste que engloba todas las actividades, se incluya a todos los miembros del Servicio

que quieran estar presentes, para evitar la posible y equivocada idea de que los esfuerzos movilizados son rentabilizados por unos pocos. Debe quedar bien claro que el trabajo es para mejorar nuestra organización, nuestro trabajo y la satisfacción de los ciudadanos, y el reconocimiento es para todos los miembros del Servicio.

- 7.4.2. Por otra parte, en el diseño global del programa de Calidad se **diversificó la responsabilidad de las actividades** en la mayoría de los facultativos del Servicio. No obstante, a este nivel la respuesta no ha sido totalmente la deseable. Como factor de distorsión debemos reseñar la OPE de Octubre que requirió los intereses intelectuales de más de la mitad de nuestros FEAs durante varios meses. También, la no programación sistemática de reuniones de Calidad, generales, del Servicio, ha impedido un seguimiento y presión adecuada de grupo en este sentido. Para este año, ya están programadas reuniones mensuales generales del Servicio (todos los últimos viernes de cada mes). De todas formas, está claro y se demuestra que cuanto mayor ha sido el grado de responsabilidad pública y voluntariamente asumido para la planificación y control de una actividad mejor ha sido la respuesta.
- 7.4.3. Un tercer factor motivacional lo constituye la **mejora en varios de los indicadores** que monitorizan nuestra actividad, lo cual demuestra que con nuestra acción podemos mejorar los resultados de nuestro trabajo.
- 7.4.4. El incremento del conocimiento en temas relacionados con la calidad a través de **cursos específicos** ofertados a personas clave del Servicio han servido para adquirir nuevas herramientas que nos faciliten el proceso de cambio.
- 7.4.5. La **participación en Reuniones Científicas** con la comunicación de parte de nuestras actividades en el campo de la calidad es un factor adicional de refuerzo del interés del Servicio. En este sentido, vemos necesario la participación de

nuestras DUEs y del resto del personal en las Reuniones Científicas de Neurología y de Calidad, con proyectos específicos o compartidos.

- 7.4.6. Se hecha en falta una **repercusión económica** más clara y directa de los objetivos de calidad, que puede actuar como factor de motivación fácilmente apreciable.
- 7.4.7. También creemos necesario una mejor definición del modelo de hospital y de Servicio al que aspiramos llegar a ser. Qué tipo de prestaciones asistenciales, docentes y de investigación debemos ofertar y con qué nivel, y cuál es el sistema de organización interna que consideramos más idóneo para ello, por supuesto de forma integrada en el modelo general del hospital.

8. ACCIONES PENDIENTES

- 8.1. Reorganización del Grupo de Mejora con inclusión de las personas que lo deseen e invitación específica a las que se considere que ejercen un liderazgo dentro del Servicio.
- 8.2. Mejora de la sistemática de las reuniones del Grupo de Mejora acordando nuevamente fecha fija periódica, citación con orden del día, acta de las reuniones y reglamento de funcionamiento.
- 8.3. Reorganización de las sesiones de calidad del Servicio. Habrá una reunión general mensual que permita avanzar en la implantación de protocolos y vías clínicas, monitorizar indicadores, programar y discutir actividades de investigación y docencia, y desarrollar medidas de eficiencia y de disminución riesgos. Se realizará orden del día con los temas a tratar y acta.
- 8.4. Completar los 7 protocolos previstos para práctica ambulatoria, e implantarlos en los tres CME.
- 8.5. Proseguir con las labores de implementación de la vía clínica de la asistencia del paciente con isquemia cerebral transitoria, proceso coordinado por los Drs. López Gastón y J. Marta.

- 8.6. Desarrollo de la vía clínica de asistencia al paciente con crisis epiléptica, actividad coordinada por los Drs. Oliveros y Bertol. Borrador en elaboración actual.
- 8.7. Desarrollo de la vía clínica de la asistencia del paciente con recidiva de Esclerosis Múltiple. Actividad coordinada por el Dr. Martín. Borrador en elaboración actual.
- 8.8. Establecimiento del formulario de consentimiento informado de la prueba de Tensilón para el diagnóstico de Miastenia Gravis. Coordinado por el Dr. Capablo. Elaborado el borrador, pendiente de estudio y discusión en sesión del Servicio y posterior traslado a la UCA.
- 8.9. Establecimiento del formulario de consentimiento informado para la utilización de toxina botulínica en las distonías. Coordinado por la Dra. Pérez. Disponible el borrador. Pendiente de presentación para estudio y discusión en el Servicio y posterior traslado a la UCA.
- 8.10. Revisión, corrección y reevaluación del sistema de monitorización de las actividades del Servicio.

9. ACCIONES NUEVAS

Reformular los objetivos generales de nuestro Servicio dentro del Modelo EFQM de Excelencia, utilizando este modelo como instrumento práctico para establecer un sistema de gestión apropiado. Las acciones a desarrollar se orientarán a buscar el equilibrio y la satisfacción de todos los grupos de interés relevantes para nuestro Servicio. Así, además de la consolidación del plan de Gestión de Calidad del año anterior, que ya contiene acciones específicas en cada una de las áreas que contempla el modelo EFQM, este año añadiremos:

9.1. Liderazgo.

Definiremos la misión, visión y valores de nuestro Servicio en conjunción con los de nuestro Hospital. (Responsables Dr. Oliveros, Dr. Ara, Dr. López Gastón, Dr. Capablo, Dña. MJ Chopo).

9.2. Política y estrategia.

Definiremos las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés:

- Clientes (Dr. Gracia Naya y Dr. Martín)
- Miembros del Servicio (Dr. Oliveros, Dr Ara, Dr. López Gastón, Dña. MJ Chopo)
- Otros Servicios implicados (Dr. Capablo)
- Sociedad (Dr. Marta)
- Propietarios-SAS (Dr. García Mata).

Se recogerá y analizará la información de las actividades de aprendizaje (Dra. Marta, Dr. Capablo).

9.3. Personas

Desarrollarán y utilizarán planes de formación y desarrollo que contribuyan a garantizar que las personas del Servicio se ajustan a nuestras necesidades actuales y futuras:

- Gestión de la asistencia a cursos y reuniones. (Dr. Oliveros, Dr. Ara, Dr. López Gastón).
- Formación e implantación de un plan de cuidados estandarizados para pacientes ingresados con ictus (DUEs: AM Romeo, A Guerendiain, L Gascón, V Martín y MJ Chopo)

9.4. Alianzas y recursos

- Se gestionarán alianzas con Atención Primaria (Dr Capablo), Cirugía Vascul ar Periférica (Dr. López Gastón), Oncología (Dra Pascual), Neurofisiología, Neurocirugía, Rehabilitación.
- Se optimizará el consumo de los suministros (Dña. MJ Chopo).
- Se facilitará a los usuarios el acceso a la información (Proyecto de Mejora de la continuidad de la asistencia entre niveles e información al paciente con ictus. Coordinado por DR. J Marta y MJ Chopo).

9.5. Procesos

Se elaborará el mapa de procesos del área de Neurología y se desarrollará y analizará el proceso clave elegido (Ictus cerebral). Proyecto coordinado por Carlota Casanova y Jesús Pastor (Departamento Organización y Administración Empresas. C.P.S., Universidad de Zaragoza), JR Ara, J Marta, JI López Gastón, JL Capablo y JR García Mata.

9.6. Resultados en los clientes

Medidas de percepción:

- Indicadores de satisfacción de la encuesta posthospitalización (UCA)
- Encuesta de satisfacción del AIT (JI López Gastón, J Marta)
- Estudio de satisfacción con el Consentimiento Informado (Estudio programado desde el CAE con la colaboración de MA López, JA Oliván, JR Ara).

Medidas de rendimiento:

- Nº de quejas y reclamaciones (SAP)
- Nº de felicitaciones
- Tratamiento de las quejas y reclamaciones, y tratamiento de las sugerencias depositadas en los buzones de la planta de hospitalización.

9.7. Resultados en las personas

Medidas de percepción:

- Se diseñará una encuesta de satisfacción para las personas que componen el Servicio
- Se utilizará además la escala de Maslach.

Medidas de rendimiento:

- Grado de implicación en las actividades programadas del Plan de Calidad.
- Índices de absentismo y bajas por enfermedad.

CRONOGRAMA ACTIVIDADES NUEVAS

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Misión-Valores	x	x	x	x								
Expectativas grupos de interés		x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Planes formación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
AlianzasRecursos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Procesos	x	x	x	x	x	x	x					
RClientes						x						x
RPersonas						x						x
RSociedad						x						x
RClave						x						x

BIBLIOGRAFÍA

Antoñanzas A, Magallón R. Medición de la Calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Madrid, Dupont Pharma, 1997 ; Tomo II : 73-107.

Revisa desde el punto de vista conceptual y práctico diversas formas de medir la Calidad como son los requisitos, los criterios y los indicadores. con especial énfasis en la construcción, validez, fiabilidad, desarrollo y análisis de criterios e indicadores.

Aranaz Andrés JM. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. Rev Neurol. 1999; 29: 647-51.

Se abordan las diferentes concepciones de la calidad asistencial a lo largo de la historia reciente y se propone un programa "tipo" de calidad para un servicio clínico, fundamentado en tres pilares esenciales: la calidad científico-técnica, la calidad funcional y la calidad corporativa.

Davins J. Estrategia de implantación de un programa de calidad en un Centro de Salud. Organización y funcionamiento. En: Saturno P, Gascón JJ, Parra P. editores. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Madrid, Dupont Pharma, 1997; Tomo III : 199-230.

Describe la estrategia de implantación de un programa de calidad, los pasos a seguir para su implantación, la organización y funcionamiento, y los problemas en su implantación. En muchos aspectos es trasladable al funcionamiento de un Servicio hospitalario.

Fundación Avedis Donabedian. Manual para equipos de mejora de calidad. Barcelona. Fundación Avedis Donabedian, 1996.

Representa una guía práctica para los integrantes de un grupo de mejora. Describe las formas de trabajo de equipos de mejora, herramientas metodológicas de evaluación y mejora y sistemas de monitorización.

Goodstein L, Nolan T, Pfeiffer JW. Applied Strategic Planning. A Comprehensive Guide. New York, Mc Graw-Hill. 1993.

Tomando como base la experiencia en los esfuerzos mas avanzados de consultorías americanas, se describe de forma práctica una guía para identificar, sistematizar e implantar planes estratégicos en organizaciones para conseguir el éxito empresarial.

Jiménez Jiménez J. Manual de Gestión para Jefes de servicios Clínicos. Conceptos básicos. Madrid, MSD 1997.

Aporta conocimientos generales de gestión hospitalaria y su entorno actual en el sector público, así como conocimientos específicos de Gestión Clínica.

Johnson S. Ed.. Pathway of care. Oxford, Blackwell Science, 1997.

Describe el desarrollo, ejecución y evaluación de vías clínicas en diversas especialidades.

Marquet Palomar R, Avellana Revuelta E, Davins Miralles J. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas (I). La planificación en calidad. FMC 1993; 0: 7-18.

Avellana Revuelta E, Pico Navarro JA, Rris Selles J. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas (II). La medida de la calidad. FMC 1994; 1: 75-87.

Avellana Revuelta E, Davins Miralles J, Marquet Palomar R. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas (III). La mejora de la calidad. FMC 1994; 1: 156-167.

Síntesis de conceptos, métodos y herramientas de mejora de calidad aplicadas a nuestro entorno.

Morera Guitart J. La asistencia neurológica como producto. Valoración del proceso en neurología. Rev Neurol 1999; 29:662-666.

Revisa el concepto de asistencia médica como producto, estableciendo un paralelismo con el proceso de la producción industrial, y con referencia específica a la asistencia ambulatoria.

Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Churchill Livingstone España, Madrid: 1997.

Se revisan todos los elementos de la secuencia de la toma de decisiones sobre grupos de pacientes y/o poblaciones, basándolas en la valoración de las mejores evidencias disponibles.

Ovretveit J. Evaluating quality and quality measures for comparison. Healthcare review online; 2001; vol 5, núm 1.

Revisión para no especialistas de las diferentes metodologías de evaluación de la calidad e indicadores, así como de su utilidad en la realidad.

Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med Clin (Barc)1994; 103: 65-71.

Artículo de referencia a la hora de aplicar el AEP en nuestro medio. Util en su introducción en programas de mejora en el uso apropiado de los recursos.

Peiró S, Librero J. Evaluación de calidad a partir del conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria. Rev Neurol 1999; 29:651-661.

Revisa los marcos conceptuales del ajuste por gravedad, los sistemas diseñados para el ajuste de costes por proceso y los diseñados para ajustar la

efectividad de la atención hospitalaria. haciendo hincapié en las limitaciones, especialmente, de las fuentes de información.

Sánchez E (Coordinadora). Guía para Gestión de Procesos. Vitoria-Gasteiz. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza. 2000.

Publicación que sirve de Guía para la Gestión de procesos en el servicio Vasco de Salud. Recoge la sistemática de trabajo para gestionar un proceso, ilustrándolo con experiencias piloto de los diferentes centros y diversos procesos.

Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Publica 1995; 69: 163-175.

Revisa las principales características, la utilidad y puntos críticos de las diferentes formas de participación del usuario en la evaluación de calidad.

Saturno PJ. Qué es y para qué sirve un programa de Gestión de la Calidad. En Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Pharma, S.A., 1997 ; Tomo I :79-114.

Ofrece una visión práctica de los componentes de un Programa de Gestión de la Calidad, abordando aspectos terminológicos, actividades (ciclos de mejora, monitorización y diseño de la Calidad), protagonistas principales (administración, personal de salud y usuarios) y objetivos a lograr.

Saturno PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443.

Artículo de revisión sobre el uso de indicadores en la monitorización de actividades de calidad.

Saura J, Saturno P, y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos. Protocolos clínicos: ¿Cómo se construyen?. Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Aten Primaria 1997; 18 : 91-96.

Tomando como base la doctrina del Institute of Medicine (National Academy of Sciences, Washington, US), el Canada Minister of Supply and Services, y la Canadian Medical Association, se revisa un modelo de estructura para la elaboración de protocolos clínicos.

Suñol R, Bañeres J. Origen, evolución y características actuales de los programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Pharma, S.A., 1997 ; Tomo I :47-78.

Revisa las distintas actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios desde finales del siglo XIX hasta finales del siglo XX.

Uris J, Pariente E. Análisis de las oportunidades de mejora. La búsqueda de causas. En Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Pharma, S.A., 1997 ; Tomo II : 48-72.

Se ocupa de los diferentes métodos disponibles para el análisis de las causas de los problemas de Calidad, tanto métodos cualitativos (diagrama en espina de pescado, diagrama de afinidad, gráfico de conexiones, etc) como cuantitativos (gráficos de Pareto y diagramas de dispersión).

Varios autores. Revista de Calidad Asistencial: Número monográfico de Gestión de Procesos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 243-326.

Revisa la aplicación de la Gestión de Procesos desde la perspectiva de varias aplicaciones en el entorno sanitario español.

Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid, Díaz de Santos, 1994.

En sus 22 capítulos se describe la gestión estratégica de la calidad, su planificación, control y mejora desde un enfoque de calidad total en el marco de una Dirección Estratégica.

Zabala E, Onatibia A, Vivanco J, Barrios J, Urrutxi MJ. El cliente como eje central de la reorganización del Servicio de Radiología. XIII Congreso de la Sociedad de Calidad Asistencial. Marbella, 1995.

Describe los pasos para la mejora, mediante la participación sistematizada de los profesionales involucrados, de una serie de actividades mejorables en un Servicio Hospitalario.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2002)
---------	--

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

Material inventariable

Euros

Material fungible

Solicitud artículos. Búsqueda bibliografía Reproducción y edición de material	360
--	-----

Viajes y dietas

Inscripción y Asistencia a 2 Congresos Nacionales Para presentación de la experiencia (uno de medicina y otro de enfermería)	1200
--	------

Otros gastos

Formación en Gestión de Calidad	600
---------------------------------	-----

<u>TOTAL EUROS:</u>	2160
---------------------	------

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD (ENERO 2003)

TÍTULO DEL PROYECTO: Diseño de un Plan de Gestión de Calidad. Modelización de Programas de Gestión de Calidad en Servicios Hospitalarios del Área Médica.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: José-Ramón Ara Callizo

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1- Mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente
- 2- Afianzar la calidad como marco de referencia para la buena práctica clínica en el Servicio de Neurología.
- 3- Rediseñar un Plan de Gestión de Calidad de un Servicio Hospitalario del Área Médica como base para una modelización.
- 4- Analizar las dificultades que se presentan en la elaboración e implantación de un Plan de Calidad de un Servicio Médico Hospitalario y proponer medidas que minimicen los problemas.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Se han realizado 19 reuniones (5 del grupo de mejora, 6 generales del Servicio y 8 en el CME Ramón y Cajal).

Estudio de la lista de espera en Neurología del CME Ramón Cajal.

Actividades de protocolización de las 7 patologías de neurología ambulatoria más significativa.

Desarrollo de las Vías clínicas de asistencia al paciente con AIT, con brote de EM y con estado epiléptico.

Desarrollo de los consentimientos informados de punción lumbar, Tensilón y Toxina botulínica.

Monitorización de la actividad del Servicio mediante los indicadores previstos.

Participación en actividades con las asociaciones de pacientes.

Análisis de las dificultades de implantación de un programa de gestión de Calidad en un servicio médico hospitalario (ver memoria general).

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Implantación de la Vía Clínica de atención al paciente con AIT.

Establecimiento del primer protocolo de asistencia neurológica ambulatoria (síncopa), y discusión de los 4 siguientes (Parkinson, cefaleas, ACV y vértigo).

Implantación del protocolo de punción lumbar.

Implantación del consentimiento informado de la punción lumbar.

Disminución de la estancia media general y de la asistencia al AIT (ver memoria general).

Mejora de los indicadores de pacientes que reciben información escrita, de pacientes que conocen el nombre de su médico y del nº de pacientes satisfechos con el respeto de sus derechos (ver memoria general).

Modelización de Programas de Gestión de Calidad en Servicios Hospitalarios del Área Médica.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES (en paréntesis, iniciales de los meses)

Reorganización del Grupo de Mejora (E,F).

Reorganización de las sesiones de calidad del Servicio (F).

Completar los 7 protocolos previstos para práctica ambulatoria (F-O).

Proseguir la implantación de la vía clínica del AIT (E-D).

Desarrollo de las vías clínicas de asistencia al paciente con crisis epiléptica (A-N) y brote de Esclerosis Múltiple (F-My).

Formularios de CI de la prueba de Tensilón y del tratamiento con toxina botulínica.(A-My)

Revisión, corrección y reevaluación del sistema de monitorización de las actividades del Servicio (N.D).