

3.1. -OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En la última evaluación de la cartera de servicios del Área 2 y 5, en la que se revisó el programa de diabetes (en 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 dietéticos, 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 más bien un nuevo enfoque, ya expuesto en la revisión del programa del paciente diabético, por el grupo de trabajo de la Comisión del 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 a más intervenciones educativas”* en estas intervenciones, estarían la propuesta de la revisión de pies 1 vez al año.

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.

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

OBJETIVOS:

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:

Conseguir que:

- ▶▶ 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.
- ▶▶ En la siguiente evaluación del Servicio de Atención a pacientes diabéticos el examen de pies sea del 50% y la exploración de la sensibilidad, pulsos y reflejos tendinosos alcance el 50%.

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

Se excluyen los profesionales de las consultas de pediatría.

ACTIVIDADES Y CALENDARIO:

ACTIVIDADES	CALENDARIO							
	1º tri- 02	2º tri- 02	3º tri- 02	4º tri- 02	1º tri- 03	2º tri- 03	3º tri- 03	4º tri- 03
Discusión del proyecto con la Gerencia								
Presentación del proyecto a los responsables de enfermería								
Realización de las charlas								
Evaluación aprendizaje								
Análisis de resultados por centros e informe final								
Difusión del informe								
Sesiones en los centros para discutir resultados								
Evaluación del seminario de atención a pacientes diabéticos								

ACTIVIDAD DOCENTE:

CONTENIDO:

La actividad docente se distribuye en dos sesiones de una hora cada una con los siguientes contenidos:

1er Día:

- ⇒ Presentación de los asistentes
- ⇒ Entrega y cumplimentación de la encuesta 1.
- ⇒ Entrega de documentación. Anexo 1.

- ⇒ Importancia de la educación grupal. ¿Cómo dar una charla sobre el pie diabético a nuestros pacientes?. Temas a tratar.
- ⇒ Entrega y cumplimentación de la encuesta 2.

Las charlas las impartirán dos profesionales de enfermería, responsables del proyecto, previo consenso de actuación, para evitar sesgos.

METODOLOGIA:

Las exposiciones teóricas se combinan con material fotográfico de casos clínicos, prácticas sobre exploraciones complementarias, roleplaying sobre educación en grupos, posibilidad de discusión de casos clínicos, si algún profesional quiere, puede exponer algún caso interesante.

Se proporcionará material docente de apoyo: Anexo 1 y hojas de cuidados de pies de diferentes laboratorios.

EVALUACION:

ENCUESTA 1

nº identificación:

Edad:

Sexo: Varón Hembra

Años de profesional: En AP: En Hospital:.....

Años de trabajo - en medio rural: -en medio urbano:

Les preguntas a tus pacientes sobre la alimentación: NO

Sí en cada consulta

Sí 1 vez al año

Sí cada 2 años

Les revisas los pies visualmente a tus pacientes diabéticos: NO

SÍ en cada consulta

SÍ 1 vez al año

SÍ cada 2 años

Les palpo los pulsos en los pies: NO

SÍ en cada consulta

SÍ 1 vez al año

SÍ cada 2 años

Les realizo doppler: NO

SÍ en cada consulta

SÍ 1 vez al año

SÍ cada 2 años

Les miro con diapasón la sensibilidad: NO SÍ en cada consulta

SÍ 1 vez al año

SÍ cada 2 años

Les miro la sensibilidad térmica: NO

SÍ en cada consulta

SÍ 1 vez al año

SÍ cada 2 años

Les pregunto como y cuando se compran el calzado: SI NO

Les doy información sobre como revisarse ellos los pies: SI NO

Les doy documentación escrita sobre autocuidados: SI NO

Doy educación a grupos de diabéticos: SI NO

1- Según la ADA los valores de glucosa plasmática en ayunas igual ó superior a 126 mg/dl es diagnóstico de diabetes: SI NO

2- El pie frío es un síntoma de un problema: vascular

neurrológico

traumatológico

3- La disminución del vello es un signo: vascular

neurrológico

traumatológico

4- Las lesiones hiperqueratosas son un signo: vascular

neurrológico

traumatológico

5- Los zapatos deportivos son: aconsejables

desaconsejables

6- Los zapatos tienen que tener la suela: gruesa

fina

7- El doppler o índice de tobillo/brazo por encima de 1.25 indica:

Isquemia severa

Normalidad

Sugestivo de calcificación

8- En caso de úlcera neuropática en pie diabético es aconsejable:

Reposo absoluto

Caminar a diario

Caminar lo menos posible

9- En caso de úlcera vascular en pié diabético es aconsejable:

Curar según protocolo

Derivar urgentemente a cirugía vascular

Derivar al podólogo

- 10- Para el lavado de los pies es aconsejable el jabón de ph: neutro:
- Acido
- Básico

ENCUESTA 2

nº identificación:

- 1- Según la ADA los valores de glucosa plasmática en ayunas igual ó superior a 126 mg/dl es diagnóstico de diabetes: SI NO
- 2- El pie frío es un síntoma de un problema: vascular
- neurólogo
- traumatológico
- 3- La disminución del vello es un signo: vascular
- neurólogo
- traumatológico
- 4- Las lesiones hiperqueratosas son un signo: vascular
- neurólogo
- traumatológico
- 5- Los zapatos deportivos son: aconsejables
- desaconsejables
- 6- Los zapatos tienen que tener la suela: gruesa
- fin
- 7- El doppler o índice de tobillo/brazo por encima de 1.25 indica:
- Isquemia severa
- Normalidad
- Sugestivo de calcificación

8- En caso de úlcera neuropática en pie diabético es aconsejable:

Reposo absoluto

Caminar a diario

Caminar lo menos posible

9- En caso de úlcera vascular en pié diabético es aconsejable:

Curar según protocolo

Derivar urgentemente a cirugía vascular

Derivar al podólogo

10- Para el lavado de los pies es aconsejable el jabón de ph: neutro:

Acido

Básico

Se medirán los resultados de las normas técnicas correspondientes (servicio de atención a pacientes diabéticos) y se compararán con los objetivos previstos.

NECESIDADES PREVISTAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO:

Se realizarán 2 charlas de educación sobre el pie diabético de 1 hora de duración, en dos días consecutivos, en su centro de salud, usando materiales como: diapasón 128 de escala graduada, monofilamento 5.07, doppler, hojas informativas, guantes agua, lijas, material de curas, ordenador y cañón de imagen si fuera posible, sino transparencias.

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 Vascolar sobre pie diabético. <http://www.angiol.com/angiol/angiol.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 all. 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/medios/medios.htm>

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 interiorizen y las pongan en marcha.

1.- TITULO

"ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BENZODIAZEPINAS, HIPNÓTICOS Y ANTIDEPRESIVOS E INCORPORACIÓN DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. (FASE II)"

2.1.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

Nombre y apellidos – Profesión:

<i>Carmen Montón Franco</i>	Medico Familia	E.A.P. Casablanca
<i>Carmen Labarta Mancho</i>	Farmacéutica	Servicio de Farmacia A.P.

Centro de trabajo: *EAP Casablanca.*

Dirección: *C/ Ermita s/n*

Localidad: *Zaragoza*

Código postal y provincia: *50009 Zaragoza*

Teléfono: *976 569200*

Fax: *976 569363*

Correo electrónico:

;

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)
---------	--

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<i>Pedro Marín Velázquez</i>	Médico Familia	EAP Casablanca
<i>Ana Avelino Terrón</i>	Médico Familia	EAP Casablanca
<i>José M^a Gargallo Lalmolda</i>	Médico Familia	EAP Casablanca
<i>Martín Lalinde Herrero</i>	Médico Familia	EAP Casablanca
<i>Rosario Juana Ramón</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Teresa Enfedaque Echevarría</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Carmen López Gasca</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Carmen Salvador Del Val</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>Isabel Peñafiel Amán</i>	ATS	EAP Casablanca
<i>M.Dolores Bonet Lacadena</i>	Psicóloga	U.S.M. Casablanca
<i>Cristina Latorre Ruiz</i>	ATS	U.S.M. Casablanca
<i>M^a Concepción Celaya Lecea</i>	Farmacéutica	Servicio de Farmacia A.P.

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Elevada prescripción de psicofármacos (benzodiazepinas, hipnóticos y antidepresivos) en Atención Primaria. En el EAP de Casablanca, representan el 8,65% de los envases y el 6,42% del importe de las prescripciones en el periodo de julio 2000 a junio 2001, obteniéndose un valor de 49,19 DHD.
- Uso de benzodiazepinas durante periodos prolongados.
- Empleo de psicofármacos no adecuada al diagnóstico psiquiátrico asociado (trastornos de ansiedad y depresión); siendo frecuente la prescripción sintomática.
- Gran variabilidad en los patrones de prescripción de estos fármacos.
- Escasa utilización de intervenciones terapéuticas no farmacológicas en el abordaje de los problemas de ansiedad/insomnio/depresión
- Tendencia al abuso de benzodiazepinas/hipnóticos por parte de algunos usuarios
- Insuficiente adhesión a los tratamientos antidepresivos por parte de los pacientes

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos generales:

- A. Mejorar la calidad en la indicación y utilización de tratamientos ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos.
- B. Realizar seguimiento de los tratamientos con psicofármacos..
- C. Promover la utilización de técnicas terapéuticas no farmacológicas entre los profesionales de Atención Primaria.

Objetivos específicos:

1. Reducir la duración de los tratamientos con benzodiazepinas e hipnóticos.
2. Ofertar al paciente recursos no farmacológicos para afrontar sus problemas de ansiedad/insomnio/depresión.
3. Ofertar al paciente en tratamiento crónico con benzodiazepinas pautas de deshabitación.

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

Método:

- Formación de los profesionales mediante sesiones en el EAP.
- Información y educación a pacientes en tratamiento crónico con benzodiazepinas.

Actividades :

1. Continuidad de las actividades del primer proyecto:

- Analizar la prescripción de benzodiazepinas y antidepresivos en el E.A.P. Casablanca correspondiente al periodo julio 2000- junio 2001.
- Actualización de guías de actuación en trastornos de ansiedad y depresión.
- Mejorar la formación de los profesionales en aspectos relacionados con la salud mental: entrevista clínica, diagnóstico psiquiátrico, psicofarmacología y abordajes no farmacológicos de estos trastornos (durante el año 2001).
- Elaboración de materiales escritos para educación y promoción de la salud mental.
- Información a los pacientes con insomnio de pautas no farmacológicas y entrega de material escrito.
- Tratamiento de la información obtenida para la aproximación establecimiento de estándares para evaluar la calidad de la prescripción de psicofármacos.
- Evaluación final del programa de mejora y de su efecto sobre la prescripción de psicofármacos y la satisfacción de los profesionales y pacientes.

2. Nuevas actividades: Intervención sobre los pacientes que utilizan benzodiazepinas de forma prolongada (monitorización y seguimiento del tratamiento) (durante el año 2002).

- Identificar a pacientes que sigan tratamiento crónico con benzodiazepinas, mediante revisión de tarjetas de largo tratamiento y la renovación de prescripción en consulta médica.
- Priorizar aquellos pacientes más susceptibles a la intervención.
- Ofertar al paciente pautas de deshabitación.
- Evaluar la efectividad de la actividad.

Duración: 12 meses.

5 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- ◆ Landry MJ, Smith DE, McDuff DR, Baughman OL. Benzodiazepine dependence and withdrawal: identification and medical management. *J Am Board Fam Pract*; 1992; 5(2): 225-7.

La dependencia a benzodiazepinas puede ser producida por tres patrones de uso: dosis altas entre 1 y 6 meses, dosis bajas más de 6 meses, dosis altas diarias más de 6 meses. Cada uno de estos patrones se relaciona con el desarrollo de tolerancia y un síndrome de abstinencia particular.

- ◆ Holton A, Riley P, Tyrer P. Factor predicting long-term outcome after chronic benzodiazepine therapy. *J Affect Disord* 1992; 24(4): 245.

Los mejores resultados de un programa de retirada de tratamiento con diazepam, después de cinco años, estaban asociados con: pacientes jóvenes, pocos síntomas en el momento de retirada.

- ◆ Gonzales JJ, Stern TA, Emmerich AD, Rauch SL. Recognition and management of benzodiazepine dependence. *Am Fam Physician* 1992; 45(5): 2269-76.

Sugiere pautas para el diagnóstico de abuso a benzodiazepinas, basadas en la historia, examen físico y patrones de uso de fármacos. Los médicos de atención primaria pueden tratar estos pacientes pero esto requiere paciencia, precaución y cierto juicio clínico. Si las reacciones se complican con inestabilidad, no cumplimiento o deterioro clínico, los pacientes deben referirse al nivel especializado.

- ◆ Schewizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98 Supl 393: 95-101.

- ◆ Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs* 1994; 48(1): 25-40.

En estas 2 referencias se proponen pautas para la retirada de las benzodiazepinas. Para evitar la aparición de un síndrome de privación, el fármaco debe retirarse gradualmente, y el contacto frecuente con el médico y el respaldo de la familia son medidas complementarias de suma importancia.

- ◆ Montón C, Campos R y col. Guía consensuada de atención a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión en Atención Primaria. Areas 2 y 5 – INSALUD - Zaragoza. 1994.

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

6.- RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO	
<i>Material inventariable</i>	<i><u>Pesetas</u></i>
Cañón para proyección	550.000
Libros	100.000
<i><u>Material fungible</u></i>	
<i><u>Inscripciones, viajes y dietas</u></i>	
Asistencia a cursos relacionados con el proyecto de los participantes del equipo:	250.000
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantía de Calidad ▪ Psicofarmacología ▪ Abordajes no farmacológicos ▪ Otros 	
<i><u>Otros gastos</u></i>	
Gastos de imprenta del material informativo entregado a los pacientes	100.000
TOTAL	1.000.000 ptas.

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

1.- TITULO:



“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.- 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**

3.- 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
Gonzalez 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+VII
5.4.- Comunicación	←				IX+VI+VII	→						
5.5.- Documentación	VIII+X		VIII+X		VIII+X		VIII+X		VIII+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, Mª José	IX.-	Melguizo, Amor
V.-	Gil, Mª 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 cardíaca.

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 examinando 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 cardiaca".

Rodríguez Fernández JA, Aldamiz-Echevarría Iraurgi B, Pereira Santelesforo S, Caeiro Castelaio. 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 cardiaca? Rev Esp Cardiol 2001; 54: 815-81

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

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

Sociedad andaluza de cardiología. Revista numero 36 Mayo - 2 001
<http://www.sacardiologia.org/>

"La insuficiencia cardiaca. 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 Eleanor, 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 cardiologia en insuficiencia cardiaca 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 cardiaca en Atención Primaria" (I).

José Luis Llisterni Caro, Gustavo Rodríguez Roca, Francisco Javier Alonso Moreno, Luis Rodríguez Padial, Vivencio Barrios Alonso.
SEMERGEN: 2000; 26: 5-13.

"Insuficiencia cardiaca en Atención Primaria" (II).

José Luis Llisterni Caro, Gustavo Rodríguez Roca, Francisco Javier Alonso Moreno, Luis Rodríguez Padial, Vivencio Barrios Alonso.
SEMERGEN 2000; 26: 66-76.

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

Packer M. Principios fisiopatológicos de la Insuficiencia Cardiaca. 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 Cardiaca. 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. 1.998. pp: 1287-1298

Juncadella García E., Vilardell Tarres M.,
"Patología cardiovascular en Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clinica". 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 he-art failure in Spain. Eur Heart J 1997; 18: 1771-1779.

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

Brotans C, Moral I, Ribera A, Pérez G, Cascant P, Bustins M et al. Tendencias de la morbimortalidad por insuficiencia cardíaca 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 Ven-tricular 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".
Capitulo 2: Trastornos cardiovasculares, pp: 30 – 90
Lassner k. (ediciones Doyma).1989.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA:**Material inventariable**

2 PC sobremesa	2500 €
2 PC portátiles	3000 €
Cañón de proyección	2000 €
Impresora	300 €
Escáner	120 €
Grabadora CD	180 €
Encuadernadora	360 €
Software	500 €

Material fungible:

CD	200 €
Cartuchos tinta impresora	500 €
Canutillos	50 €
Folios	150 €
Repuestos (bombillas etc) y mantenimiento	100 €

Viajes y dietas:

Inscripción Congresos	1200 €
-----------------------	--------

Otros gastos:

Suscripciones y libros	600 €
------------------------	-------

TOTAL EUROS**11.760 €****ANEXOS a la Solicitud:**

I.- Justificación del Proyecto Pág. 1 a 5

II.- Documentos identificativos del grupo de Trabajo Pág. 1 a 3



1.- TÍTULO: ATENCION AL VERTIGO PERIFERICO POSTURAL BENIGNO: ESTRATEGIAS PARA SU DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN. PROGRAMA PILOTO EN COORDINACION ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos: José Luis Capablo Liesa
Profesión: Médico **Centro de Trabajo:** Hospital Miguel Servet
Dirección: Isabel la Católica 1.
Localidad: Zaragoza **Código postal:** 50007 **Provincia:** Zaragoza
Teléfono: 765500 Ext. 1736, 1730 **Correo electrónico:** jcapablol@meditex.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

<u>Nombre y Apellidos</u>	<u>Profesión</u>	<u>Centro de Trabajo</u>
Abos Olivares Esperanza	Medico Familia	CS La Paz
Alfaro Lozano Asunción	Médico Familia	CS Seminario
Alfonso Falcón Ramón	Médico Familia	CS Seminario
Ara Callizo JR	Médico Neurólogo	Htal. Miguel Servet
Castellote Gonzalez Concepción	Médico Familia	CS Seminario
Colomina Casas Monserrat	Médico Familia	CS Seminario
Cortes Lahuerta Carmen	Médico Familia	CS Seminario
Damborenea Tajada Jorge	Médico ORL	CE Ramón y Cajal
Fernández Liesa Rafael	Médico ORL	CE Ramón y Cajal
Fernando Pina José	Medico Familia	CS La Paz
García Galán María José	Médico Rehabilitador	Htal. Miguel Servet
Garcia Martínez Emilio	Médico Familia	CS Seminario
García Mata JR	Médico UCA	Htal Miguel Servet
García Solans José Manuel	Médico ORL	CE Ramón y Cajal
Garro Conde Pablo	Médico Familia	CS Seminario
Fraile Rodrigo Jesús	Médico ORL	Htal. Miguel Servet
Hidalgo Mendía Begoña	Méd. R. Rehabilitador	Htal. Miguel Servet
Lapuente Arruebo María José	Medico Familia	CS La Paz
Loscos Morató Juana	Medico Familia	CS La Paz
Llorente Arenas Eva	Médico ORL	CE Ramón y Cajal
Marta Moreno Javier	Médico Neurólogo	CE Ramón y Cajal
Martín Moreno Fernando	Medico Familia	CS La Paz
Millaruelo Trigo José Manuel	Medico Familia	CS La Paz
Morata Crespo Belén	Méd. R. Rehabilitador	Htal. Miguel Servet
Peña Jiménez Ana	Méd. R. Rehabilitador	Htal. Miguel Servet
Rodríguez Fabre María José	Medico Familia	CS La Paz
Romeo Ladrero Jesús Francisco	Medico Familia	CS La Paz
Sangrós Gonzalez Francisco Javier	Medico Familia	CS La Paz
Sanz Sebastián Carmen	Méd. R. Rehabilitador	Htal. Miguel Servet
Tris Ara María José	Médico Rehabilitador	Htal. Miguel Servet
Velilla Marco Isabel	Médico Neurólogo	CE Ramón y Cajal
Villar Sebastián Vicente	Medico Familia	CS La Paz

3.1.- IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

1. Vértigo Posicional Benigno. Identificación e Incidencia.

Es el vértigo que aparece en relación con un determinado movimiento de la cabeza. El diagnóstico se realiza clínicamente en todo paciente con vértigo y nistagmus en una sola posición de la maniobra de Dix – Hallpike, sin otros signos o síntomas acompañantes, con excepción de la clínica vegetativa.

Incidencia aproximada de 46 pacientes por 100.000 hab.

Se suele resolver espontáneamente sin tratamiento en un periodo variable de tiempo (semanas – meses). En ese tiempo se origina un estado de gran incapacidad con graves repercusiones laborales, sociales y personales.

2. En condiciones ideales, el paciente con VPPB, debe ser identificado en la primera visita y sometido al tratamiento adecuado durante la fase aguda.

El tratamiento médico no es útil.

El tratamiento fundamental es el Tratamiento Rehabilitador. Solo existe un ensayo clínico aleatorio, controlado y enmascarado que lo valore. El resto de la literatura son series de casos clínicos o estudios no controlados, con resultados homogéneos que describen mejorías superiores al 90%.

3. El proceso de diagnóstico y tratamiento habitual adolece de importantes defectos tanto asistenciales como organizativos.

Un paciente con VPPB acude a la consulta del MF o a urgencias de un hospital, donde le recetan, o no, sedantes laberínticos y lo remiten en ocasiones al ME. En este último caso tarda más de un mes en ser atendido, se confirma el diagnóstico, se retiran, o no, los sedantes laberínticos y se le da de alta. En cualquiera de las visitas se ha podido recomendar, o no, ejercicios posturales de estimulación laberíntica que el paciente debe auto-administrarse. En ocasiones no se identifica el VPPB, y los síntomas se atribuyen a otra enfermedad, remitiéndose al paciente a / entre los diversos especialistas.

3.1.- OPORTUNIDAD DE MEJORA

1. La preocupación por la mejora de la calidad de los servicios médicos participantes ha creado un lugar común en el que consideramos que este tipo de proyecto puede ser realizado.
2. Tanto los centros de salud, como el de especialidad, como los servicios hospitalarios tienen amplia experiencia en el manejo de esta patología. Las relaciones entre ellos son correctas y existe un clima de confianza. Pretendemos mejorar esta situación, mediante un programa que favorezca el conocimiento y el trabajo en común.
3. La Unidad de Vértigos del Hospital Miguel Servet tiene una labor no solo asistencial sino de investigación y formación que ha sido puesta a disposición de este proyecto. Se han adaptado Guías de Práctica Clínica ya existentes en esta unidad realizadas de acuerdo a conocimientos basados en la evidencia.
4. La baja calidad percibida de la asistencia, a todos los niveles contemplados, hace que cualquier tipo de medida sea rápidamente efectiva.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejora de un proceso asistencial (Vértigo Posicional Postural Benigno), y de los procesos organizativos y administrativos que inciden en el servicio recibido por los pacientes afectados de esta enfermedad. Disminución de su variabilidad mediante un Sistema de Gestión por procesos para la organización y articulación de los equipos de atención primaria, especializada y hospitalaria.
2. Comprobar su factibilidad, efectividad y eficiencia realizando una monitorización exhaustiva de dicho Proceso en un estudio de 3 meses, comparándolo con la atención recibida habitualmente en esta enfermedad, según indicadores predeterminados.
3. Fortalecer el Equipo de Mejora de los Servicios implicados.

3.3.- ANÁLISIS DE CAUSAS Y PROCESOS RELACIONADOS

Este apartado se ha abordado según el modelo de tormenta de ideas:

1. A nivel general:

1.1.-Existe un problema de información y desinformación:

- Falta información sobre qué es la enfermedad. Para el paciente se trata de una enfermedad sin órgano causal (nadie le explica qué es el laberinto).
- Potenciación de otras enfermedades concomitantes para explicar los síntomas. De esta forma, se achaca a la Cervicoartrosis, Dispepsia digestiva, Isquemia cerebral o Síndrome de ansiedad que pueden coexistir o no.

1.2.-Falta de entrenamiento en la realización de las pruebas de equilibriometría.

1.3.-Falta de confianza en los tratamientos de Reposición Laberíntica:

- Comodidad de manejo del tratamiento farmacológico.
- Mayor tiempo de realización de las maniobras de terapia física.

2. En el Centro de Salud

2.1.-Existe un tiempo muy limitado para la atención al paciente.

2.2.-Falta de comunicación efectiva con la Asistencia Especializada.

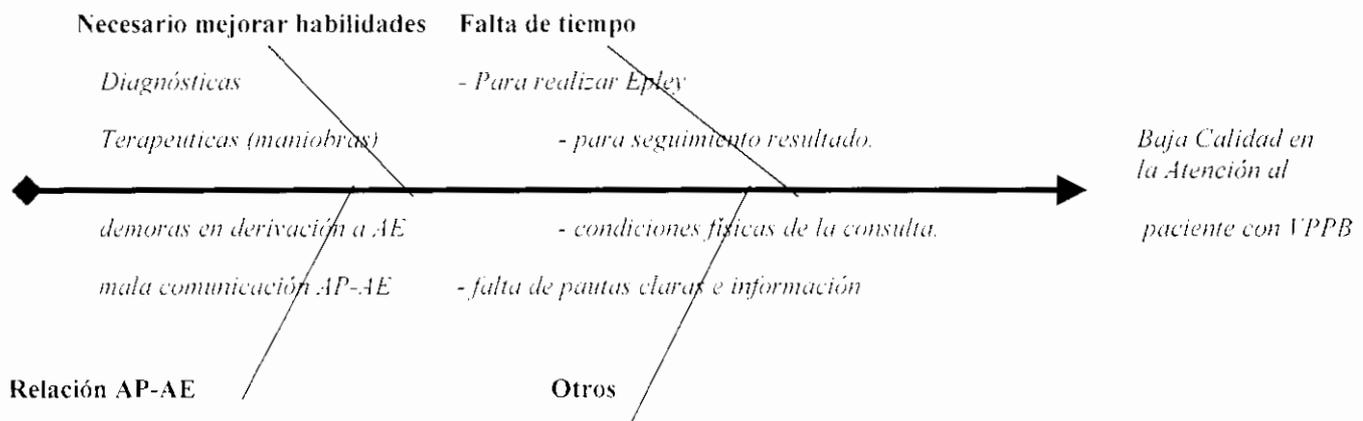
3. En el Centro de Especialidades:

3.1.-Lista de espera excesiva para comprobar los diagnósticos dudosos.

3.2.-Falta de comunicación efectiva con la Asistencia Primaria.

3.3.-Excesiva rotación de los especialistas por el CE, lo que dificulta la comunicación con el CS y la realización de Vías Clínicas.

3.4.-Falta de motivación de los especialistas hacia esta patología, con tendencia a la derivación rápida a otras especialidades. Exploración rutinaria.



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

A.-FASE DE FORMACIÓN: Entrenar a los médicos de familia, neurólogos, ORL y rehabilitadores en la realización del test diagnóstico de Hallpike y en las maniobras de reposición laberíntica de Epley (Anexo 1). Para ello se realizarán sesiones teórico-prácticas, para estandarizar las técnicas en los centros implicados.

B.-ESTUDIO PILOTO: Habilitar la atención a los VPPB detectados en dos CS por el Médico de Atención Primaria que se encargará de realizar las Maniobras de Hallpike y que remitirá al paciente bien al centro de especialidades bien a la consulta de Rehabilitación del Vértigo (demora máxima de 7 días) donde se realizará el tratamiento de reposición (Anexo 2).

B.1.-Articular una vía para diagnosticar y tratar el VPPB en el CS (médico general / rehabilitador).

Consideramos que la enfermedad debe ser identificada desde el primer momento de la atención médica por el médico de AP. El médico de familia y el rehabilitador en aquellos CS que disponen de él, podrían ser los responsables ideales para su tratamiento.

Inicialmente se elegirán un Centros de Salud para monitorizar la implantación (intervención), y un segundo Centro de Salud para comparar los resultados con el manejo habitual (control).

B.2.-Articular una vía para canalizar al paciente a unas Consultas Específicas (neurólogo y ORL) en el Centro de Especialidades o en el Hospital)plazo máximo de 7 días). Implantación del tratamiento de reposición de forma sistemática en estas consultas.

La consulta de Vértigos del Hospital Miguel Servet, seguirá siendo de referencia, además de consulta de rebosamiento.

Los criterios de derivación a la consulta especializada serán:

Centro de Salud “control” :Todos los pacientes.

Centro de Salud “intervención” : Todos aquellos pacientes en los que haya dudas diagnósticas sobre el diagnóstico o por la mala respuesta al tratamiento.

B.3.-Monitorizar según indicadores prefijados (Anexo 3).

B.4.-Reuniones mensuales para comentar la marcha de la fase Piloto.

B.5.-Fase de análisis de los resultados según indicadores prefijados de los pacientes atendidos por ambas vías.

B.6.-Evaluación común de los resultados finales.

C.- CONSENSO PARA LA PROPUESTA DE UN PROCESO ASISTENCIAL PARA EL VPPB SEGÚN EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD.

D.- DIVULGACION Y EXTENSION DEL USO DE LA VIA AL RESTO DEL AREA SANITARIA.

D.1.-Sesiones formativas en nuevos CS y diferentes Servicios de AE que atienden a estos pacientes, impartidas por los participantes en la Fase Piloto.

D.2.-Promover cambios organizativos y administrativos para consolidar la existencia de un Médico Responsable del tratamiento del VPPB, de referencia para cada CS y Área, y una Consulta donde tratar los nuevos casos.

D.3.-Monitorizar periódicamente la extensión y resultados del nuevo modelo según se vaya implantando, identificando las posibilidades de cambio, y la puesta en marcha de un nuevo ciclo de mejora.

E.-CRONOGRAMA



E.-VERIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS PROPUESTAS.

1. Los resultados del proceso de gestión realizado en un centro de salud se compararán con los resultados de la práctica habitual en otro centro de salud que se utilizará como control.
2. Consideramos el área sanitaria de un centro de salud como unidad de análisis. De los centros de salud de Zaragoza, se han seleccionado dos según un muestreo de conveniencia, en los que se ha conseguido la colaboración necesaria para la consecución de este proyecto. Sus características demográficas son similares y ambos dependen de Área II.
3. Salvo la intervención terapéutica, el resto de pruebas y controles se realizará de forma idéntica en ambos grupos.
4. Los resultados serán medidos de forma ciega por un médico que no conocerá el tratamiento realizado. contemplándose medidas de efectividad, eficiencia y calidad de vida.

E.-MONITORIZACIÓN DEL PROCESO

1.-Se realizará en la consulta de seguimiento y estará a cargo de un médico que supervisará el proceso. Recibirá semanalmente los listados de pacientes identificados en los Centros de Salud, y asegurará el cumplimiento del circuito diagnóstico tanto del grupo intervenido como del control. A tal fin, confirmará la asistencia de los pacientes a las sucesivas consultas, y en caso de ausencia contactará con el paciente para realizar una encuesta telefónica.

2.-Realizará una consulta inmediata en el grupo control y las consultas de seguimiento en todos los pacientes del estudio.

3.-En caso de que no se cumpla algún paso del algoritmo diagnóstico / terapéutico, analizará las causas para su corrección y en su defecto realizará él mismo los procedimientos que falten.

4.-Este estudio será evaluado por el Comité Ético y de Investigación del Hospital Miguel Servet

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Beynon GJ, Baguley DM, da Cruz MJ. Recurrence of symptoms following treatment of posterior semicircular canal benign positional paroxysmal vertigo with a particle repositioning manoeuvre. *J Otolaryngol* 2000 Feb;29(1):2-6. *Descripción de la evolución en esta enfermedad. Tras la maniobra de Epley el 98% de los casos tenían un test de Dix-Hallpike negativo, aunque el 45% de los casos recayeron dentro de las 30 semanas.*
2. Blatt PJ, Georgakakis GA, Herdman SJ, Clendaniel RA, Iusa RJ. Effect of canalith repositioning maneuver on resolving postural instability in patients with BPPV. *Am J Otol* 2000; 21(3):356-63. *Serie de casos tratados con las maniobras de reposición. Control con posturografía, antes y después del tratamiento. Muestran una mejora en todos los casos, pero en algunos no se obtiene una curación completa del equilibrio.*
3. Bowling A. La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Ed. Masson. Barcelona. 1994. *Descripción de las escalas de calidad de vida.*
4. Casabella B, Aguilar M. Los trastornos neurológicos: una aproximación desde la atención primaria. *Atención Primaria* 1990; 7: 538 – 544. *Descripción de la distribución de las enfermedades neurológicas en una consulta de Atención Primaria.*
5. Cohen HS, Jerabek J. Efficacy of treatments for posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1999;109:584-590. *Estudio prospectivo, aleatorizado, pero no enmascarado, donde se comparan las maniobras de Epley, Epley modificada con aumento de la rotación cefálica y la modificada de Semont. En conclusión, las tres maniobras son igualmente efectivas.*
6. Di Girolamo S, Paludetti G, Briglia G, et al. Postural control in benign paroxysmal positional vertigo before and after recovery. *Acta Otolaryngol (Stockh.)* 1998;118:289-293. *Serie de casos que estudian la evolución tras las maniobras de liberación, controlandola con posturografía. Apuntan la posibilidad de una lesión de la mácula otoconial concomitante.*
7. Ferri E, Armato E, Ianniello F. Treatment approaches to benign paroxysmal positional vertigo. Clinical features in 228 cases of posterior and lateral canalolithiasis. *Acta Otorhinolaryngol* 1999 Feb;19(1):12-20 *Descripción de una larga serie de casos de 228 casos, su presentación clínica, evolución y efectividad de las maniobras de reposición de Semont.*
8. Fraile J, Naya C, Marin L et al. El vértigo Posicional benigno: una entidad muy frecuente y fácil de tratar. *ORL Aragón*, 1999; 2: 12 – 16. *Descripción clínica de la enfermedad.*
9. Marín C, Fraile J, Alfaro J et al. El vértigo posicional paroxístico benigno en la consulta de ORL general. *Acta ORL Esp* 2000; 51: 14 – 18. *Estudio transversal de prevalencia.*

10. Fraile J. Tratamiento rehabilitador del vértigo laberíntico. *ORL Aragón* 2001; 5: 8 – 9. *Descripción de los diversos sistemas de reposición laberíntica, su eficacia, complicaciones y evolución.*
11. Froehling DA, Bowen JM, Mohr DN, et al. The canalith repositioning procedure for the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: A randomized controlled trial. *Mayo Clinic Proc* 2000; 75: 695 – 700. *Único ensayo clínico realizado en este tema que demuestran una reducción absoluta de los síntomas en el grupo tratado del 31% ($P = .02$), y de la respuesta al test de Hallpike del 29% ($p = .046$), al compararlo con el grupo control, en el que utilizan maniobras falsas como comparación.*
12. Herdman SJ, BlattPJ, Schubert MC. Vestibular rehabilitation of patients with Vestibular hypofunction or with benign paroxysmal positional vertigo. *Current Opinion in Neurology* 2000;13:39-43 *Revista secundaria que revisa de forma general el tema y valora la bibliografía.*
13. Honrubia V, Baloh RW, Harris MR, Jacobson KM. Paroxysmal positional vertigo syndrome. *Am J Otol* 1999;20:465-470. *Serie de casos en los que se estudia la afectación de los distintos canales semicirculares. Se muestra la diferente respuesta al tratamiento según el canal afecto.*
14. Gracia Naya M, Usón Martín MM. Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales. *Rev Neurol* 1997; 25: 194-199. *Estudio de prevalencia de la distribución de las enfermedades neurológicas en un Centro de Especialidades del área II de Zaragoza.*
15. Moreno ML, Rodríguez RM, Catalán JB, Bellostas P, Paulize G y Peris FJ. Estudio de morbilidad en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1985; 2: 203 – 208. *Estudio prospectivo de la incidencia de las diversas entidades patológicas en una consulta de atención primaria.*
16. Mosca F, Morano M. Benign paroxysmal positional vertigo, incidence and treatment. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2001 Apr;118(2):95-101 *Serie de casos que describe la clínica, la frecuencia y el tratamiento de las diversas afectaciones de los canales semicirculares.*
17. Nuti D, Agus G, Barbieri MT, Passali D. The management of Horizontal-canal paroxysmal positional vertigo. *Acta Otolaryngol.* 1998;118:455-460. *Estudio usando grupo control sin asignación aleatoria ni enmascaramiento, examinan prospectivamente la eficacia de las maniobras de reposición canalicular, publican una tasa de remisión del 71% en pacientes tratados, en contraste, solo el 30% de los sujetos controles tienen remisión espontánea de los síntomas entre la segunda y la sexta semana.*

18. Wolf M, Hertanu T, Novikov I, Kronenberg J. Epley's manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo: a prospective study. *Clin Otolaryngol* 1999;24:43-46. *Estudio usando grupo control sin asignación aleatoria ni enmascaramiento, examinan prospectivamente la eficacia de las maniobras de reposición canalicular en el tratamiento de pacientes con VPPB crónico comparado con un grupo control no tratado. Encuentran que el 93,5% de los pacientes tratados responden positivamente comparados con el 50% de el grupo control no tratado.*
19. Wolf JS, Boyev KP, Manokey BJ, Mattox DE. Success of the modified Epley maneuver in treating benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1999;109:900-903. *Estudio retrospectivo que muestra la efectividad de la maniobra de Epley. Describe los controles posteriores con la maniobra de Hallpicke.*
20. Yardley L, Beech S, Zander L, Evans T, Weinman J. A randomized controlled trial of exercise therapy for dizziness and vertigo in primary care. *Br J Gen Pract* 1998;48:1136-1140. *Estudio prospectivo, aleatorizado, sin enmascaramiento, que compara el tratamiento de reposición Vestibular con el tratamiento farmacológico habitual. Demuestran la significativa mejoría con el primero (OR 3,1; CI 1,4 – 6,8).*

<u>6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA.</u>	
<u>Material inventariable</u>	<u>Pesetas</u>
--	
<u>Material Fungible</u>	
--Impresión y Edición de Documentos	75.000
--Fotocomposición de Comunicación a Congreso	15.000
<u>Viajes y Dietas</u>	
--Ponentes del Curso de Gestión	70.000
--Presentación en Congresos	50.000
<u>Otros Gastos</u>	
--Curso de Gestión de Procesos: 15 horas docentes.	
Se presupuesta 8 horas, y el resto se asumen por el Hospital.	
10.000 pesetas / hora	80.000

<u>TOTAL PESETAS</u>	315.000
-----------------------------	----------------

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



1.- TÍTULO

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

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
Juan-Ramón García Mata	Medico . M. Prev. y Salud Pública Coordinador Unidad Calidad	H.U.Miguel Servet
José Luis Capablo Liesa	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Javier Marta Moreno	Médico Neurólogo	H.U.Miguel Servet
Belén Sánchez	MIR Neurología	H.U.Miguel Servet
Consuelo de Sus	DUE Neurología	H.U.Miguel Servet
María Jesús Chopo Alcubilla	DUE Neurología	H.U.Miguel Servet
Lourdes Gascón Cuello	DUE Neurología	H.U.Miguel Servet
Elena López Alcutén	Auxiliar Enfermería Neurología	H.U.Miguel Servet
María José Aspíroz Gracia	Auxiliar Administrativa Neurología	H.U.Miguel Servet

3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS .

3.1.1. Situación de partida.-

Clásicamente, los programas de calidad científico-técnica en los Centros Hospitalarios se han apoyado en las Comisiones Clínicas; éstas han sido un instrumento de participación de profesionales, especialmente médicos, en los temas de calidad del Hospital, aun cuando no guarde, en muchas ocasiones, una estricta relación entre el contenido de la Comisión y el desarrollo específico del ejercicio profesional; los niveles de participación mediante el mecanismo de las Comisiones Clínicas no llegan a alcanzar al 10% de la plantilla médica, siendo mucho más bajo para el personal de enfermería. El resto del personal sanitario y no sanitario se ha mantenido prácticamente al margen de estas actividades.

En los últimos años, con la introducción de los planes de gestión de los Centros y los Contratos-Programa se ha responsabilizado de objetivos de calidad -ya no solo en el área científico-técnica- a diversos profesionales generalmente con función directiva o situados en posición estratégica para el desarrollo de los objetivos señalados; así mismo, el sistema de fijación de objetivos en cascada a los Servicios hospitalarios – entre los que se incluyen objetivos de calidad- y su vinculación a incentivos económicos de productividad variable, ha extendido la participación e interés en los Centros hospitalarios; no obstante, muchos profesionales integrados en los Servicios y Unidades se han mantenido al margen, sin sentirse involucrados en su desarrollo, ya que a pesar de los esfuerzos directivos ni siquiera han llegado a conocer dichos objetivos.

El Hospital, como cualquier empresa que defienda su supervivencia en un entorno cada vez más exigente y competitivo, debe promover un compromiso global de mejora de calidad, la complejidad de su organización y de sus prestaciones requiere, que por parte de sus Servicios y Unidades integrantes, se realicen esfuerzos específicos que puedan llegar a ser armonizados entre ellos. La Dirección del Centro debe integrar dichas actividades en sus objetivos de gestión y debe promoverlas y apoyarlas explícitamente, y los integrantes de los Servicios y Unidades tienen que sentirse individualmente involucrados.

Aunque el objetivo final es conseguir un programa de Gestión de la Calidad Total, en el que ningún proceso escape a la planificación, control y mejora, la complejidad ya señalada, la trayectoria del sector y las peculiaridades propias de una organización con carácter de Administración Pública, dificultan promover desde el principio dicho objetivo, aconsejando actuaciones de carácter progresivo, de carácter más limitado, coordinadas entre sí, y que mediante una labor de

sensibilización y formación puedan ir conduciendo a la instauración de un proyecto más global.

3.1.2. Iniciación de Planes de Gestión de Calidad en los Servicios del Hospital Miguel Servet.

Disponer de un plan de gestión de calidad en los servicios implica autoresponsabilizarse de la prestación de una asistencia de calidad, pero además, de un modo planificado. Se trata de que los miembros de un servicio diseñen su futuro y desarrollen los procedimientos necesarios para alcanzarlo, tanto en la dirección a seguir para conseguir la máxima efectividad de las acciones y la satisfacción del usuario, cuanto la energía que es necesaria para dicho movimiento.

Los Planes de Calidad deben incluir las definiciones de la política de calidad, sus objetivos y la estrategia para alcanzarlos –gestión de procesos-, en ellos cobran especial interés el diseño de procedimientos, protocolos y vías clínicas así como la inclusión de sistemas en los que las necesidades y expectativas de los usuarios constituyan una parte determinante. El Plan de Calidad tiene que adquirir un contexto formal, lo que implica que debe ser escrito, editado y aprobado, siendo el documento guía de la gestión clínica de un Servicio.

Durante el año 2000 se incluyó en el contrato de gestión del 35 % de los Servicios y Unidades del Hospital Miguel Servet el objetivo de esbozar líneas de un plan específico de gestión de calidad y designar un grupo de mejora en el que se incluyera personal sanitario de todas las categorías que confluyen en la atención al paciente. En los servicios con mayor nivel de involucración en el desarrollo de dicho objetivo se procedió durante el año 2001 a realizar un proceso formativo en calidad, pero no una formación de carácter curricular, sino ligada al compromiso de trabajo en el área de calidad.

3.1.3. El Servicio de Neurología y su desarrollo en el área de calidad.

El Servicio de Neurología ha participado en la fase formativa, cuenta en el momento actual con su primera versión de programa de mejora que va a implantarse durante el año 2002 (anexo 3), del que pueden extraerse valiosas conclusiones, tiene instaurado un grupo de mejora –pendiente de consolidación- y tiene un responsable de calidad designado que lidera el programa.

El Hospital Miguel Servet dispone de una Unidad de Calidad, cuyo Coordinador puede asumir – sin costo adicional-, las labores formativas complementarias que se requieren y actuar de asesor y facilitador del programa de calidad del Servicio de Neurología.

Por otra parte, la elaboración de planes de gestión de calidad en los Servicios, necesita de experiencias a las que se les preste especial apoyo y puedan servir de modelo para facilitar su generalización, a la vez aportan elementos para mejorar el enfoque en el conjunto de la organización.

3.2 . OBJETIVOS QUE SE PIENSAN CONSEGUIR.

3.2.1. Objetivos generales:

1. Rediseñar un Plan de Gestión de Calidad de un Servicio Hospitalario del Área Médica como base para una modelización.
2. Afianzar la calidad como marco de referencia para la buena práctica clínica en el Servicio de Neurología.

3.2.2. Objetivos específicos:

1. Reelaborar el Plan de Gestión de Calidad del Servicio de Neurología.
2. Modelizar la estructura de un Plan de Gestión de Calidad de un Servicio Hospitalario del Área Médica.
3. Promover la participación y formación de los profesionales del Servicio de Neurología.
4. Consolidar la estructura y funcionamiento del grupo de calidad.
5. 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.

4. PLAN DE MEJORA. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA.

La metodología de trabajo va a tener dos vertientes simultáneas:

- A) Desarrollo del Plan inicial de Calidad 2002.
- B) Rediseño del Plan de Calidad.

A) El **desarrollo del Plan inicial de Calidad** del que dispone el Servicio de Neurología (anexo 3), elaborado al final del periodo de formación en calidad que han recibido varios miembros del Servicio. Estos miembros se encuentran integrados en el grupo de mejora y son los que han impulsado, previa presentación y acuerdo del conjunto del Servicio, su puesta en marcha durante el año 2002.

Este desarrollo, al encontrarse entre los movimientos pioneros del hospital en el desarrollo de planes de gestión de calidad, va a permitir la monitorización tanto de su proceso como en los resultados y, su análisis estructurado, va a permitir la obtención de valiosas conclusiones dado lo infrecuente de encontrar planes de gestión de calidad en nuestro entorno.

El Servicio de Neurología va a institucionalizar un sistema propio de identificación de situaciones mejorables sobre la base de las opiniones de pacientes y profesionales, así como la monitorización de algunos indicadores inicialmente seleccionados.

En el plan de gestión se encuentran integradas actividades que corresponden a: i) ciclos de mejora, ii) monitorización de indicadores y iii) diseño de nuevos servicios o rediseño de servicios existentes. En estas actividades se contemplan dimensiones científico –técnicas y de prevención del riesgo, dimensiones de utilización de recursos y aquellas relacionadas con la satisfacción de los pacientes.

Los niveles que se contemplan son el hospitalario y el de atención ambulatoria.

B) Rediseño del Plan de Calidad. Esta actividad va a tomar como base el plan en marcha durante el año 2002 y la iniciación de un proceso mas estructurado y específico para el Servicio de Neurología.

Para este proceso es necesario llevar a efecto diversas actividades:

b.1. Constitución del grupo de trabajo: incluye los miembros del grupo de mejora y el coordinador de calidad del hospital. Esta actividad ayudará a consolidar la estructura y funcionamiento del grupo de calidad, de acuerdo con lo previsto en el objetivo específico 4 del proyecto.

b.2. Revisión bibliográfica: va a hacer posible mejorar el alcance del plan tomando como base otras iniciativas publicadas. La experiencia previa nos muestra que existen dificultades de acceso a revistas que contienen artículos sobre los temas que nos ocupan, ya que en muchos casos mediante el uso de MEDLINE no es posible acceder al abstract, por lo que será necesaria colaboración externa.

La bibliografía localizada, una vez adaptada, constituirá una base documental y será el soporte de un dossier para facilitar a otros grupos la puesta en marcha de sus propias experiencias. Esta actividad servirá de apoyo a la consecución del objetivo específico 2.

b.3. Contacto con otros grupos de trabajo: va a hacer posible localizar experiencias previas que nos puedan facilitar orientaciones y apoyo a la elaboración de el plan.

b.4. Formación complementaria en indicadores clínicos de calidad y gestión de procesos. Es el área sobre la que se quiere incidir más en el rediseño del plan de calidad.

La formación deberá realizarse en forma de taller, podría contar básicamente con la participación del coordinador de calidad y soporte de metodológico del Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma, al que habría que anexionar la colaboración puntual de algún experto externo que haya trabajado específicamente en estos temas en otros Servicios de Salud.

b.5. Elaboración de bases y esquema del plan: En este paso se pretende consensuar los elementos que deben desarrollarse en el documento del Plan de Gestión de Calidad y sobre los que se trabajará específicamente. Gráficamente es el índice del Plan.

b.6. Elaboración del Plan: elaboración del documento formal en el que se desarrolla el Plan de Gestión de Calidad del servicio de Neurología.

b.7. Exposición del Plan al Servicio – aportaciones: El documento será presentado en Sesión Clínica al conjunto del Servicio y entregado para su revisión y aportaciones, completando así la participación del conjunto del grupo que lo va a poner en marcha, en el sentido del principio de mejora continua de calidad que considera a los profesionales como los elementos mas valiosos para el desarrollo de Plan.

b.8. Edición y aprobación del Plan de Gestión de Calidad del Servicio: el documento será aprobado por el Jefe del Servicio y sometido a la Comisión de Dirección del Centro para su aprobación posterior, constituyendo un documento integrado en la estructuración documental del Hospital.

b.9. Elaboración de un Modelo de Plan de Servicio del área Médica: es elemento clave del proyecto que se presenta, ya que el conjunto de la experiencia debe servir de guía tanto en su estructura como en su desarrollo para facilitar las posteriores elaboraciones de planes de calidad en los diferentes servicios médicos, tanto a nivel del hospital como de los otros hospitales del Servicio Aragonés de la Salud.

La bibliografía utilizada, una vez seleccionada, servirá como material de apoyo para posteriores experiencias.

El personal que ha participado en el proyecto, podrá participar como apoyo de actividades docentes y de conducción de grupos de trabajo que en el futuro puedan desarrollarse relacionados con la elaboración de planes de calidad de Servicios hospitalarios.

b.10. Análisis de obstáculos: a lo largo del proyecto, los integrantes llevarán un diario que permitirá analizar el coste y problemática del proceso. Dicho análisis permitirá aplicaciones posteriores con una mayor efectividad y eficiencia.

b.11. Difusión científica de la experiencia: además de la vertiente interna a nivel del Hospital, y en el foro del Servicio Aragonés de la Salud. Se pretende la comunicación de la experiencia a nivel estatal y su publicación en una revista con factor impacto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D
A1. Desarrollo del Plan piloto 2002												
A2. Aportaciones del desarrollo del Plan 2002												
B1. Constitución del grupo de trabajo												
B2. Revisión bibliográfica												
B3. Contacto con otros grupos de trabajo												
B4. Formación complementaria en indicadores clínicos de calidad y gestión de procesos												
B5. Elaboración de bases y esquema del plan												
B6. Elaboración del plan 2003												
B7. Exposición del Plan al Servicio – aportaciones												
B8. Edición y aprobación del Plan												
B9. Elaboración de un Modelo de Plan de Servicio del área Médica												
B10. Análisis de obstáculos												
B11. Difusión científica de la experiencia												

5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

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.

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, Libroero 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.

Urís 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.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

Material inventariable

Pesetas

Material fungible

Solicitud artículos. Búsqueda bibliografía	
Reproducción y edición de material	60.000

Viajes y dietas

Inscripción y Asistencia a 2 Congresos Nacionales Para presentación de la experiencia (uno de medicina y otro de enfermería)	200.000
--	---------

Otros gastos

Formación en Indicadores y Gestión de procesos* (* Esta formación puede compartirse con otras solicitudes presentadas al programa de Apoyo, incluye exclusivamente profesorado externo a la Comunidad Autónoma con experiencia en la aplicación de estos conceptos)	200.000
---	---------

TOTAL PESETAS: 460.000

TOTAL EUROS: 2765

1.-TITULO

ATENCIÓN DEL LESIONADO MEDULAR AGUDO TRAUMÁTICO EN LA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES, U.L.M.E., DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET", COMO UNIDAD DE REFERENCIA QUE ES PARA ESA PATOLOGÍA. COORDINACIÓN CON LOS DIFERENTES HOSPITALES DE LA COMUNIDAD PARA LA REMISIÓN DE LOS PACIENTES, CUIDADOS Y TRATAMIENTO HASTA SU LLEGADA A LA UNIDAD.

2.1- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos Luis Ledesma Romano

Profesión Jefe Clínico Rehabilitación Centro de Trabajo Hosp. Univ. "Miguel Servet"

Dirección C/ Alfonso X el Sabio, 2- 13ºB

Localidad Zaragoza Código postal y provincia 50.006 – Zaragoza

Teléfono 976272733 Correo electrónico filedesma@navegalia.com

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Luis Toribio Clemente	FEA Rehabilitación	H.U.M.S.
Carlos Til Aso	FEA Rehabilitación	H.U.M.S.
Ana Peña Giménez	MIR Rhb. 3º	H.U.M.S.
Belen Morata Crespo	MIR Rhb. 3º	H.U.M.S.
José Luis Giménez Moreno	MIR Rhb. 3º	H.U.M.S.
Carmen Sanz Sebastián	MIR Rhb. 2º	H.U.M.S.
Begoña Hidalgo Mendía	MIR Rhb. 2º	H.U.M.S.
Fernando Dublang Arriaga	MIR Rhb. 2º	H.U.M.S.
Elena Benedicto Cameo	ATS-DUE Supervisora U.L.M.E.	H.U.M.S.

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Se pretende que la asistencia al Lesionado Medular Agudo Traumático, (L.M.A.T.) sea la adecuada a los medios que dispone la "Unidad de Referencia" lo que conlleva la remisión de los pacientes a la mayor brevedad desde los Centros asistenciales de la Comunidad y la prevención de complicaciones que inciden en el programa de Rehabilitación, alargan las estancias y aumentan los gastos de la atención que generan estos pacientes.

Se trataría de aplicar la "Vía Clínica" de atención a esta patología existente en la U.L.M.E. dentro del "Plan de Calidad" de dicha Unidad y de prevenir y evitar las complicaciones detectadas por la tardía remisión de estos pacientes.

Problemas detectados:

- 1) Retraso en el traslado a la U.L.M.E.
- 2) Aceptación por el Sº de Neurocirugía para Operar cuando lo precisen a los pacientes de otras Areas.
- 3) Llegada de los pacientes con complicaciones severas, en muchos casos debidas al desconocimiento en el manejo, cuidados y tratamiento de estos pacientes en la fase aguda, así como no solicitud de colaboración al Sº de Rehabilitación desde el ingreso con el consiguiente retraso en la instauración del programa de Rehabilitación global y el tratamiento adecuado.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Básicamente se busca mejorar el proceso asistencial que determina la atención recibida por estos pacientes.

Pretendemos que estos pacientes reciban el tratamiento adecuado desde su llegada al Hospital hasta el alta. Para ello se necesita que los diferentes Servicios Hospitalarios de la Comunidad susceptibles de atender inicialmente esta Patología conozcan el tratamiento y los cuidados que deben procurar a estos pacientes hasta su traslado a la U.L.M.E. del H. U. Miguel Servet y de esta manera mejorar el proceso asistencial previniendo las complicaciones que puedan presentarse por su no aplicación.

Con ello esperamos conseguir una disminución del gasto por proceso al disminuir las estancias debidas a complicaciones y los gastos que dichas complicaciones generan por sí mismas.

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

El Plan de Mejora consistirá en la divulgación de la "Vía Clínica" para la atención del L.M.A.T. y el Plan de Calidad de la U.L.M.E. en todo lo relacionado con la valoración del paciente al ingreso, el cuidado, prevención y tratamiento del L.M.A.T. a aquellos Servicios Hospitalarios y personal sanitario par posteriormente aplicarlo cuando se atienda a pacientes con Lesión Medular Aguda Traumática

Para ello se hará:

- a) Periodo de preparación de la documentación que se expondrá y entregará a los Servicios Hospitalarios y personal sanitario(Marzo 2002)
- b) Conferencia divulgativa en los diferentes hospitales públicos de la Comunidad (Zaragoza, Teruel y Huesca) durante los meses de abril, mayo y junio.
- c) Seguimiento de los ingresos por traslado de pacientes con L.M.T.A. comparativo trimestral durante el año 2.002 y comparación con los ingresos por traslado ocurridos en la U.L.M.E. en el año 2.001, recogiendo:
 - 1-tiempo desde el traumatismo hasta el traslado a U.L.M.E.
 - 2-situación al ingreso, Ulceras por presión, Traqueostomía, Retracciones articulares y de partes blandas, Fecha de inicio del tratamiento de Rehabilitación, tratamiento farmacológico de la fase aguda: protocolo NASCIS, profilaxis tromboembólica, etc.
 - 3-estancias hospitalarias innecesarias provocadas por complicaciones ocurridas en el hospital de procedencia.
 - 4-actuaciones médicas y quirúrgicas debidas a esas complicaciones
 - 5-cuantificación económica.
- d) Evaluación de resultados y conclusiones

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Spinal Cord Injury: An Illustrated Guide for Health Care Professionals. Marcia Hanak and Anne Scott. ISBN/ISSN 0-8261-4171-4.

Total Care of Spinal Cord Injuries. Donald S Pierce and Vernon H Nickel, ed. ISBN/ISSN 0-8016-7925-7

Neuroactive Drugs of Choice in Spinal Cord Injury: A guide for Using Neurologically Active Medications in Spinal Injured Patients. Halstead LS, Claus.walker, J. ISBN/ISSN 0-7837-7212-2

The Spinal Cord Injured Patient. Comprehensive Management Lee / Ostrander / Cochran / Shaw. ISBN0-7216-5699-4

I Reunión de Médicos Asistenciales- MAPFRE Mutualidad- Symposium “Lesionado Medular Traumático”

Bracken MB, et al. **A randomized, controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal cord injury – results of the second National Acute Spinal Cord Injury Study.** N Engl Med 1990;322:1405-11.

Bracken MB, et al. **Administration of methylprednisolone for 24 or 48 hours or tirilazad mesylate for 48 hours in the treatment of acute spinal cord injury -- results of the Third National Acute Spinal Cord Injury Randomised Control Trial.** JAMA, 1997;277:1597-604

COMENTARIO: En estas publicaciones se destaca la importancia del inicio precoz del tratamiento del **lesionado medular agudo traumático** y la incidencia que tiene en la prevención de complicaciones, morbilidad, pronóstico, secuelas, estancia hospitalaria. Se insiste en el tratamiento multidisciplinar, Rehabilitación, Neurocirugía, Cirugía Ortopédica, Enfermería, U.C.I., y en la importancia de que el paciente sea atendido en una **unidad especializada** en la que se contemple la problemática de estos pacientes en los aspectos médicos, de enfermería, de rehabilitación con inicio desde el ingreso del programa de tratamiento individualizado.

El tratamiento debe iniciarse en el lugar del accidente y la DGA tiene aprobado y difundido en la Comunidad un “Protocolo de primera asistencia al Lesionado Medular Agudo Traumático” en cuya redacción colaboró esta Unidad. La aplicación de este protocolo permitiría disminuir gasto de drogas que inciden en la “regeneración” medular.

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

Gestión por proceso: "Cáncer de pulmón con intervención". Aplicación en un Centro de Referencia para la Comunidad Autónoma.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

JUAN JOSÉ RIVAS DE ANDRÉS

Jefe Sección Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet.

Paseo Isabel la Católica 1-3

Zaragoza 50009

Teléfono: 629 838077

Fax: 976 765533

jjrivas@jet.es

2.1.1.- BREVE CURRICULUM

Haciendo hincapié en temas de Gestión Sanitaria.

- Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de La Coruña. Mayo 1993 a Mayo 1998.
- Jefe de la Sección de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Desde Mayo 1998.
- Profesor Asociado Médico de la Universidad de Zaragoza. Cursos 2000-2001, 2001-2002.
- Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas. Escuela Nacional de Sanidad - UNED. 2001.

COMUNICACIONES

Mejora continua de calidad. Guía clínica de neumonectomía.

XXXIV Congreso Nacional de S.E.P.A.R. A Coruña. 9-12 Junio 2001.

J.J. Rivas de Andrés, P. Martínez Vallina, F. Martínez Lozano,
J. G^a Tirado, J. G^a Mata, F. Sánchez, V. González.

Vías clínicas: un nexo entre la evidencia científica y la práctica clínica.

I reunión de metodología de la investigación en ciencias de la vida.

Colegio Oficial de Médicos. Zaragoza. 25 y 26 Octubre 2001.

J. G^a Tirado, P. Martínez, R. Embún, F. Sánchez, J. G^a Mata, F. Martínez,
J.J. Rivas de Andrés.

PONENCIAS

Acreditación de las Unidades Docentes de Cirugía Torácica en nuestro país. Criterios de acreditación en la CEE.

III Reunión Nacional Club Cirujanos Torácicos. Alicante 20-21 Octubre 2000.

Experiencia en la elaboración de un Registro.

IV Reunión del Club de Cirujanos Torácicos. Andorra 15-17 Marzo 2001.

Calidad en un Servicio de Cirugía Torácica.

Symposium: El paradigma de la calidad.

XXXIV Congreso Nacional de S.E.P.A.R. A Coruña. 9-12 Junio 2001.

Control de calidad en Cirugía Torácica. ¿Porqué?.

44º Congreso Argentino de Cirugía Torácica. 9º Congreso Sudamericano de Cirugía Torácica. Buenos Aires 6-10 Nov 2000.

Guía Clínica de Neumonectomía.

En el III Encuentro Iberoamericano de Neumología y Cirugía del Tórax. Santo Domingo 27 Noviembre a 1 Diciembre 2001.

PUBLICACIONES

Mejora continua de calidad. Guía clínica de neumonectomía.

Archivos de Bronconeumología 2001; 37 (Supl 1): 47-48.

J.J. Rivas de Andrés, P. Martínez Vallina, F. Martínez, J. Gª Tirado, J. Gª Mata, F. Sánchez y V. González.

Cirugía Torácica.

En: Catálogo de técnicas y procedimientos del sistema de información (SICAR). Cartera de servicios. INSALUD. Madrid. 2000; 191-209.

L. Fernández, J. Maestre, G. Ramos, **J.J. Rivas de Andrés**, J. Saldaña, A. Salvatierra, J. Zapatero.

CURSOS

Curso sobre criterios económicos en las decisiones clínicas.

Conselleria de Sanidade. Servicio Galego de Saude. Dirección Xeral de Organización Sanitaria. Profesor: Vicente Ortún Rubio.

Santiago de Compostela, 2-4 de Noviembre de 1993.

Reinventando el Hospital.

Plan Estratégico Complejo Hospitalario Juan Canalejo.

Profesor F. Moreu. La Coruña 13-14 Noviembre 1995.

Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Comisión de Formación Continuada. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. 11 a 13 Noviembre 1998.

Seminario de Gestión Clínica.

Instituto de Empresa. Madrid. 7 y 8 Mayo 1999.

Curso de Mejora de Calidad en una Unidad Clínica Hospitalaria.

10 horas docentes. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

10 de Junio a 22 de Julio 1999.

Curso de Técnicas en Mejora de Calidad de Servicio Quirúrgico.
22 horas docentes. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
8 de Marzo a 5 de Abril 2001.

OTRAS ACTIVIDADES

Organizador de la Jornada de Gestión Clínica.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza 20 Noviembre 1998.

Director del I Curso de Formación en Cirugía Torácica para personal de Enfermería.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza del 1 al 5 Febrero 1999.

Moderador Sesión de Póster con exposición oral. Área Gestión Clínica.

XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Barcelona. 15-18 Mayo 1999.

Creación Grupo de Calidad en Cirugía Torácica

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Diciembre 1999.

Elegido como **experto** por la Sudirección General de Planificación e Información Sanitaria del Insalud para elaborar la **Cartera de Servicios de Cirugía Torácica**. Madrid Febrero 2000.

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Primitivo Martínez Vallina	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
Jorge Barriendos Villagrasa	Neumólogo	H.U. Miguel Servet
Angel Hernández Caballero	Neumólogo	H.U. Miguel Servet
Angel Artal Cortés	Oncólogo	H.U. Miguel Servet
Antonio Antón Torres	Oncólogo	H.U. Miguel Servet
Ricardo Ruiz Pérez	Anestesiólogo	H.U. Miguel Servet
Victor González Sanz	Intensivista	H.U. Miguel Servet
Concepción López Lacasta	D.U.E.	H.U. Miguel Servet
Juan R. García Mata	Unidad de Calidad	H.U. Miguel Servet
José Huelin Domeco de Jarauta	Subdirector Médico	H.U. Miguel Servet

El equipo de mejora cuenta con el apoyo técnico adicional de Alejandra Martínez y Rosario Esteruelas, Ingenieras Industriales, Departamento de Organización de Empresas. Universidad de Zaragoza.

3.0.- INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios mejoramos día a día nuestra práctica a través de actualización de procedimientos y protocolos clínicos, y más recientemente con la elaboración de vías clínicas sustentadas en la MBE.

El objetivo estratégico de Calidad Total (orientación al cliente, participación, gestión con datos), según el modelo estratégico de gestión de la European Foundation for Quality Management, es el deseable por cualquier tipo de empresa u organización.

La gestión de procesos es una de las "herramientas" de gestión que mejores resultados puede proporcionar actualmente y muchas son las razones que justifican su utilización hospitalaria: los procesos que se efectúan son multidepartamentales y multidisciplinarios, existen numerosas ineficiencias y gran variabilidad, se necesita sistematizar las actividades adecuándolas a las necesidades-expectativas de los usuarios, todo ello aplicando indicadores que midan la eficacia y la eficiencia.

La elección del proceso "cáncer de pulmón con intervención" dentro de una Unidad de Cirugía Torácica viene motivada por su importancia clínica (frecuencia, trascendencia y gravedad), y por el elevado consumo de recursos materiales y humanos dedicados a su diagnóstico y tratamiento.

Se trata de un proceso complejo por su carácter multidepartamental y multifuncional intervienen a través de varias funciones al menos los siguientes Servicios y Unidades: Enfermería, Celadores, Auxiliares Administrativos, Atención Primaria, Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Radiodiagnóstico, Laboratorio, Anatomía Patológica, Citaciones, Gestión de Lista de Espera, Admisión, Rehabilitación Respiratoria, Cirugía Torácica, Anestesia, Cuidados Intensivos, Oncología Médica, Radioterapia, Unidad de Calidad Asistencial, Control de Gestión, Subdirección Médica y Quirúrgica.

Dos Servicios claves en el proceso, como son Cirugía Torácica y Neumología han recibido formación previa en mejora de calidad, tienen establecido un grupo de mejora y cuentan con el apoyo de la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Miguel Servet para el diseño del proceso.

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Se detecta el ingreso sistemático hospitalario para el estudio de un paciente con sospecha de cáncer de pulmón.
- Demora para la realización de pruebas diagnósticas.
- Burocracia administrativa para la solicitud de Consulta Externa en Cirugía Torácica.

- De los 2 días de Consulta Externa de Cirugía Torácica solo 1 coincide con Anestesia por lo que algún paciente de fuera de Zaragoza tiene que venir 2 días.
- Demora en la intervención quirúrgica una vez aceptado, informado y colocado en Lista de Espera.
- Variabilidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Seguimiento en Consulta Externa de Cirugía Torácica de pacientes operados de fuera de Zaragoza, que les obliga a realizar desplazamientos.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Analizar de forma sistemática la secuencia de actividades que constituyen el proceso.
- Estabilizar o mantener bajo control las actividades del proceso evitando en lo posible la variabilidad.
- Conocer las expectativas / necesidades de los pacientes, familiares y profesionales.
- Conocer las características de calidad de las actividades del proceso.
- Establecer indicadores que informen periódicamente sobre el nivel de efectividad y eficiencia del proceso así como el nivel de satisfacción de los clientes internos o externos.
- Sentar las bases para la puesta en marcha de un Registro de Cáncer de Pulmón de la Comunidad Autónoma.
- Servir como experiencia modelo de diseño de procesos en el entorno del Servicio Aragonés de la Salud.

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

- a. Revisión y puesta al día del protocolo de diagnóstico y tratamiento de cáncer de pulmón.
- b. Curso de formación en gestión de procesos.
- c. Análisis básico del proceso actual. Elaboración del esquema o mapa del proceso de forma gráfica y detallada.
- d. Identificación de los subprocesos, procedimientos o elementos clave del proceso en relación con las expectativas del paciente, familiares y a la vez objetivos estratégicos.
- e. Reuniones básicas programadas: con neumólogos de todos los hospitales suministradores de pacientes con cáncer de pulmón quirúrgico, con el Servicio de Anestesia y con el Servicio de Cuidados Intensivos.
- f. Establecimiento claro del propietario o gestor del proceso responsable de la relación correcta del mismo, evaluación, revisión y mejora continua.
- g. Presentación del proceso a los Servicios implicados.
- h. Establecimiento de tiempos máximos de demora en cada etapa del proceso.
- i. Implantación proceso diseñado y seguimiento del plan de mejora
- j. Evaluación del plan de mejora y objetivos conseguidos
- k. Ajuste del proceso, rediseño del proceso.

Calendario:

MES	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10	11	12	13
a. Revisión protocolo	■	■											
b. Curso de formación en gestión de procesos	■	■	■										
c. Análisis del proceso y elaboración del esquema o mapa del proceso	■	■	■										
d. Identificación de los subprocesos expectativas del paciente, y objetivos estratégicos.		■	■	■									
e. Reuniones con especialistas implicados	■	■	■	■		■			■		■	■	
f. Establecimiento del propietario o gestor				■									
g. Presentación del proceso a Servicios implicados					■								■
h. Establecimiento de tiempos máximos de demora					■								
i. Implantación proceso diseñado y seguimiento del plan de mejora						■	■	■	■				
j. Evaluación del plan de mejora y objetivos conseguidos										■			
k. Ajuste del proceso, rediseño del proceso											■	■	

Las reuniones y contactos con especialistas de servicios implicados se realizarán mediante presencia física (dentro del mismo Centro), mediante desplazamiento físico (profesionales de otros hospitales y centros asistenciales) y utilizando las posibilidades de la red informática.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA.

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.

Grávalos C, Rodríguez-Dapena S, Alcalde J, Martínez-Pueyo JI, Castells V, Ruiz-López P. Evaluación de dos procesos de carcinoma de colon en Oncología Médica. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 183-192.

Se describe el diagrama de flujo de dos procesos oncológicos y se analizan características clínicas, calidad científico-técnica consumo de recursos, efectividad clínica y tiempos intermedios.

Losa JE. Utilidad de la gestión de procesos desde el punto de vista clínico. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 300-302.

Describe el paso que supone en el trabajo de gestión de calidad la gestión de procesos, que supera el avance que se ha venido obteniendo con el empleo de las guías clínicas.

Portillo I, Mendicute J, Eder F, Ostolaza JI, Salaberría M. Diseño de criterios e indicadores de calidad en procesos clave: cataratas. Rev Calidad Asistencial 1996; 12: 7-15.

Tras la formación de un grupo multidisciplinar, desarrollan criterios e indicadores de un proceso quirúrgico, con resultados posteriores de su evaluación. Se contemplan criterios de indicación quirúrgica, proceso asistencial, seguimiento, resultados y satisfacción de los pacientes.

Pérez-Fernández de Velasco JA. Gestión por procesos. Reingeniería y mejora de los procesos de empresa. Madrid, ESIC ed., 1996: 1-379.

Describe esta metodología basada en el concepto global de calidad y la orientación hacia el cliente. Comienza describiendo la gestión de calidad orientada a los procesos y finaliza, luego de 18 capítulos, con la propuesta de un caso práctico a nivel empresarial.

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 Pública 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.

Udaondo M. Reingeniería. Evaluación y mejora integral de los Servicios de Salud. En: Saturno P, Gascón JJ, Parra P. editores. Tratado de Calidad Asistencial. Tomo III. Madrid, Dupont Pharma, 1997: 135-163

Describe la metodología y estrategia de implantación de un modelo operativo de reingeniería de procesos, incluyendo los cinco puntos clave, a su entender, para el éxito en la implantación de este modelo.

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 13 artículos que contemplan el concepto, aplicaciones y resultados en el entorno sanitario español actual.

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.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

Material inventariable

Pantalla de proyección	148 euros
Retroproyector	811 euros

Viajes y dietas

Presentación en Congresos de ámbito nacional (2)		
Inscripción	2 x 240 euros	480 euros
Estancia	2 x 240 "	480 "
Desplazamiento	2 x 180 "	360 "

Otros gastos

A compartir con otros Servicios del H. U. Miguel Servet	
Curso de Gestión de Procesos (12 horas)	
Remuneración profesor	601 euros
Estancia y desplazamiento	360 "
Reunión con neumólogos propios y de H. Comarcales	
Comida de trabajo	180 euros

TOTAL: 3.420 euros

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

1.- TITULO

Vía clínica de atención al Accidente Isquémico Transitorio (A.I.T.). Diseño, puesta en marcha y monitorización en el Hospital "Miguel Servet" (Zaragoza).

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Dr. J. López Gastón, Dr. J. Marta Moreno

Profesión Neurólogos Centro de trabajo Hospital "Miguel Servet"

Dirección Isabel la Católica 1 y 3

Localidad Zaragoza Código postal y provincia 50009

Teléfono 976-765626 Fax 976-765533 Correo electrónico *jmartam@meditex.es*

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
D. Antonio Oliveros Juste	Jefe Servicio de Neurología	
D. J.R. Ara Callizo	Jefe Sección	"
D. Vicente Bertol Alegre	Adjunto	"
D. José L. Canabio Liesa	"	"
D. J. I. López Gastón		
Dña M ^a Beatriz Cardiel	"	"
D. Manuel Gracia Naya	"	"
Dña Eugenia Marta Moreno	"	"
D. Jesús Martín Martínez	"	"
D. Marisno Montori Lasilla	"	"
Dña Isabel Pérez López-Praille	"	"
Dña Carmen Pascual Pázaucelo	"	"
Dña Isabel Valilla Marco	"	"

15

1.- TITULO

VIA CLINICA DE ATENCION AL PACIENTE CON ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO (AIT). DISEÑO, PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACION EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET (ZARAGOZA).

3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA Y PROBLEMAS DETECTADOS.

La patología vascular cerebral es, en España, la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en varones (INE 97), supone alrededor del 10% de los ingresos en un Hospital General y el 70% de los ingresos en un Servicio de Neurología. A falta de un tratamiento claramente eficaz tras el infarto cerebral, sigue siendo la prevención la clave en esta patología. El Accidente Isquémico Transitorio (AIT), definido como déficit neurológico isquémico, focal y reversible en menos de 24 horas, es un importante marcador de riesgo, tanto para el infarto cerebral mayor (alrededor del 15% en el primer año), como para eventos coronarios (alrededor del 5%). La tasa de mortalidad es de alrededor del 5% en el primer año, siendo su causa más frecuente el infarto de miocardio. El estudio cardio y neurovascular de estos pacientes puede evitar un buen número de muertes y minusvalías mediante medidas que han demostrado su eficacia: detección y tratamiento incisivo de factores de riesgo, anticoagulación en la fibrilación auricular y patología cardioembólica, endarterectomía en los pacientes con aterosclerosis carotídea importante, etc.

En nuestro Servicio, los AIT suponen el 25 % de los ingresos por patología vascular cerebral y el 15% de las estancias. La estancia media ha pasado de 12,3 en el 97 a 9,3 días en el 2001, fundamentalmente al dotar al Servicio de Neurología de un equipo de eco-doppler carotídeo y transcraneal de última generación, que nos hace prácticamente autosuficientes en el estudio de muchos de estos pacientes. Sin embargo, estimamos que la estancia media puede ser menor y que la variabilidad en el manejo diagnóstico y terapéutico es excesiva.

Las posibilidades de mejora detectadas y el gran número de casos atendidos y recursos consumidos, nos ha animado como Servicio a implementar una Vía Clínica de Atención al AIT (Gestión por Procesos) según la Metodología de Mejora Continua de la Calidad.

3.2 OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

A) Poner en marcha y monitorizar los resultados según indicadores prefijados, de una Vía Clínica de Atención al AIT, elaborado a partir de Guías Clínicas basadas en la Evidencia, con el consenso de los diferentes profesionales de nuestro Servicio (neurólogos/as, enfermería) y de diferentes servicios involucrados (Urgencias, Cardiología, Cirugía Vascular, Hematología, Radiología), que:

- 1) Garantice la calidad de la asistencia.
- 2) Disminuya la variabilidad clínica.
- 3) Racionalice el uso de recursos.

(continua)

- 4) Mejore la coordinación entre profesionales y Servicios involucrados.
- 5) Mejore la satisfacción en los pacientes y facilite la continuación de las medidas terapéuticas y preventivas recomendadas tras el alta hospitalaria, al mejorar la información.
- 6) Mejore los registros de información que faciliten la detección de problemas mejorables en el futuro.
- 7) Sea una herramienta de formación para Médicos Residentes (en cuanto a metodología según Sistemas de Mejora de la Calidad y también sobre el “estado del arte” en ese tema).

B) Aproximación a la Gestión por Proceso según el Modelo de Excelencia para la Gestión de la Calidad, promoviendo su conocimiento y uso en el Servicio de Neurología y resto de servicios involucrados.

4. PLAN DE MEJORA, METODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA. (ver cronograma).

1) **Elaboración de una “Guía de Práctica Clínica en el AIT”** a partir de un análisis de la mejor evidencia existente para cada una de las preguntas clínicas planteadas en la atención de estos pacientes, consensuada entre los miembros del Servicio de Neurología (médicos y enfermería) y con los otros Servicios afectos (Urgencias, Hematología, Cardiología, Neurorradiología).
ESTA FASE SE HA COMPLETADO A 11 DE ENERO. (Ver anexo 1 y bibliografía).

2) **La puesta en marcha del uso de la Vía** requerirá su divulgación entre los Médicos Residentes y Adjuntos que atienden pacientes en Urgencias.
- ACCIONES: Sesiones de formación-información a Médicos Residentes y Adjuntos del S. De Urgencias, así como a Enfermería y Auxiliares del Servicio de Neurología.
- DESARROLLO: Enero y Febrero del 2002.

3) **La recogida de información necesaria para monitorizar los Indicadores Prefijados y Variaciones-Incidencias a la Vía**, requiere un esfuerzo añadido, en especial en las primeras fases y tiene en contra la resistencia al cambio y la necesidad de completar los formularios. No contamos con personal extra para asumirlo, ni con un ordenador libre de otros usos, en el que poder tener una base de datos propia.
- ACCIONES: Transmitir ilusión por la puesta en marcha de la Vía, para lo cual creemos que puede ser un estímulo la concesión de esta Beca, el conocimiento y reconocimiento de esta iniciativa por la Dirección del Hospital y la divulgación de sus resultados. Por nuestra parte, nominaremos un Médico y Enfermera Responsables, que sean capaces de aclarar las cuestiones puntuales que se les vayan planteando, sean referencia y lideren el proceso. Se realizará una base de datos informatizada con los casos que se vayan incluyendo en la Vía, para lo cual se solicita un ordenador, que se utilizará también para la gestión de informes y citaciones de los Ecodoppler vasculares del Servicio.

- DESARROLLO. Realizar base de datos File Maker-Pro PC en Febrero. Inclusión de pacientes a lo largo de todo el año.

4) **La Monitorización**, tal como se especifica en la Vía, consistirá en el análisis de: la estancia media por el proceso AIT, análisis de las variaciones del protocolo (número y causas más habituales), indicadores de grado de cumplimiento (anexo 2), indicadores de satisfacción del proceso (anexo 2), encuesta de satisfacción del ingreso (anexo 3).

- ACCIONES: Monitorizar estos indicadores prefijados a los tres, seis meses y año de funcionamiento.

- DESARROLLO: Inclusión de casos a lo largo de todo el año. Análisis de esos datos y revisión de las historias clínicas cuando sea preciso: Marzo, Junio y Noviembre de 2002.

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

- ACCIONES: Sesiones conjuntas del Servicio, dirigidas por los Médicos Responsables y el Equipo de Calidad donde se haga un análisis de todo el año, resultados e indicadores. Plantear un análisis crítico del funcionamiento de la Vía y de las posibilidades de mejora en el Servicio y en el Hospital que den lugar a propuestas de mejora en el futuro.

- DESARROLLO: al menos dos sesiones en el Servicio, Noviembre-Diciembre del 2002.

6) **Divulgación de resultados.**

- ACCIONES: El intercambio de experiencias con otros grupos en el ámbito de esta Beca puede ser muy interesante. De igual forma, se presentarían estos resultados en la Reunión Anual (Diciembre 2002) del Grupo de Gestión y Asistencia Neurológica de la Sociedad Española de Neurología (SEN), a la European Stroke Conference 2003 y Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE) y se podrían publicar en cualquier revista médica.

- DESARROLLO: Preparar Comunicación a dichos Congresos de los resultados de la Vía hasta Junio (plazo de presentación de comunicaciones hasta el 30 de Junio) y para la ESC en Diciembre de 2002 (plazo finaliza el 15 de Enero del 2003).

Esta Vía Clínica se engloba en la iniciativa de Mejora Continua de la Calidad del Servicio de Neurología, como parte de un proceso mucho más amplio.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Manual de Enfermedades Vasculares Cerebrales. Castillo J, Alvarez Sabín J, Martí Vilalta JL, Martínez Vila E, Matías-Guín J eds. Prous Science . Barcelona 1999.
Introducción general al tema, concisa y de calidad, que además aporta datos referidos a nuestro país. Además, extraemos de esta fuente datos del capítulo "Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular" A. Perez Sempere.
- 2) Castillo J. Hospitalización en el ictus. Situación actual. Rev Neurol 1997; 25:1102-1104.
Revisión acerca de la necesidad de ingreso urgente del ictus y de los objetivos del ingreso. En ese número se incluyen varios artículos de diferentes autores acerca del ictus como patología que consume buena parte de los recursos de los Servicios de Neurología: Duración y objetivos de la hospitalización en las Unidades de Ictus, Morbilidad en la hospitalización por ictus, etc. En ese mismo número se encuentra el trabajo siguiente.
- 3) Alvarez Sabín J. Accidente isquémico transitorio , ¿diagnóstico en régimen de hospitalización o ambulatorio?. Rev Neurol 1997; 25: 1104-1109.
Revisión acerca de la importancia del AIT como marcador de riesgo elevado de infarto y evento coronario, de la importancia de su estudio etiológico sistemático y del tratamiento del mismo, concluyendo que es necesario su ingreso y una mayor concienciación acerca de su importancia entre los médicos y población general.
- 4) Calandre L, Bermejo F, Balseiro J. Long term outcome of TIAs, RINDs and infarctions with minimum residuum: a prospective study in Madrid. Acta Neurol Scand 1990, 82: 104-108.
Estudio del pronóstico y evolución de una cohorte de pacientes atendidos por AIT o infarto con pocas secuelas en nuestro medio.
- 5) Dutch TIA Trial Study Group. Predictors of major vascular events in patients with a transient ischemic attack or non disabling stroke. Stroke 1993; 24:527-531.
Aproximación a la selección de pacientes de elevado riesgo de recurrencia. Importancia del control agresivo de los factores de riesgo.
- 6) 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.
- 7) 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.

- 8) The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med.* 1997;157:2413–2446.
El tratamiento del principal factor de riesgo para AIT e ictus, con referencia a criterios diagnósticos, tratamiento, dieta, etc.
- 9) Hebert PR, Gaziano JM, Chan KS, Hennekens CH. Cholesterol lowering with statin drugs, risk of stroke, and total mortality: an overview of randomized trials. *JAMA.* 1997;278:313–321.
Una de las varias revisiones y metanálisis sobre este particular (Crouse, Blaw) .
- 10) Joseph LN, Babikian VI., Allen NC, Winter MR. Risk factor modification in stroke prevention: the experience of a stroke clinic. *Stroke.* 1999;30:16–20.
- 11) Gorelick PB. Stroke prevention: windows of opportunity and failed expectations: a discussion of modifiable cardiovascular risk factors and a prevention proposal. *Neuroepidemiology.* 1997;16:163–173.
Ambos artículos son una revisión de la prevención primaria y secundaria del ictus .
- 12) Algra A, de Schryver EL, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal P. Oral anticoagulants versus antiplatelet therapy for preventing further vascular events after transient ischaemic attack or minor stroke of presumed arterial origin (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;4:CD001342.
Comparando la prevención secundaria con antiagregantes frente al uso de anticoagulantes a diferentes INR. Concluyen que no hay beneficio en usar anticoagulantes y si mayor riesgo de sangrado con INR altos (3,5-4).
- 13) Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce L. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med.* 1999 Oct 5;131(7):492-501.
- 14) Hass WK, Easton JD, Adams HP Jr, Pryse-Phillips W, Molony BA, Anderson S, Kamm B. A randomized trial comparing ticlopidine hydrochloride with aspirin for the prevention of stroke in high-risk patients: Ticlopidine Aspirin Stroke Study Group. *N Engl J Med.* 1989;321:501–507.
- 15) Antiplatelet Trialist Collaboration. Collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy. *BMJ* 1994;308:81-106.
- 16) CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet.* 1996;348:1329–1339.

Revisiones acerca del uso de antiagregantes en el ictus que nos sirve de apoyo a una recomendaciones generales resumidas en: de elección AAS, si no tolerancia, contraindicación o sangrados, clopidogrel, especialmente en pacientes con arteriosclerosis clínica de otras localizaciones.

17) Hirsh J, Dalen JE, Anderson DR, Poller L, Bussey H, Ansell J, Deykin D, Brandt JT. Oral anticoagulants: mechanism of action, clinical effectiveness, and optimal therapeutic range. *Chest*. 1998;114 (5suppl):445S–469S.

18) Feinberg WM. Anticoagulation for prevention of stroke. *Neurology*. 1998 Sep;51(3 Suppl 3):S20-2.

Esta actualmente demostrado el beneficio de la anticoagulación con control de INR en la patología embolígena (valvulopatía mitral, prótesis, etc.) incluyendo la fibrilación atrial no valvular, frecuente en el anciano. Múltiples trabajos (SPAF, AFASAK, etc.) lo han demostrado, pero ¿es eficaz en condiciones clínicas reales?

19) Kalra L, Yu G, Perez I, Lakhani A, Donaldson N. Prospective cohort study to determine if trial efficacy of anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation translates into clinical effectiveness. *BMJ*. 2000 May 6;320(7244):1236-9.

En este trabajo concluyen que en condiciones clínicas habituales, la eficacia es idéntica a la referida en los ensayos mencionados.

20) Barnett HJ, Taylor DW, Eliasziw M, Fox AJ, Ferguson GG, 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.

21) 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.

22) 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).

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

6.-RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA.

MATERIAL INVENTARIABLE

Ordenador integrable en la red informática del Hospital según especificaciones adjuntas (anexo) para uso de la Unidad de Vascular (independiente de otros usos).	150.000	901,52 €
--	---------	----------

MATERIAL FUNGIBLE

Cuadernos de recogida de datos, formularios, hojas de información al alta (dietas, etc.) para el paciente y material de papelería.	50.000	- 300 €
--	--------	---------

VIAJES Y DIETAS

Comunicación a la Reunión Anual de la SEN, SEDENE (Enfermería Neurológica) y European Stroke Conference (inscripciones, edición de comunicaciones, viajes)	200.000	- 1.202,02
--	---------	------------

total	400.000 pesetas	
-------	-----------------	--

2404,05 €