



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

Prevalencia de problemas de Salud Mental. Trastornos de Personalidad  
Coordinación entre los niveles de la asistencia primaria y especializada  
en el Centro Penitenciario de Zaragoza

### 2.1 - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	José Manuel Arroyo Cobo		
Profesión	Médico	Centro de trabajo	Centro Penitenciario de Zaragoza
Dirección	Avda. Gómez Laguna 5 10º E		
Localidad	Zaragoza	Código postal y provincia	50009
Teléfono	976350316	Fax	Correo electrónico jmarroyo@nacom.es

### 2.2 - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Manuel Becerril	médico	Centro Penitenciario Zaragoza
Marta Sanz	enfermera	Centro Penitenciario Zaragoza
José Antonio Ayesa	enfermero	Centro Penitenciario Zaragoza
Eduardo Ortega	psiquiatra	Hospital Miguel Servet
José Manuel Arroyo	médico	Centro Penitenciario Zaragoza
Clara Gayo	médica	Servicios Centrales. Madrid *
Isabel Avendaño	enfermera	Servicios Centrales. Madrid **
Maria Candelas López	médica	Servicios Centrales. Madrid ***

\* Jefa de Servicio de Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

\*\* Directora de Programas de Enfermería. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

\*\*\* Técnica Superior. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

Anexo 2

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

**3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS**

Coordinación entre los profesionales de la sanidad penitenciaria que prestamos servicio en el Centro y el Servicio de Atención Especializada encargado de atender los problemas mentales de los reclusos. Establecer reuniones periódicas con el/los especialistas que fueran asignados para ocuparse de la asistencia a los reclusos, como medio para mejorar esta coordinación que tendría como objeto:

- 1- Analizar los problemas observados en la atención de la salud mental en el Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario de Zaragoza, los procesos que se realizan y los aspectos susceptibles de mejora.
- 2- La elaboración de protocolos consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario, el de Atención Especializada y cuantas otras Instituciones intervengan en el cuidado de la salud mental de los reclusos, priorizando el manejo de las patologías más frecuentes, más graves o más problemáticas.
- 3- Actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales.
- 4- La formación en los temas propios de psiquiatría relacionados con la salud mental en las prisiones dirigida a médicos/as y enfermeros/as.
- 5- Elaborar indicadores de los niveles críticos de calidad de estos procesos que permitan su evaluación.

**3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Elaborar un procedimiento que regule la comunicación entre los profesionales de atención primaria del Centro y el Servicio de Atención Especializada, capaz de optimizar el cuidado de los problemas de salud y racionalizar las derivaciones.
2. Manejo adecuado de los casos de salud mental más frecuentes en la consulta de atención primaria como son las demandas compulsivas de tranquilizantes y/o analgésicos, y el manejo de los Trastornos de la Personalidad presentes en el Centro.

Anexo 2

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

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

- 1- Creación de una comisión de miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario y del Servicio de Atención Especializada de Psiquiatría correspondiente para consensuar las actividades y el calendario de las mismas (6 meses)
  - 2- Puesta en marcha de las mejoras en los procesos estudiados el pasado y el presente años, discusión de los indicadores de medición y registro de los mismos.(6) meses
- Evaluación en periodos de tiempo a determinar, de los resultados del proyecto. (12 meses)

**5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA****BIBLIOGRAFIA**

1. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. Br. Med J.1996; 313/7071: 1524-16527
2. Area de Salud Pública. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio transversal sobre Sanidad Penitenciaria 22 junio 1988. DGHP. Ministerio del Interior. Madrid 1999.
3. Coid J. How many psychiatric patients in prison. Br. J. Psychiatry. 1984; 145: 78-86
4. Wulbert R. Inmate pride in total institutions. American Journal of Sociology. 1965; 71: 1-9



**1.- TITULO*****IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR PROCESOS  
EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA RESIDENCIA PROFESOR REY ARDID.*****2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Nombre y apellidos FRANCISCO CARO REBOLLO

Profesión: Médico Psiquiatra Centro de trabajo: Residencia Profesor Rey Ardid

Dirección: C/ Castellar, s/n (Juslibol)

Localidad: ZARAGOZA Código postal y provincia: 50.191 - ZARAGOZA

Teléfono: 976-73.10.00 Fax: 976-73.07.19 Correo electrónico

**2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concepcion de la Cámara Izquierdo	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
M <sup>a</sup> Victoria Escolar Castellón	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
Aurora Sarasola Martínez	Médico	Fundación Ramón Rey Ardid
Esther Samaniego Corcuera	DUE	Residencia Profesor Rey Ardid
Carlos Salavera Bordás	Psicólogo	Residencia Profesor Rey Ardid

### **3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS**

En el año 2000 la Residencia Profesor Rey Ardid pone en marcha un sistema de Gestión por Procesos que ya se ha implantado y que según valora el equipo, ha mejorado tanto la organización del trabajo, como las intervenciones sobre los pacientes. Se detectan sin embargo ciertos problemas como son la no recogida sistemática de los datos y la no evaluación sistemática.

A la luz de lo expuesto, las oportunidades de mejora son:

- Simplificar los procesos: que estos sean menos ambiciosos y se supriman ciertos indicadores cuya realización no depende del equipo.
- Mejorar el sistema de coordinación interdisciplinar en el equipo en cada proceso.
- Mejorar la documentación existente.
- Instaurar un sistema informático de registro y un análisis de indicadores automatizado.

### **3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

a) Generales (en referencia a los temas generales de la convocatoria):

Mejora de la U<sup>o</sup> Clínica y del manejo de la documentación clínico-administrativa, mediante mejora de los equipos informáticos ( hardware y software ) que permitan un manejo adecuado de los datos.

b) Específicos (en referencia a los temas específicos de la convocatoria):

Gestionar los procesos de *Preingreso* (coordinación externa con otros equipos de profesionales), *Ingreso* (coordinación interna-equipo), *Atención-Rehabilitación* (coordinación interna-equipo, atención paciente y familia) y *Alta* (coordinación externa y consecución de objetivos).

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

Para cada uno de los procesos descritos, se realizará una evaluación, replanteamiento y rediseño de los indicadores y de los criterios de calidad modificándolos para hacerlos operativos y aplicables.

Se seguirá por lo tanto mejorando los procesos, introduciendo el uso sistemático del ciclo PDCA como método de trabajo para la evaluación y mejora continua de los mismos, se utilizarán para el análisis de problemas y sus causas herramientas de calidad como la tormenta de ideas y el diagrama de Ishikawa, entre otros.

El calendario propuesto para la realización del trabajo es el siguiente:

- Un ciclo PDCA mensual, de manera consecutiva para cada proceso.
- Implantación paralela del sistema de documentación y registro decidido.
- Al final del primer semestre: evaluación del cumplimiento en calidad (análisis de indicadores)
- Un segundo ciclo PDCA por cada proceso
- Final del segundo semestre: nueva evaluación del cumplimiento en calidad (análisis de indicadores)

**5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA**

Losa J.F. Utilidad de la Gestión de procesos desde el punto de vista clínico. *Rev. Calidad Asistencial* 2001;16: 300-301. Plantea la necesidad de complementar el uso de instrumentos de práctica clínica con la gestión de los procesos.

Costa J.M: *Gestión de la calidad en un mundo de servicios*. Barcelona: Gestión 2000,1998. El autor aporta un conjunto mínimo de recomendaciones prácticas para que las empresas evolucionen de organizaciones basadas en los organigramas hacia organizaciones horizontales basadas en los procesos.

Donabedian A. La calidad de la atención médica. *Rev. Calidad Asistencial* 2001;16: S11-S27. Este artículo original del año 1966 describe y evalúa los métodos que se utilizaban en esos momentos para estimar el grado de calidad de la atención médica y propone orientaciones destinadas a estudios futuros.

Altamora Caruso G, Alvarez Rodríguez FR, Lorenzo Martínez S. Implantación de la Gestión integrada de procesos en la fundación Hospital de Alcorcón. *Rev. Calidad Asistencial* 1999; 14: 307-311. Descripción del desarrollo del sistema de Gestión del Proceso Asistencial (SGPA).

Carbonell Riera JM, Suñol R., Colomé Figuera EJ, y cols. Plan de atención integrada del Grup Sagessa: una apuesta por la coordinación inter-niveles a partir del consenso y de la medicina basada en la evidencia. *Rev. Calidad Asistencial* 1999; 14: 321-326. Mediante un plan de atención integrado, se aborda el objetivo primordial de proveer a los pacientes de aquellos servicios que está científicamente demostrado que mejoran su salud, en el momento y nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente.





**ATENCION DE ENFERMOS TERMINALES.  
TESTAMENTO VITAL**

**CENTRO DE SALUD DE LUNA  
AÑO 2002**

## **2.1,-RESPONSABLE DEL PROYECTO:**

Nombre y apellidos: Ana Isabel Echeverri Oyaga  
Profesión: Médica Centro de trabajo: C.S. Luna  
Dirección: Avda. Goya, 1  
Localidad: Erla Código posal y provincia: 50611 Zaragoza  
Tfno: 976.69.40.40 Fax: 976.68.91.82

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

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESION	CENTRO TRABAJO
CONCEPCION DE PEREZ MADORRAN	MEDICO	C.S. LUNA
SILVIA GIMENEZ BESCOS	MEDICO	C.S. LUNA

## **3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS:**

- \*Preocupación y agobio de la mayoría de los profesionales en la atención de enfermos terminales
- \*Dificultad en la atención de la familia del enfermo terminal por su complejidad y carga emocional
- \*Disparidad de criterios entre los miembros del equipo
- \*Desconocimiento de procedimientos legales de incapacitación, ingresos no voluntarios, etc
- \*Ausencia de instrumentos en la historia del enfermo donde se pueda conocer los deseos del enfermo para el proceso de cuidados terminales.
- \*Decisiones forzadas del profesional por ausencia de Testamento Vital y falta de preparación de la familia
- \*Dificultad en definir el límite entre muerte digna, encarnizamiento terapéutico y eutanasia
- \*Falta de cultura sobre preparación de la muerte e inexistencia de abordaje del tema en la consulta.
- \*Conocimientos técnicos insuficientes o no actualizados sobre los temas relacionados.
- \*Ausencia de trabajo coordinado con Trabajadora Social de la Zona y con atención especializada.
- \*Escasez de recursos comunitarios y técnicos: ayuda en domicilio, apoyo vecinal, materiales de ortopedia, etc

\*Dudas sobre la validez de las decisiones tomadas por los enfermos en frío y a mucha distancia del problema.

### **3.2 OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.**

\*La mejor atención de los enfermos terminales. que nos parece esencial por su trascendencia humana y universalidad

\*Mejorar la satisfacción del enfermo. de los profesionales y de las familias afectadas

\*Posibilitar, incluso, un ahorro para el sistema, al favorecer que sean más los enfermos que decidan morir en su casa en vez de en el hospital

\*Continuar el trabajo y formación en mejora de Calidad. Se ha trabajado en una parte del mismo proyecto durante el año 2000. Quedando pendientes múltiples aspectos de los que en el 2002 abordaremos fundamentalmente el Testamento Vital.

\*Establecer indicadores del buen funcionamiento del Servicio

\*Creación de materiales que faciliten la evaluación

\*Mejora de los Conocimientos Técnicos de los profesionales

### **4. PLAN DE MEJORA, METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA**

\*Reuniones del Equipo de Mejora una vez al mes. de 1h. 15min. dedicadas a trabajar las etapas del ciclo de mejora.

\*Asesoría de otros profesionales que ya están trabajando y dando docencia en el tema del Testamento Vital.

\*Continuar la formación en aspectos técnicos relacionados.

\*Adquirir recursos técnicos para facilitar el trabajo:

\*Programa informático de elaboración de dietas para enfermos con múltiples patologías y dificultades en mantener una nutrición adecuada.

\*Programa informático del Colegio Oficial de Farmacéuticos para facilitar el conocimiento de artículos de nutrición, parafarmacia, etc y sobre todo interacciones de los múltiples fármacos

\*Elaborar la propuesta de introducción en nuestro equipo del Testamento Vital

La duración de nuestro trabajo será el año 2002

### **5..BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA.**

-Características de los indicadores clínicos. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

- Garantía de Calidad en Atención Primaria y Bioética y atención primaria del Manual de Metodología de Trabajo en Atención Primaria. V. F. Gil. Universidad de Alicante. MSD
- Congreso de la AFDS: Testamento Vital
- Legislación de Cataluña y Galicia sobre el Testamento Vital
- Enfermería en Cuidados Paliativos. Eulalia López. Editorial Panamericana

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	Pesetas
- PROGRAMA INFORMATICO PARA ESTUDIO NUTRICIONAL y DIETAS COMPLEJAS	
- PROGRAMA INFORMATICO DEL CONSEJO GERAL DE COLEGIOS DE FARMACEUTICOS BOT. BASE DATO DEL MEDICAMENTO	
TOTAL	100.000
<b>Material fungible</b>	
VIDEOS SOBRE POPULACIONES y CUIDADOS DE ENFERMOS	
LIBROS	
REVISTAS	
TOTAL	100.000
<b>Viajes y dietas</b>	
DESPLAZAMIENTOS	50.000
<b>Otros gastos</b>	
- ASESORIA EXTERNA DE ESPECIALISTAS	100.000
- ASISTENCIA A CURSOS o CONGRESOS	100.000

TOTAL PESETAS	450.000
---------------	---------

2704,55

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

1.- <u>TITULO</u>	GUÍA DE COORDINACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	
2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	Nombre y apellidos: Pilar Mainar García	
Profesión :	Enfermera	Centro de trabajo: ESAD. Áreas 2 y 5. Zaragoza
Dirección C/ Condes de Aragón, 30		
Localidad :	ZARAGOZA	ZARAGOZA
Teléfono	976-769534	Fax 976-769535      Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Blasco	Trabajadora Social	C. S. Picarral
Natalia Enriquez	Técnico de Salud Pública	Gerencia. Áreas 2 y 5
Roberto Moreno	Médico	ESAD
Sara Pérez Palomares	Fisioterapeuta	C.S. Picarral

### 3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Nuestro equipo de mejora ha estado trabajando sobre la atención que se presta en los domicilios en nuestro ámbito, dando prioridad a las siguientes oportunidades de mejora:

1) coordinación entre los profesionales implicados, 2) detección precoz y evaluación de situaciones de riesgo social y 3) revisión de los programas, protocolos y otras recomendaciones que sobre atención domiciliaria existen en nuestro medio.



### 3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La misión de la atención domiciliaria es proporcionar los cuidados necesarios para mantener el mayor grado posible de autonomía y calidad de vida en el individuo, permaneciendo éste en su medio habitual.

La región europea de la Organización Mundial de la Salud, en su estrategia de "Salud para todos en el siglo XXI", señala el hogar como escenario para la salud y los médicos de familia y las enfermeras de atención domiciliaria como catalizadores muy positivos de la acción sanitaria. Estos profesionales deben ser el núcleo del sistema, promocionando activamente el autocuidado e interactuando con las estructuras locales. Este enfoque permitirá mejorar la prevención de enfermedades y la efectividad y rapidez del tratamiento de aquellos pacientes que claramente no requieren asistencia hospitalaria.

En nuestra comunidad autónoma la población de más edad, principal beneficiaria de la atención domiciliaria, sigue creciendo. Según el Plan de Salud de Aragón en el año 2001, aproximadamente 1 de cada 5 ciudadanos tendrá 65 años o más y de éstos 1 de cada 4 tendrá más de 80.

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) considera desde hace años prioritarios los servicios que se prestan en el domicilio a pacientes crónicos, inmovilizados y/o terminales. Entre las medidas adoptadas destaca la implantación de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), dependientes de las Gerencias de Atención Primaria. Estos forman parte de un proyecto que pretende potenciar las garantías de cuidados adecuados para aquellos ciudadanos que prefieren ser atendidos en su hogar y también mejorar la coordinación con los hospitales y otras instituciones. En nuestra Área sanitaria desde 1999 existe un ESAD.

También son interesantes las iniciativas que buscan mejorar los sistemas de información y evaluación de las personas dependientes, como el Resident Assessment Instrument Home Care, diseñado para planificar cuidados personalizados, a partir de situaciones de riesgo, teniendo en cuenta el aspecto funcional y la calidad de vida, así como las derivaciones adecuadas cuando son necesarias.

Respecto a la coordinación sociosanitaria se considera que la atención primaria, por su situación estratégica, puede ofrecer una atención integral que permita la detección precoz de problemas, desde un enfoque multidisciplinario. En nuestro país existe un marco legal que contempla convenios entre instituciones sanitarias y sociales, pero siguen siendo retos la coordinación interinstitucional para plazas sociosanitarias, los modelos de atención compartida, el trabajo en equipos interdisciplinares, así como reforzar el papel de determinados profesionales como los de enfermería o los de trabajo social.

Otras medidas para mejorar la atención domiciliaria han sido el desarrollo de programas y protocolos pero, en nuestro ámbito no hay un documento que integre todas las recomendaciones, algunas de las cuales han perdido vigencia.

Dichos documentos fueron diseñados desde una perspectiva más de calidad científico-técnica que de coordinación sociosanitaria.

La reciente implantación del ESAD ofrece una buena oportunidad para elaborar una guía de Atención Domiciliaria basada en la evidencia científica, desde una perspectiva de coordinación interprofesional.

#### 4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1.- Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Una introducción al marco político de salud para todos de la región europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 1999.

Este documento habla en su Objetivo 5 (Envejecer en buena salud) de que los servicios sociales y sanitarios deben proporcionar unos mejores servicios de asistencia a las personas mayores en su vida cotidiana. En escenarios para la salud (Objetivo 13), destaca el hogar, el médico de familia y las enfermeras de atención domiciliaria como catalizadores muy positivos de la acción sanitaria. El documento insiste (objetivo 15) en que los profesionales de atención primaria deben ser el núcleo del sistema, si queremos un sistema sanitario más integrado, y en que deben atender a un número limitado de familias, promocionando activamente el autocuidado e interactuando con las estructuras de la comunidad local. Una perspectiva de este tipo reforzará en gran medida la prevención de enfermedades y lesiones, además de garantizar el tratamiento rápido y efectivo de todas las personas que claramente no requieren asistencia hospitalaria.

2.- Plan de Salud de Aragón

Realiza un análisis de la situación de las personas mayores y propone fomentar la interrelación entre atención primaria y especializada y potenciar los cuidados domiciliarios desde la atención primaria de salud.

3.-Martínez Aguayo C. La coordinación sociosanitaria en la atención al anciano. Cuadernos de Gestión 1996; 2 (2): 36-44

En este artículo se describen los resultados del acuerdo marco de 1993 y el convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Asuntos Sociales para la atención sociosanitaria a las personas mayores. Los principales resultados en territorio INSALUD han sido las comisiones sociosanitarias de área, los servicios de atención geriátrica especializados y la cartera de servicios al anciano.

Concluye que la atención a las personas mayores supone un reto para la atención primaria y especializada; y va a exigir a los profesionales tener una visión integral, ser capaces de trabajar en equipos multidisciplinares, coordinar la atención primaria-especializada, reforzar el papel de los profesionales de enfermería, coordinar los recursos sociosanitarios, formarse e investigar.

4.- Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Atención Primaria 2000; 25(8): 526-528

Propone diferentes estrategias organizativas para ir hacia un modelo de atención domiciliaria compartida. Entre ellas están la utilización correcta de los ESAD, la planificación del alta hospitalaria, la protocolización y formación conjuntas, las plataformas de coordinación sociosanitaria como equipo gestor de casos y la construcción de alianzas estratégicas.

5.- López Pisa RM, Julià Nicolás MT. Cuidados de enfermería en la vejez. Diseño de un programa en atención primaria de salud dirigido a ancianos mayores de 70 años. Enfermería Clínica 1999; 9(5): 220-225.

Trata sobre el diseño de un programa para la prevención y cuidados en la vejez, cuya estructura está determinada por la secuencia del proceso de atención de enfermería.

6.- Guarga Rojas A, Marquet Palomer R, Jovell Fernández A. Recomendaciones para la práctica clínica: protocolos y guías. En: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Hartcourt Brace: 1999.

Describe las bases metodológicas para el diseño, implantación y evaluación de guías de práctica clínica.

7.- The AGREE collaboration AGREE Instrument Spanish version, [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)

Instrumento diseñado para ayudar a productores y usuarios de guías de práctica clínica en la evaluación de la calidad metodológica de éstas.

8.- Resident Assessment Instrument Home Care (RAI-HC). Corporación InterRAI. Washington DC. 1994, 1996

Instrumento diseñado por un grupo internacional de expertos para valorar las necesidades, capacidades y preferencias de los clientes de programas de Atención Domiciliaria. El RAI-Hc está formado por un Conjunto mínimo básico de datos de asistencia a domicilio y 30 secuencias de identificación de problemas (SIPs) que permiten detectar situaciones que requieren la elaboración de un plan de cuidados que puede incluir la derivación a otros profesionales, con el objetivo de maximizar la capacidad funcional del individuo y la calidad de vida, estudiar problemas de salud y asegurar que el individuo permanezca en su casa tanto tiempo como sea posible.

Este instrumento, adaptado a nuestro entorno, puede ser útil para realizar una clasificación de problemas susceptibles de atención coordinada, que sirva de punto de partida para el desarrollo de la guía.

### 5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

**Objetivos:**

Esta guía tiene la finalidad de mejorar la coordinación de los profesionales implicados en la Atención Domiciliaria para favorecer la permanencia del paciente en su domicilio con la mejor capacidad funcional y calidad de vida posible. Para ello es necesario que la guía permita en sucesivas visitas domiciliarias:

- Identificar problemas del individuo o de su entorno que están limitando actualmente o pueden hacerlo en el futuro.
- Identificar los activos u oportunidades que posee el paciente, la familia, y su entorno, incluido el ámbito asistencial, para resolver estos problemas.
- Desarrollar un plan de cuidados que garantice que cada factor limitador o potencialmente limitador es abordado teniendo en cuenta el contexto de ese paciente, sus preferencias y calidad de vida, y las posibles intervenciones de otros profesionales.

**Población diana:**

Personas dependientes, es decir, personas que por razón de la disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de su vida cotidiana.

**Usuarios de la guía:**

Personal de enfermería y otros profesionales de Atención primaria.

## 5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

El desarrollo de la guía se está realizando según los siguientes pasos:

### 1.- Análisis de la información sobre Atención Domiciliaria

- Revisión de protocolos y programas de Atención Domiciliaria existentes en el Área
- Búsqueda de programas y guías en otros lugares
- Análisis de las causas que dan lugar a la insuficiente implantación de las recomendaciones en el Área
- Estudio de opinión sobre la consulta a otros profesionales

### 2.- Definición de la población diana, de los problemas de salud que van a ser desarrollados en la guía y de sus usuarios.

Las actividades de los pasos 1 y 2 han sido realizadas durante el año 2001. La guía va dirigida a profesionales de atención primaria, sobre todo personal de enfermería. La población diana son las personas dependientes según la definición de dependencia adoptada por el Consejo de Europa. En el anexo 2.1 puede verse la relación de problemas susceptibles de ser atendidos en el domicilio.

### 3.- Elaboración de la guía por problemas (tiempo previsto: 18 meses)

- Métodos:
  - Grupo de expertos de varias disciplinas
  - Mediante definición de procesos de atención y diagramas de flujo se detectarán aspectos clave que deben cuidarse para garantizar el papel de enlace de enfermería y la coordinación interprofesional.
- Fuentes:
  - Revisión sistemática de la literatura.
  - Opinión de expertos clínicos
  - Experiencias de pacientes y cuidadores

### 4.- Diseño, redacción y maquetación del borrador final. Establecer un procedimiento para futuras revisiones (tiempo previsto: 3 meses)

### 5.- Evaluación de los aspectos formales (tiempo previsto: 5 meses)

- Prueba piloto en 3 ó 4 centros
- Revisión externa de la guía.

### 6.- Difusión e Implantación (aprox. 6 meses)

- Presentación de la guía a los equipos y unidades de atención primaria
- Sesiones recordatorio de casos prácticos interdisciplinares
- Diseño de material de apoyo (pósters, trípticos, etc)

### 7.- Evaluación de la efectividad de la guía:

- Cobertura de servicios domiciliarios, evaluación de las visitas domiciliarias, especialmente de enfermería, fisioterapia y trabajo social. Adecuación de planes de cuidados y consejos en las situaciones de riesgo detectadas. Evaluación de normas técnicas.
- Análisis de la adecuación de los ingresos en instituciones sociosanitarias.
- Evaluación de la calidad de vida.
- Implantación de medidas de mejora en función de estos resultados.

## ANEXO 2.1

- Estado confusional agudo. Trastornos en la memoria
- Disminución funcional respecto a las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria
- Riesgo institucional
- Alteración de los patrones de comunicación (audición y visión)
- Abuso de alcohol
- Trastornos del comportamiento (abuso verbal, físico, conducta socialmente inapropiada)
- Problemas relacionados con depresión y ansiedad
- Problemas cardiorrespiratorios: pulso irregular, cambios en la producción de esputo, vértigo y mareos, dolores torácicos, edemas y disnea
- Deshidratación
- Nutrición
- Caídas
- Salud oral
- Incontinencia (intestinal, urinaria)
- Dolor
- Úlceras de presión
- Problemas de piel y pies
- Abuso de personas mayores
- Deterioro de la función social
- Sistema de apoyo frágil
- Medicación y drogas psicotrópicas
- Necesidad de cuidados paliativos
- Necesidad de reducir los servicios formales

## 6.- RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

<u>Material inventariable</u>	<u>Euros</u>
- Nutrición saludable. James W.	12,02 Euros
- Consenso en Medicina. Metodología de expertos. Berra de Unamuno A., Marín León I., Alvarez Gil R.	12,02 Euros
- Estrés, enfermedad y hospitalización. Rodriguez Marín J., Zurriaga Llorens R.	12,02 Euros
- Etica y salud. García Calvente MM., editora	12,02 Euros
- ¿De paciente a cliente? El ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios, Com. IX Jornadas EASP de Salud Pública y Admón sanitaria 1994	6,01 Euros
- La salud es transmisible. Marketing y comunicación en los servicios sanitarios. Comunicaciones. VI Jornadas EASP de Salud Pública y Admón sanitaria 1991.	5 Euros
- Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa. Garcia Calvente MM.	12,02 Euros
- Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. Bimbela Pedrola JL, Gorrotxategi Larrea M.	12,02 Euros
- Cuidando al cuidador. Conselling para profesionales de la salud. 4ª Edición. Bimbela Pedrola, JL.	15,03 Euros
- Guía de educación para la salud del paciente hipertenso y familia. German Bes C.	5,11 Euros
<u>Cursos</u>	
Mejora de la efectividad de la atención enfermera en el domicilio. Escuela andaluza de salud pública. Coordinación Elena Gonzalo Jimenez	4200 Euros

<u>Viajes y dietas</u>	
<u>Otros gastos</u>	
<b><u>TOTAL EUROS</u></b>	<b><u>4303,27</u></b>





### 3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Los ancianos ingresados en residencias se encuentran entre los grupos de población que reciben un mayor número de fármacos. Si tenemos en cuenta que muchos de estos fármacos pueden interactuar entre sí y potenciar reacciones adversas perjudiciales para la calidad de vida del anciano, e incluso algunos están considerados como fármacos de baja utilidad terapéutica, podemos presuponer que están generando costes innecesarios y evitables tanto directa como indirectamente, además de riesgos de yatrogenia por interacciones farmacológicas.

En este estudio pretendemos conocer la situación actual de la prescripción farmacológica en los ancianos de las residencias de nuestra zona de salud para posteriormente adecuar la prescripción a la patología actual que presentan y así conseguir un uso racional del medicamento en esta población.

### 3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1- Cuantificar y actualizar las prescripciones farmacológicas que reciben los ancianos que se encuentran en residencias.
- 2- Detectar interacciones medicamentosas potencialmente suprimibles en cada anciano.
- 3- Detectar fármacos de baja utilidad terapéutica.
- 4- Potenciar la colaboración entre el equipo de Atención Primaria y el personal sanitario de las residencias de ancianos.
- 5- Ajustar las prescripciones farmacológicas de cada anciano a su patología actual, mejorando el uso racional del medicamento.

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

- Elaboración de un censo de ancianos en residencias situadas en la zona de salud que corresponde al C.S. Actur Sur y diseño de una hoja de recogida de datos individualizada para cada paciente.

Fecha: Septiembre y Octubre de 2001

- Revisión de historias clínicas y cumplimentación de las hojas de recogida de datos.

Fecha: Noviembre y Diciembre de 2001  
Enero de 2002

- Elaboración de la base de datos y análisis estadístico

Fecha: Febrero y Marzo de 2002-01-12

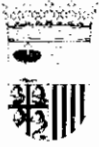
- Entrega de conclusiones de forma personalizada a cada médico responsable de estos ancianos y presentación de las mismas al equipo de Atención Primaria para la adopción de medidas de mejora

#### 5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Fidalgo García ML, Molina García T, Millán Pacheco F, Orozco Díaz P. Prescripción farmacéutica en residencias de ancianos. Comparación con ancianos ambulatorios. Medifam 2001;11(2):73-82.
- Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. BMJ 1997;315:1096-9.
- Leipzig RM. La prescripción de fármacos en geriatría: cómo reducir los efectos adversos. Modern Geriatrics (Edic. Esp.) 2001;13(6):212-17.
- Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch Intern Med 1997;157:1531-6
- Rodríguez F, Martínez B, Saucedo R, Cobos F, García M et al. Aspectos diferenciales sobre la prescripción de fármacos en ancianos residentes de la zona nordeste de Granada: estudio sobre 366 individuos. Med Clin (Barc)1993;100:24-7.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA	
<i><b>Material inventariable</b></i>	<i><b>Pesetas</b></i>
-ORDENADOR SATELLITE Serie 1800-814:Procesador Intel Pentium III + Adaptador CA PA3048E + Impresora laser Lexmark -----	579.900
-HP Scanjet 3400C -----	28.000
-Regrabadora Freecom Portable II CD-R 24x10x40 -----	60.000
-Cañón Sony SVGA VPL-254 -----	450.000
-Antivirus Panda Titanium -----	23.250
-Windows XP Professional -----	70.000
-Office XP Professional -----	129.000
<i><b>Material fungible</b></i>	
-Material escritorio, diskettes 3.5, CDs regrabables, carpetas archivadoras, agendas, papel continuo -----	25.000
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
<i><b>Viajes y dietas</b></i>	
-Inscripción en congresos de geriatría relacionados con el tema ( 50.000 x 4 personas ) --	200.000
-Invitación de un profesor experto en geriatría y un profesor experto en farmacología geriátrica ( 100.000x 2 personas )	200.000
-----	
<i><b>Otros gastos</b></i>	
- Jornadas de presentación de resultados al EAP, ( Gastos de organización y lunch ) -----	100.000
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	

<b>TOTAL PESETAS</b>	1.864.250
	11.204'37 €



## 1. TITULO

Aplicación del ciclo de mejora al diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca

### 2.1 RESPONSABLES DEL PROYECTO

**D. Jesús Díez Manglano**, facultativo especialista de área en Medicina Interna y Director Médico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza  
Avda San Gregorio nº 30 50.015 Zaragoza  
Tfno 976-466912 FAX 976-466918 Correo electrónico: [jdiez@aragob.es](mailto:jdiez@aragob.es)

y

**D. José Ignacio Ceña García**, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Responsable de Docencia del Centro de Salud La Jota de Zaragoza  
Avda La Jota s/n 50.014 Zaragoza  
Tfno: 976-475809 FAX 976-476215 Correo electrónico

### 2.2 OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Luis A. Caballero Domínguez	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
José Antonio Merino Montesa	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
M <sup>a</sup> José Bel Castillo	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
M <sup>a</sup> Camino Fernández Falcón	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
M <sup>a</sup> Lourdes López Pérez	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
Sara Ariño Pellicer	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
M <sup>a</sup> Pilar Callau Barrio	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
Carolina Mendi Metola	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
M <sup>a</sup> Angeles Marqueta Gimeno	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota
M <sup>a</sup> Angeles Fernández Berges	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de salud La Jota



### **3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS**

- Insuficiente uso de la ecocardiografía para la confirmación y caracterización del diagnóstico de insuficiencia cardiaca.
- Escasa utilización del sistema de clases funcionales en el seguimiento de la insuficiencia cardiaca.
- Infrautilización de la espironolactona y los betabloqueantes en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca.

### **3.2 OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Confirmar el diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca utilizando criterios de diagnóstico aceptados por la comunidad científica (criterios de Framingham, criterios de la AHA, criterios europeos).
2. Clasificar fisiopatológicamente los casos de insuficiencia cardiaca mediante ecocardiografía.
3. Implantar la utilización del sistema de clases funcionales para el seguimiento y manejo de la insuficiencia cardiaca.
4. Aumentar la prevalencia de uso de espironolactona y betabloqueantes en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca.
5. Elaborar (o adaptar a nuestro medio) una guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento extrahospitalario de la insuficiencia cardiaca.

### **4. PLAN DE MEJORA, METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA**

	<b>Cronograma</b>	<b>Actividades</b>
1	Mes 0	Auditoría interna de historias clínicas evaluando el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, la realización de ecocardiograma, la asignación de clase funcional, y la utilización de IECA, betabloqueantes, espironolactona, digoxina y ARA-II.
2	Mes 1	Sesión clínica de presentación de evidencias en la literatura sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca.
3	Meses 2-4	Revisión y análisis de casos mediante corte transversal de un día al mes.
4	Mes 5	Auditoría interna de historias clínicas.
5	Mes 6	Sesión clínica presentando los resultados de las auditorías.
6	Meses 9-11	Revisión y análisis de casos mediante corte transversal de un día al mes.
7	Mes 12	Auditoría final interna de historias clínicas.
8	Meses 1-12	Elaboración de una guía de práctica clínica sobre insuficiencia cardiaca.



## **5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA**

- **McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The natural history of congestive heart failure: the Framingham Study. N Engl J Med 1971; 285: 1441-1445.**  
Determinación de los criterios de diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca a partir de la población incluida en el estudio de Framingham.
- **Carlson KJ, Lee DC, Goroll AH, Leahy M, Johnson RA. An analysis of physician's reasons for prescribing long-term digitalis therapy in outpatients. J Chronic Dis 1985; 38: 733-739.**  
Estudio realizado en Boston para valorar el uso de digitálicos y en el que se utilizó un sistema de diagnóstico de insuficiencia cardiaca basado en puntuaciones de los síntomas, signos clínicos y hallazgos radiológicos.
- **The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis of heart failure. Eur Heart J 1995; 16: 741-751.**  
Informe del grupo de trabajo en insuficiencia cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología. Establece criterios de diagnóstico provisional antes de la ecocardiografía, que es la prueba que define el diagnóstico definitivo.
- **The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). N Engl J Med 1987; 316: 1429-1435.**  
Ensayo clínico de enalapril frente a placebo que demostró un aumento de supervivencia.
- **The Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. N Engl J Med 1997; 336: 525-533.**  
Ensayo clínico que demostró que el uso de digoxina disminuye significativamente los ingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardiaca con un efecto neutro sobre la mortalidad.
- **Hood WB Jr, Dans A, Guyatt GH, Jaeschke R, McMurray JV. Digitalis for treatment of congestive heart failure in patients in sinus rhythm (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 4, 2001. Oxford: Update Software.**  
Revisión de la Biblioteca Cochrane que, tras analizar 11 ensayos clínicos controlados con placebo, llega a la conclusión de que los digitálicos disminuyen la mortalidad y el deterioro clínico de los pacientes con insuficiencia cardiaca en ritmo sinusal sin diferencias en la mortalidad.
- **Pitt B, Zannad F, Remme WJ et al for the Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. N Engl J Med 1999; 341: 709-717.**  
Ensayo clínico que demostró que el uso de espironolactona se asocia con menor mortalidad general, menor mortalidad por insuficiencia cardiaca, disminución de la muerte súbita y de las hospitalizaciones.
- **Packer M, Bristow MR, Cohn JN, Colucci WS, Fowler MB, Gilbert EM, Shusterman NH. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. U.S. Carvedilol Heart Failure Study Group. N Engl J Med 1996; 334: 1349-1355.**  
Primer estudio a gran escala que demostró el efecto beneficioso del uso de los betabloqueantes (concretamente carvedilol) en pacientes con insuficiencia cardiaca.



- **CIBIS II Investigators. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. Lancet 1999; 353: 9-13.**  
Estudio que demostró un descenso de la mortalidad en poacientes con insuficiencia cardiaca tratados con bisoprolol.
- **MERIT-HF Study Group. Efecto del metoprolol CR/XL en la insuficiencia cardiaca crónica: ensayo aleatorio con metoprolol CR/XL en la insuficiencia cardiaca congestiva (MERIT-HF). Lancet 1999; 353: 2001-2007.**  
Amplio ensayo clínico que demostró una menor mortalidad general, menor mortalidad por insuficiencia cardiaca y reducción de muerte súbita en los pacientes tratados con metoprolol.
- **Bonet S, Agustí A, Arnaú JM et al.  $\beta$  Adrenergic blocking agents in heart failure. Benefits of vasodilating and nonvasodilating agents according to patients' characteristics: a meta-analysis of clinical trials. Arch Intern Med 2000; 160: 621-627.**  
Metaanálisis sobre el uso de betabloqueantes en la insuficiencia cardiaca, que demuestra un efecto beneficioso de los mismos, que es mayor con los betabloqueantes vasodilatadores.
- **Flather MD, Yusuf S, Køber L et al for the ACE-inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. Lancet 2000; 355: 1575-1581.**  
Revisión sistemática que demostró que los inhibidores de la ECA producen un claro beneficio disminuyendo la mortalidad global, las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca y la incidencia de infarto agudo de miocardio.
- **Pitt B, Poole-Wilson PA, Segal R et al on behalf of the ELITE II Investigators. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial-the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. Lancet 2000; 355: 1582-1587.**  
Ensayo clínico que no demostró diferencias en la mortalidad global o por muerte súbita pero sí menos efectos secundarios entre pacientes tratados con losartán y con captopril.
- **Navarro-López F, de Teresa E, López-Sendón JL, Castro-Beiras A. Guías del diagnóstico, clasificación y tratamiento de la insuficiencia cardiaca y del shock cardiogénico. Rev Esp Cardiol 1999 (Supl 2): 1-45.**  
Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología.
- **Diagnosis and treatment of heart failure due to left ventricular systolic dysfunction. SIGN Publication No 35. 1999.**  
Guía de práctica clínica sobre insuficiencia cardiaca del Scottish Intercollegiate Guideline Network.
- **Heart failure: Management of patients with LV Systolic Dysfunction. Clinical Practice Guidelines. US Dept of HHS. AHCPR 94-0613.**  
Guía de práctica clínica del Departamento de salud de los Estados Unidos.

## 6. RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA

### Material inventariable

Manguitos de TA para obesos	60.000 ptas	360,61 euros
Impresora láser	100.000 ptas	601,01 euros

### Material fungible

Disquetes, CD-R y cartuchos impresora	15.000 ptas	90,15 euros
---------------------------------------	-------------	-------------

### Viajes y dietas

Curso Guías de práctica clínica Fundación Avedis Donabedian		
Inscripción	60.000 ptas	360,61 euros
Dietas	47.700 ptas	286,68 euros
Km (600)	16.800 ptas	100,97 euros

### Otros

Búsqueda bibliográfica	10.000 ptas	60,10 euros
------------------------	-------------	-------------

<b>TOTAL</b>	<b>309.500 ptas</b>	<b>1860,13 euros</b>
--------------	---------------------	----------------------



## **1.- TITULO:**

**Mejora del pronóstico de pacientes quirúrgicos a través del cálculo de su gravedad y probabilidad de resultado negativo al ingreso y su consecuente intensificación de cuidados.**

## **2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO:**

Nombre y apellidos: **José Joaquín Resa Bienzobas.**

Profesión: Cirujano. Centro de trabajo: **Hospital Royo Villanova.**

Dirección: Avda. San Gregorio, 30

Localidad: Zaragoza. 50015.

Teléfono: 976466910 ext. 508, 2219. Correo electrónico: [jjresa@aragob.es](mailto:jjresa@aragob.es)

## **2.2.- OTROS COMPONENTES DEÑ EQUIPO DE MEJORA:**

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Antonio Fatás Cabeza	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Juna Luis Blas Laina	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Alejandro García García	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Margarita Numancia Andreu	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Andres Monzón Abad	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Jorge Solano Murillo	Cirujano	Hospital Royo Villanova

### **3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS:**

Nos referiremos a los problemas que encontramos al administrar nuestra carta de alta, Conjunto Mínimo de Datos Básicos e Historia Clínica mediante un tratamiento mínimamente informatizado:

1. Administración defectuosa de la historia clínica, en especial la carta de alta y en particular del Conjunto Mínimo de Datos Básicos.
2. Insuficiencia de recogida de datos. Escasa recogida de segundos diagnósticos o complicaciones.
3. Insuficiente cultura de codificación.
4. Diferente lenguaje entre profesionales al hablar de diagnósticos, complicaciones o procedimientos.
5. Dificultad para transmitir información entre Servicios.
6. Escasa información transmitida a Primaria.
7. Información deficiente al paciente.
8. Dificil comunicación con Farmacia. Comunicación indirecta.
9. Dificultad para comprender la grafía de algunos escritos.
10. El médico que realiza la carta de alta e introduce el CMDB no siempre es el más implicado en el caso clínico. Puede no conocer toda la realidad.
11. Imposibilidad de auto-evaluación. Dificil identificación de problemas, muertes no esperables, etc.
12. Dificil identificar variabilidad entre profesionales.
13. Valoración de gravedad al alta, a través de datos probablemente insuficientes, realizada por otro Servicio (Admisión). Desconocimiento del método y del significado.
14. Valoración de la gravedad tardía, cuando se ha resuelto el problema o es irreparable.

#### **Problemas priorizados:**

En la actualidad se está introduciendo en el Servicio de Cirugía del Hospital Royo Villanova una carta de alta informatizada, extensible a Historia clínica, que solventará muchos de los problemas detectados.

Al tener un especial interés en reducir las complicaciones y mortalidad postoperatoria, máxime la debida a nuestra actuación y la variabilidad entre cirujanos los problemas priorizados y objetivo de nuestro trabajo son los siguientes:

1. **Imposibilidad de auto evaluación. Dificil identificación de problemas, muertes no esperables, etc.**
2. **Dificil identificar variabilidad entre profesionales.**
3. **Valoración de gravedad al alta, a través de datos probablemente insuficientes, realizada por otro Servicio (Admisión). Desconocimiento del método y del significado.**
4. **Valoración de la gravedad tardía, cuando se ha resuelto el problema o es irreparable.**

### **3.2.- OBJETIVOS QUE ESPERA CONSEGUIR:**

Como objetivo secundario tratamos de solventar los problemas de gestión de la carta de alta, extensible a gran parte de la historia clínica, mediante su informatización. Dicha informatización ha sido diseñada por nosotros y está siendo aplicada en pasos sucesivos de adaptación, lo que va a permitirnos trabajar en nuestro objetivo principal en un breve espacio de tiempo.

Nuestro objetivo principal es prever el grado de gravedad y por consiguiente el porcentaje de posibilidad de complicación de los pacientes en el mismo momento de su ingreso. De este modo, podremos mediante la previsión adelantar medidas terapéuticas con objeto de disminuir el porcentaje de complicaciones. Esto deberá ser monitorizado, primero mediante nuestra **auto-evaluación** y segundo mediante la auto-evaluación de nuestra acción de calidad, como veremos más adelante. Dicha monitorización nos conducirá a una **eliminación de variabilidad** entre cirujanos consiguiendo una homogeneidad en los tratamientos muy alta y un cumplimiento de los protocolos casi absoluto.

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

El proyecto consta de dos fases:

- La primera consiste en validar un instrumento de predicción de resultados sanitarios en cirugía general para un hospital de área.
- La segunda consiste en un estudio de investigación evaluativa en el que se analizará la “efectividad” del incremento de la intensidad de los cuidados en el cambio pronóstico de los pacientes sometidos a intervención de cirugía general.

#### **1) Fase de validación**

**Muestra:** 350.

**Instrumentación:** Un observador entrenado rellenará un registro informatizado para cada paciente que produzca un alta con una intervención quirúrgica durante la estancia. En el registro se recogerán los datos de filiación, variables pronósticas y variables de resultado que se produzcan en la estancia y en el postoperatorio inmediato (**7, 15, 30 días**). (**ver anexo**) Los cirujanos del servicio son ciegos en esta fase.

#### **2) Fase de intervención**

**Diseño:** Estudio cuasiexperimental pre-test post-test en el que se compara la situación pronóstica de los pacientes al ingreso y la presencia o ausencia de los resultados esperados durante la estancia, a los 7, 15 y 30 días. *Si los pacientes fuesen iguales podría considerarse casi un ensayo clínico en el que el brazo control son los pacientes usados para la validación y el brazo experimental son los pacientes utilizados en el estudio; así estaríamos evaluando la efectividad del incremento de la intensidad de los cuidados).*

**Muestra:** 350 mínimo, extendiéndose en el tiempo si los resultados de calidad son positivos.

**Instrumentación:**

- Conocimiento del instrumento: lo importante es aceptar el punto de corte a partir del cual se produce un incremento de la intensidad de los cuidados.
- Definición de intensidad de cuidados: consenso, sesiones clínicas, protocolización, etc.
- Un observador entrenado rellenará un registro informatizado para cada paciente que produzca un alta con una intervención quirúrgica durante la estancia. En el registro se recogerán los datos de filiación, variables pronósticas y variables de resultado que se produzcan en la estancia y en el postoperatorio inmediato (7, 15, 30 días).

**Análisis de la intervención:** Se comparará la situación de riesgo con la aparición o ausencia de alguna de las complicaciones. Se considerará que la intervención ha sido efectiva ante la existencia de un índice de riesgo alto no aparecen complicaciones al alta, en los 7, 15 y 30 días siguientes al alta.

**ANEXO VARIABLES**

- Variables a considerar:

**Como variables predictoras**

- Edad, obtenida como la diferencia entre la fecha de ingreso del episodio índice y la fecha de nacimiento. Ocasionalmente se agrupan en tramos etáricos, usualmente en menores de 16 años, 16 a 45 años, 46 a 65 años, 66 a 79 años y mayores de 79 años.
- Sexo.
- Diagnóstico principal, agrupado según las categorías diagnósticas de la *Clinical Classification for Health Policy Research* (CCHPR-2; Anexo 1). Ocasionalmente se ha modificado para separar algunos tipos de diagnóstico.
- Comorbilidad crónica: diagnósticos coexistentes con el principal no relacionados con el mismo. Para su medición se utilizó el índice de Charlson, construido otorgando un peso a una determinada condición de comorbilidad que equivale al riesgo relativo de muerte en un año derivado de la presencia de dicha condición.
- Año de ingreso, desde 1992 a 1996.
- Tipo de ingreso, categorizado en urgente y programado.
- Tipo de cirugía: urgente o programada.
- Tipo de anestesia, categorizada en local, loco-regional y general.
- Procedimiento quirúrgico, agrupado según la clasificación de procedimientos quirúrgicos mediante los grupos de clasificación de la *Clinical Classification for Health Policy Research* (Anexo 1).
- Experiencia del cirujano responsable de la intervención: se agrupa en tres bloques en función del volumen total de intervenciones en el periodo a estudio. Este volumen se ha definido para cada grupo de procesos separando los cirujanos en 3 bloques de menor, intermedia y mayor experiencia.

- Episodio de Hospitalización: cada una de las altas hospitalarias en el servicio de cirugía durante el periodo a estudio.
- Episodio índice: episodio de hospitalización, programado o urgente, a partir del cual se considera la existencia o no de reingresos.
- Paciente: identificado por el número de Historia del Hospital. Un paciente puede tener diversos episodios de hospitalización.
- Datos fisiopatológicos durante el ingreso
- Datos fisiopatológicos durante la estancia

**Como variables resultado** (se asumirá que todas estas variables resultado son proxy de calidad asistencial)

- Duración de la estancia en días, obtenida como diferencia entre la fecha de alta y la fecha de ingreso.
- Duración de la estancia pre-quirúrgica en días, obtenida como diferencia entre la fecha de intervención y la fecha de ingreso.
- Complicaciones, identificadas mediante el juicio clínico - emitido durante el propio ingreso- de los cirujanos que atendieron al paciente e incluyendo las detectadas en el seguimiento inmediato en consulta externa. El formulario pre-alta incluía los tipos de complicación que se recogen en la tabla 3. En algunos análisis se agruparon las complicaciones en fracasos orgánicos, de herida e intra-abdominales.

**TABLA 3. LISTA DE COMPLICACIONES**

Fracasos orgánicos	Fallo multiorgánico Fallo pulmonar Fallo respiratorio Fallo cardíaco Fallo hepático
Complicaciones de herida	Infección herida Seroma herida Hemorragia herida Evisceración Dehiscencia sutura
Complicaciones intraabdominales	Absceso intraabdominal Hemorragia intraabdominal Fístula intestinal Obstrucción intestinal Ileo paralítico
Otras	Accidente vasculo-cerebral Flebitis superficial Trombosis profunda venosa Tromboembolismo pulmonar Infección vía

Infección respiratoria  
Infección urinaria  
Sepsis  
Hemorragia digestiva alta  
Ulcera decúbito  
Retención urinaria  
Iatrogenia  
Otras

- Reintervención, definida como la realización en el mismo episodio de hospitalización de una segunda intervención - no programada al ingreso- tras el fracaso o complicación de la intervención previa.
- Ingreso en cuidados intensivos, definido como el ingreso durante el episodio de hospitalización en la Unidad de cuidados intensivos del hospital, tanto si fue previo como posterior a la cirugía.
- Exitus, definido como el fallecimiento intrahospitalario del paciente (no se disponía de información sobre los fallecimientos extrahospitalarios tras el alta).
- Reingreso urgente, definido como el primer episodio de hospitalización, no programada y en el servicio de cirugía, tras un ingreso previo con intervención quirúrgica y en el periodo de estudio. El primer ingreso quirúrgico del paciente define el episodio índice a partir del cual se buscaban los reingresos. No se consideraron los reingresos programados en esta medida de resultado ya que usualmente forman parte de una pauta prevista de manejo del paciente, ni los reingresos en servicios diferentes al de cirugía. Los reingresos urgentes se identificaron en distintos plazos temporales contados a partir de la fecha de la intervención en el episodio índice: 7, 30, 90, 180 y 365 días.
- Reingreso vinculado, definido como el reingreso programado o urgente en el servicio de cirugía, por un proceso considerado como complicación o fracaso de la intervención realizada en el episodio índice. En la [tabla 4](#) se definen los procedimientos y diagnósticos del reingreso utilizados para definir el reingreso vinculado. Los reingresos vinculados -al igual que los urgentes- se identificaron en distintos plazos temporales contados a partir de la fecha de la intervención del episodio índice: 7, 30, 90, 180 y 365 días.
- Recidiva: reingreso programado o urgente en el servicio de cirugía por un proceso considerado como fracaso de la intervención en el episodio índice y, en el caso de los procesos oncológicos, como reaparición del tumor original, extensiones o metastasis ([tabla 5](#)). En el caso de los procesos benignos la recidiva se incluye también en el reingreso vinculado, mientras que en los procesos oncológicos la recidiva se considera separadamente del resto de reingresos vinculados. En la [tabla 99](#) se definen los procedimientos y diagnósticos del reingreso utilizados para definir el reingreso vinculado. En la recidiva -dada su escasa frecuencia- no se utilizaron ventanas temporales, por lo que su probabilidad se incrementa con el tiempo de seguimiento. En determinados análisis, tanto del reingreso vinculado como de la recidiva, se excluyeron las altas por éxitus (probabilidad de reingreso = 0).

**TABLA 4. CRITERIOS DE DEFINICIÓN DE LOS REINGRESOS RELACIONADOS CON LA CIRUGIA PREVIA**

Cirugía de pared	Complicaciones de herida Obstrucciones y suboclusiones por adherencias y no debidas a causas específicas. Otras complicaciones intraabdominales. Recidiva de hernia o recidiva de eventración Complicaciones inguino-escrotales Eventración, salvo en eventración previa. Trombosis venosa en los 90 días siguientes a la intervención
Apendicectomía	Complicaciones de herida Eventración Obstrucciones y suboclusiones por adherencias y no debidas a causas específicas. Otras complicaciones intraabdominales. Trombosis venosa en los 90 días siguientes a la intervención
Cirugía biliar	Complicaciones de herida Eventración Obstrucciones y suboclusiones por adherencias y no debidas a causas específicas. Otras complicaciones intraabdominales. Fistulas biliares y duodenales, colangitis, coledocolitiasis residual*, sindromes colostasicos*, pncreatitis y pseudoquiste pancreatico Trombosis venosas en los 90 días siguientes a la intervención
Neoplasias de Tracto digestivo	Complicaciones de herida Eventración Obstrucciones y suboclusiones por adherencias y no debidas a causas específicas. Otras complicaciones intraabdominales. Trombosis venosas en los 90 días siguientes a la intervención

**TABLA 5. CRITERIOS DE DEFINICION DE LA RECIDIVA**

Cirugía de pared	Recidiva de hernia o recidiva de eventración
Cirugía biliar	coledocolitiasis residual, sindromes colostasicos,
Neoplasias de Tracto digestivo	Neoplasia con diagnóstico similar a la previa, ascitis carcinomatosa o carcinomatosis peritoneal, metastasis en cualquier lugar, colostasis por metastasis hepáticas o no especificada. Complicaciones intraabdominales: abscesos intrabdominales, fistulas biliares y duodenales, hematomas intraabdominales, dolor abdominal, obstrucción por bridas, oclusiones y suboclusiones por adherencias y no debidas a causas específicas, eventraciones

## **5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA:**

**Javier Aguiló Lucía.** TESIS DOCTORAL **Resultados en cirugía general de un hospital de área: análisis de mortalidad intrahospitalaria, reingresos y complicaciones.** DEPARTAMENT DE CIRUGIA. UNIVERSITAT DE VALENCIA. Director: Salvador Peiró Moreno.

Esta Tesis Doctoral, en vías de ser defendida públicamente, nos revela los valores de gravedad correspondientes a determinadas patologías y ante unas determinadas circunstancias concurrentes dictándonos la probabilidad de complicación y mortalidad postoperatoria en un hospital de características aproximadas al nuestro. El resultado de esta Tesis nos sirve de referencia para la primera parte de nuestro plan, siendo a su vez los índices que debemos mejorar durante la segunda parte de nuestro plan de calidad.

**Salvador Peiró. Utilidad del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) en Gestión Clínica.** Texto de la ponencia presentada en las Jornadas en las Jornadas "Gestión Clínica. Experiencias e instrumentos", organizadas por la Asociación de Economía de la Salud, Palma de Mallorca, 12 de febrero de 1999.

Este artículo nos ofrece las nociones básicas sobre utilización de datos de la historia clínica como predictores de resultados o monitorizadores del proceso de salud. Insiste en la estrecha relación entre los elementos de la tríada estructura, proceso y resultados, así como su importancia en el ejercicio de medición de calidad. Incidiendo directamente en nuestro tema, advierte que la evaluación de tecnologías o proveedores en función de los resultados se encuentra con el problema de que los resultados se ven también influenciados por las características de los pacientes, esto es, por el riesgo previo. A este riesgo le llamaremos gravedad, concepto debemos identificar como la probabilidad previa (derivada de las características de los pacientes y no de la atención recibida) de obtener el resultado que se quiera medir, mortalidad, complicación, estancia etc. Nuestro trabajo trata precisamente de a través del cálculo de la gravedad del paciente al ingreso y durante el proceso, obtener una probabilidad previa que nos induzca a plantear medidas frente a los posibles resultados negativos, en un sentido amplio, antes de que estos sucedan.

**Brennan TA, Localian AR, Leape LL, et al. Identification of adverse events occurring during hospitalization: a cross-sectional study of litigation, quality assurance, and medical records at two teaching hospitals.** Ann Intern Med 1990; 112: 221-26.

Los autores analizan la importancia del registro de datos que hacen los médicos en relación con la calidad del proceso y la posibilidad de identificar procesos adversos.

**Kritchevsky SB, Simmons BP. Continuous Quality Improvement. Concepts and applications for physician care.** JAMA 1991; 266: 1817-23.

El autor enfatiza el análisis de sistemas de medición de calidad desde sus características y sus problemas, da ejemplos y advierte de los conceptos que pueden ser inmediatamente aplicados a las herramientas de evaluación de la práctica médica.

**Saturnino Hernández PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica.** Rev Calidad asistencial 1998; 13: 437-47.

El autor nos ofrece las bases para enmarcar nuestro proyecto en un sistema de actuación lógico, concreto y científico. El paso previo a gestión de calidad es definir que indicadores se van a monitorizar y cómo van a medirse.



## **6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA:**

<i>Material inventariable</i>	<i>Pesetas</i>	<i>Euros</i>
Ordenador	200.000	1202
<i>Material fungible</i>	<i>Pesetas</i>	<i>Euros</i>
Programas y licencias	90.000	540
<i>Viajes y dietas</i>	<i>Pesetas</i>	<i>Euros</i>
Viajes + alojamientos + dietas	50.000	300
<i>Otros gastos</i>	<i>Pesetas</i>	<i>Euros</i>
Formación	100.000	600
Programación e informatización	200.000	1202
	<u>Toal:</u> 640.000	3844

Adjunto 2 Seguridad 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  
ELABORACION GUIA DE FUNCIONAMIENTO DE UNIDAD  
TRATAMIENTO DE ALTERACIONES EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Fernando Gómez Burgada

Profesión médico-psiquiatra Centro de trabajo Hospital Royo Villanova

Dirección Bº San Gregorio s/n

Localidad Zaragoza Código postal y provincia 50015 ZARAGOZA

Teléfono 976-466910 Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MIGUEL ANGEL QUINTANILLA	PSIQUIATRA	UTCA.
BERTA URROZ	PSICOLOGO	ID.
MARIA PILAR SORO	ATS	ID.

(4)

Anexo 2

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

**3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS**

En la elaboración de la guía se plantea:

Normalización y monitorización

- Normalización manual de funciones
- Procesos de atención al paciente
- Procesos administrativos
- Proceso de derivación de pacientes a H de día.

Patología muy complicada que requiere la coordinación y colaboración de diferentes profesionales, es fundamental establecer flujos adecuados para evitar duplicidades y ofrecer un servicio de calidad, que en el sentido más amplio debe ajustarse a lo siguiente, hacer las cosas en el momento justo, a favor de las personas adecuadas y hacerlas bien la primera vez.

La calidad percibida por los pacientes se podrán medir en términos de accesos rápidos, presencia de patología adecuada, buenas relaciones y administración eficiente.

**3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Mejora en los procesos asistenciales: entrevista, exploración, cumplimentación pruebas complementarias necesarias, interconsultas, etc.

-Mejora en los procesos administrativos y organización orientada al conocimiento de la oferta realizada por la Unidad, mejora en el proceso admisión, citación, derivación.

-Elaboración de una guía de Práctica Clínica actualizada en trastornos de conducta alimentaria.

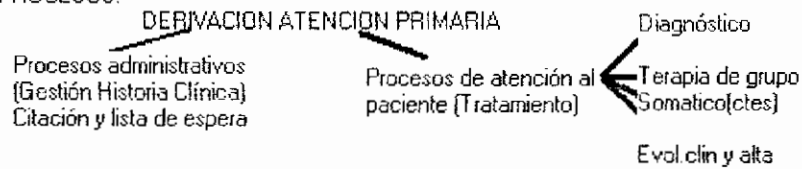
-Establecimiento de cauces de coordinación con otros profesionales, en este caso de otras especialidades, salud mental y Atención primaria.

-Introducción de la Gestión por procesos en la Organización del equipo actualmente existente y criterios diversos de las colaboraciones futuras.

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

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

**PROCESOS:**



ORGANIGRAMA ————— MANUAL DE FUNCIONES

FLUJOGRAMA CON DIFERENTES ANEXOS

MONITORIZACION DE LOS CASOS

**5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA**

PLAN ESTRATEGICO DE INSALUD  
 PROYECTE DE DIRECCIO CLINICA EN ELS HOSPITALS DE I.CSS DOCUMENT  
 MARC  
 GESTIÓN CLINICA:DE LA PRACTICA CLINICA A LA GESTIÓN DE  
 RECURSOS.GRANADA JUNIO 99 (PROCESO ASISTENCIAL)  
 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE CAMBIO EN LA  
 GESTION HOSPITALARIA( REQUISITOS PREVIOS)  
 WHITE DE LA EVIDENCIA AL DESEMPEÑO COMO FIJAR OBJETIVOS Y TOMAR  
 BUENAS DECISIONES.  
 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO CRITERIOS DE  
 ORDENACIÓN DERECURSOS Y ACTIVIDADES MEMORIAS Y CATALOGOS  
 INSALUD.  
 AUTOEVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTAS PSIQUIATRIA  
 ED. SANED 2001.

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 (2001)
---------	--

## CRONOGRAMA

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

- 1-DETECCION DE PROBLEMAS. Concretar (incremento demanda, listas de espera, revisiones, disminución progresiva por presión gerencial T<sup>2</sup> de consulta. (Marzo 2002)
- 2-CONTACTO CON SERVICIOS SIMILARES (Visita equipo UTCA Turón en Barcelona) 1<sup>a</sup> quincena de Abril 2002.
- 3- DISEÑO DE PROGRAMAS DE CALIDAD. ABRIL-MAYO JUNIO 2002
- 4-EVALUACIÓN DE RESULTADOS, ANALISIS Y PROPUESTAS DE PLANES DE MEJORA. ELABORACION DE PROTOCOLOS.
- 5-ELABORACION DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS (ABRIL-MAYO 2002)
- 6-ELABORACION DE BASE DE DATOS DE PACIENTES. SEPTIEMBRE OCTUBRE, NOVIEMBRE 2002.

**5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA**

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

Pesetas  
150.000

PC CONSOLA

901,52

Material fungible

MATERIAL DE PUBLICACIONES.TRIPTICO  
GASTOS DE PAPELERIA. PLANING

100.000.-  
80.000.-

1081,82

Viajes y dietas

DESPLAZAMIENTO A BARCELONA, VIAJE Y DIETAS  
EQUIPO  
GASTOS ADMINISTRATIVA 3 MESES 1/2JORNADA

100.000  
200.000

1803,03

Otros gastos

MATERIAL PARA ACTIVIDADES.  
MUSICOTERAPIA CD CLASICA  
PELICULAS VIDEO VIDEOFORUM

30.000.-  
30.000.-

360,64

**TOTAL PESETAS** 690.000

4146,98