

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2009 Anexo “Buenas Prácticas”

Índice

ANDALUCÍA	5
Acreditación de centros, profesionales y unidades de gestión	5
La estrategia de Seguridad del Paciente en Andalucía	5
Forma Joven.....	6
ARAGÓN	7
Diseño de un proceso que garantice la continuidad de cuidados en niños y adolescentes con Trastorno mental grave	7
ASTURIAS	8
Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias	8
BALEARES	9
Desayuno saludable en casa y el colegio	9
Gestión de patologías crónica en Historia Clínica Electrónica en las Islas Baleares	9
Implantación modelo de calidad en la Dirección General de Farmacia	11
CANARIAS	12
Unidades de Gestión Familiar	12
Retisalud, programa de detección precoz y seguimiento de la retinopatía diabética	12
Proyecto de Mejora del Sistema de Información, como herramienta para facilitar una gestión más eficiente de los recursos, mediante la aplicación de Grupos de Ajuste Clínicos (acg)	13
CANTABRIA	15
Proyecto de Implantación de un sistema electrónico de ayuda a la prescripción de medicamentos por principio activo que proporcione seguridad y eficiencia a la asistencia farmacéutica prestada a la población cántabra.	15
Estrategia de Seguridad en la Atención al Paciente Polimedcado.....	16
Estrategia de Mejora de la Higiene de Manos en Cantabria	16
CASTILLA Y LEÓN	17
Unidad de Día y Consulta de Atención Inmediata (UCAI) para crónicos en Salamanca	17
Seguridad Transfusional	18
Guías de Integración	19
CASTILLA-LA MANCHA	20
Atención integral a una enfermedad rara: Diagnostico, seguimiento y tratamiento integral de las Mastocitosis.....	20
Control de la Anticoagulación Oral.....	22
Implantación del código Ictus.....	22
CATALUÑA	23
Modelo de acreditación de centros hospitalarios de atención aguda de Cataluña	23
Enfermera gestora de casos en la atención oncológica multidisciplinar	24
Equipo de soporte específico de cuidados paliativos infantil.....	25
COMUNIDAD VALENCIANA	27
Continuidad de cuidados en el departamento de salud de Alicante-Hospital General. Innovación en integración asistencial	27
Implantación del “Código Ictus Extrahospitalario” CIE en toda la provincia de Castellón (departamentos de salud de Vinaroz, de Castellón y de la Plana de Villarreal)	28
Tele dermatología en el Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria.....	28
EXTREMADURA	29
Programa “El Ejercicio Te Cuida”	29
Plan Regional de Voluntariado en Cuidados Paliativos de Extremadura (PRVCPEX). Año de inicio del proyecto desarrollado: Junio 2006.	30

Programa del Dolor de Extremadura. Formación y asesoría telefónica a profesionales y educación para la salud del paciente. Proyecto desarrollado: desde 2003	31
GALICIA	31
Genéricos, una apuesta en la que ganamos todos	31
Apertura de la Escuela Gallega de Salud Para Ciudadanos.....	32
Aplicación de un protocolo de parto normal y establecimiento de diversas estrategias para el uso racional de la cesárea	34
MADRID	35
Gestión de riesgos relacionados con el uso de medicamentos	35
Circuito sociosanitario de la atención al paciente con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	36
Laboratorio Clínico Central BRsalud	37
MURCIA	37
Programa de Atención a los Pacientes Polimedicados	37
Programa para la mejora en el uso de los antibióticos	38
Programa Integral de Atención al Ictus 2009-2011	39
NAVARRA	40
Plan de Mejora de Calidad de Atención Primaria de Navarra 2010-2012	40
PAÍS VASCO	41
Atención integral del paciente ambulatorio con patología cardiológica	41
¿Sirven para algo las declaraciones de eventos adversos en la mejora de la seguridad del entorno del paciente crítico?	42
Integración laboral del paciente con trastorno mental grave	42
LA RIOJA	43
Fomento responsabilidad individual en el control de gastos corrientes y protección del medio ambiente.....	43
CEUTA (INGESA)	44
Implantación global de múltiples proyectos TIC integrados para una prestación asistencial más segura, eficaz y confortable para los pacientes.	44
MELILLA (INGESA)	45
Proyecto de Intervención para la Mejora de la Prestación Farmacéutica en Pacientes Crónicos Polimedicados.....	45

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA: ANDALUCÍA
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO: Acreditación de centros, profesionales y unidades de gestión
RESUMEN DEL PROYECTO: <p>La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es una fundación pública encargada de la acreditación que impulse y promueva el Modelo Andaluz de Calidad. Según se define en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, es un “elemento nuclear que facilitará las estrategias de mejora de los centros y situará al Sistema Sanitario Público Andaluz como un sistema que busca la excelencia en la prestación de los servicios”. Están en marcha programas de acreditación de centros y unidades sanitarias, de competencias profesionales, de formación continuada y de páginas web, buscando siempre la excelencia en la atención sanitaria y favoreciendo una cultura de la mejora continua en el Sistema Sanitario Andaluz.</p> <p>En efecto, la consolidación del modelo andaluz de acreditación y, por consiguiente, la expansión de los procesos de acreditación, arrojan unas cifras globales para 2009 de 58 centros y unidades sanitarias que han completado su certificación y 194 en alguna fase del proceso.</p> <p>En el campo de la acreditación de las competencias profesionales, en 2009, 4219 iniciaron el proceso de acreditación y 717 profesionales fueron acreditados. De ellos, 277 completaron su acreditación en nivel avanzado, 295 en nivel experto, y 145 en nivel excelente.</p> <p>Además, 4383 actividades y programas de formación iniciaron su proceso de formación y 2893 se acreditaron. A estos datos hay que añadir la Acreditación de 4 Páginas Web ya han completado su certificación en 2009, y 14 que se encuentran en alguna fase del proceso.</p>

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA: ANDALUCÍA
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO: La estrategia de Seguridad del Paciente en Andalucía
RESUMEN DEL PROYECTO: <p>La estrategia tiene por objeto crear una cultura de seguridad nueva alrededor de la práctica clínica, en el Marco de la Alianza por la Seguridad del Paciente propugnada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y siguiendo las directrices del II Plan de Calidad de la Consejería de Salud. En 2009 se han abordado de manera específica proyectos relacionados con la formación en seguridad, la identificación y reconocimiento de nodos de referencia o centros mentores de buenas prácticas en seguridad y el establecimiento de prácticas seguras en todo el SSPA (Higiene de Manos, Uso seguro de medicamentos, Úlceras por Presión, Identificación quirúrgica, proyecto bacteriemia zero, hemovigilancia, identificación de pacientes ingresados y prevención de caídas).</p> <p>Hay que destacar la creación de una herramienta como el Observatorio de Seguridad del Paciente, adscrito a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Funciona como un banco de buenas prácticas donde las distintas instituciones, los profesionales, exponen sus experiencias e iniciativas innovadoras en este ámbito y de qué manera han</p>

contribuido a mejorar este aspecto de la asistencia. Además, se ponen en común problemas detectados y el modo de solucionarlo, de manera que pueda servir para el resto del SSPA.

A través de este Observatorio se ha configurado además un sistema de notificación, dirigido a profesionales, pacientes y ciudadanos. Este sistema registra eventos adversos que permiten identificar la casuística más frecuente y poner en marcha los correspondientes mecanismos correctores. Supone una importante herramienta para la red asistencial andaluza y es el primero de estas características que existe en lengua castellana, de ahí que la Consejería de Salud prevea que este Observatorio se convierta en referencia y se ponga a disposición del conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de concentrar esfuerzos en esta materia.

De otro lado, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía está reconocida como organización de soporte para la puesta en marcha del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. Este listado se ha adaptado a las necesidades propias del Sistema Sanitario Público de Andalucía y cuenta con un vídeo demostrativo rodado en el centro de simulación (CMAT) de Andalucía, con más de 3.600 visitas en 'Youtube'. Además, se está trabajando en la adaptación del listado para cirugía menor en Atención Primaria.

Junto a la creación del Observatorio para la Seguridad del Paciente, Andalucía ha puesto en marcha la red de centros andaluces que aplican medidas efectivas para la mejora de la higiene de manos, con objeto de reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Esta red de centros está constituida hasta el momento por casi 150 centros y unidades, que persiguen la autoevaluación y reconocimiento de las mejoras en el cumplimiento de la higiene de manos e incentivar esta práctica entre los profesionales.

Además, dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente, la Consejería de Salud está desarrollando un proyecto de ámbito internacional para reducir al mínimo el número de infecciones que se registran en los centros sanitarios y, específicamente, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El proyecto, denominado 'Bacteriemia Zero', está coordinado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc) y supervisado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la participación del Ministerio de Sanidad.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

ANDALUCÍA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Forma Joven

RESUMEN DEL PROYECTO:

Es una apuesta importante por la promoción de salud en la gente joven. Implantada en uno de cada dos institutos de Andalucía, Forma Joven sigue siendo una estrategia innovadora en España y en Europa, de hecho, en estos dos últimos años ha recibido dos menciones de la OMS a las buenas prácticas en el ámbito de la salud mental y la prevención de la violencia entre iguales. Forma Joven es una iniciativa de la Consejería de Salud que nació en 2001 con el objetivo de formar e informar a los jóvenes en distintos ámbitos sensibles para este colectivo con la finalidad de que puedan compaginar la diversión con la adquisición de conductas saludables. Esta iniciativa, desarrollada por las consejerías de Salud y Educación, tiene como objetivo acercar las actividades de promoción de la salud a los espacios más frecuentados por este colectivo, garantizando así un acceso fácil y eficaz a la información

Los jóvenes andaluces a partir de 2009 reciben formación y orientación específica sobre el ámbito de la salud mental. Concretamente un taller de sensibilización sobre esta

materia al objeto de eliminar la estigmatización y discriminación que sufren las personas con enfermedades mentales graves. Esta temática se suma a las de tabaquismo, sexualidad, alcohol y drogas, que se tratan en los puntos Forma Joven, y que buscan, a partir de ahí, promocionar además la salud mental entre los jóvenes andaluces. Con esta filosofía nace el taller 'Lo hablamos', una de las actividades del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2008-2012).

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

ARAGÓN

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Diseño de un proceso que garantice la continuidad de cuidados en niños y adolescentes con Trastorno mental grave

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de intervención de este proyecto es la atención a niños y adolescentes con trastorno mental grave garantizando la continuidad de la asistencia e integrando la atención sanitaria con la atención social y educativa.

El proceso se desarrolla en 3 fases:

1. Colaboración interdepartamental y formación del grupo de trabajo:

- Convenio de colaboración entre las Consejerías de Salud y Consumo y de Educación.
- Identificación de proceso clave: Trastorno Mental Grave en la Infancia y la adolescencia (Comisión Técnica de Salud Mental Infanto-juvenil)
- Apertura de un centro de día de Salud Mental para TMG en infancia y adolescentes.
- Selección de los profesionales que intervendrán en el proyecto y diseño inicial.
- Constitución de la Comisión de evaluación y seguimiento del proyecto. Pilotaje en un área: se establece una demarcación territorial, Zaragoza urbana. Presentación del proyecto de gestión del proceso de TMG a los profesionales de los recursos de salud mental infanto-juvenil. Formación del grupo de trabajo.

2. Puesta en marcha del proceso

- Formación de los equipos de salud mental infanto juvenil en gestión por procesos asistenciales
- Detección e identificación de los pacientes derivados a recursos especializados de salud mental infanto-juvenil, que presenten criterios diagnósticos de trastorno mental grave, en el área delimitada
- Valoración psicológica y socio-familiar de los casos identificados
- Aplicación paulatina de los planes individualizados de tratamiento

3. Evaluación y adaptación del proceso al resto de sectores sanitarios de Aragón

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

ASTURIAS

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de actuación del proyecto abarca a toda la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Este proyecto de selecciona en base a que los cuidados paliativos han de ofrecerse como un elemento indispensable para añadir calidad al final de la vida de los ciudadanos enfermos. Con esta premisa, el Servicio de Salud del Principado de Asturias toma la decisión de elaborar una Estrategia de Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos y afectos de otras patologías crónicas graves, a fin de mejorar y unificar la atención paliativa en estos pacientes.

La elaboración de la Estrategia se realizó en cuatro fases, abarcando distintos objetivos en cada una de ellas: fase 1 preliminar, fase 2 desarrollo y participación, fase 3 síntesis y fase 4 discusión y aprobación.

Una vez finalizadas todas las fases y aprobado el documento, se presenta públicamente la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias en marzo de 2009. La Estrategia consta de siete Líneas Estratégicas que incluyen distintos aspectos: Proceso de atención; Proceso organizativo; Autonomía del paciente; Atención a la familia y al cuidador; Atención al profesional; Formación e Investigación y Sistemas de información. En cada Línea se establecen unos objetivos y dentro de estos unas actuaciones para el despliegue de los mismos.

Como resultados alcanzados en la implementación de la Estrategia durante el año 2009 se encuentran:

Se ha editado el documento Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias. Este documento, que está disponible en la página web institucional www.astursalud.es, hace visibles a los ciudadanos del Principado de Asturias las siete Líneas Estratégicas de actuación.

Se han impartido 21 actividades formativas a lo largo del año 2009, que han supuesto 343 horas relacionadas con la atención paliativa, el dolor, el cáncer y los aspectos de comunicación. Así mismo se han impartido 7 actividades para Médicos Residentes en formación, relacionadas con la atención paliativa, con un total de 80 horas lectivas.

Indicador Clave: Existencia de un documento global sobre la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias.

Resultado: Edición del documento en marzo de 2009

Indicador Clave: Profesionales que han recibido formación básica en Cuidados Paliativos.

Resultado: 410 profesionales de Atención Primaria y Especializada con formación básica en Cuidados Paliativos. A estos profesionales hay que añadir 113 Médicos Residentes también formados en Cuidados Paliativos

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA: BALEARES
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO: Desayuno saludable en casa y el colegio
RESUMEN DEL PROYECTO: Desayuno saludable en casa y en el colegio. El estudio de prevalencia de la obesidad infantil de les Illes revela que el 90% de los estudiantes desayunan antes de ir al colegio pero solo el 39% lo hace de manera adecuada. A la hora del almuerzo y la merienda el consumo de bebidas refrescantes, snacks y bollería industrial es muy elevado. Se ha puesto en marcha un programa para conocer y mejorar los hábitos de los escolares en el desayuno y la merienda. Para ello se ha desarrollado una herramienta on-line en la que el alumno evalúa sus hábitos mediante un cuestionario interactivo muy amigable. Con los resultados obtenidos, tanto a nivel individual como de clase, se realiza una intervención educativa en la que participa el profesor y el centro de salud (CS). Para ello se ha editado material específico. El CS refuerza la intervención con sesiones de educación y promoción de la salud dirigido a familias y profesores con el material editado. El cuestionario on-line permite evaluar al cabo de los meses si los hábitos de los escolares han mejorado tras la intervención. El programa se ofrece a los centros educativos a través de correo electrónico y la página web de la Consejería de Educación. El material está disponible a través de la historia electrónica (e-siap) para que los profesionales de los centros de salud puedan utilizarlo para dar consejos en el marco de la consulta tanto de adultos como de pediatría y en el marco de la “consulta joven”. El ámbito de intervención es el entorno escolar de toda la CCAA. El programa ha sido puesto en marcha en 45 centros escolares y han participado 5429 alumnos. Para mas información: www.berenarsaludable.com

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA: BALEARES
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO: Gestión de patologías crónica en Historia Clínica Electrónica en las Islas Baleares
RESUMEN DEL PROYECTO: Baleares es una comunidad pionera en el uso de las nuevas tecnologías al servicio de la salud. Sus proyectos han sido reconocidos a nivel nacional e internacional. Desde el año 2005 el Servicio de Salud de las Islas Baleares (Ib-Salut) está desarrollando e implantando con éxito el Plan Estratégico de Tecnologías y Sistemas de Información (PESI), que contempla 12 líneas estratégicas que abarcan todos los ámbitos de gestión: servicios asistenciales, sistemas de información económica, de farmacia, de recursos humanos, tecnología, entre otros. Los objetivos alcanzados son conseguir mayor eficiencia y eficacia, garantizar la continuidad asistencial, facilitar el trabajo de los profesionales y alcanzar los mejores niveles de excelencia en la prestación de los servicios asistenciales a unos usuarios cada vez más informados y exigentes con los temas relacionados con su salud. Las nuevas tecnologías constituyen, para el IB-Salut uno de los pilares estratégicos para alcanzar estos objetivos y para contribuir a la indispensable sostenibilidad del sistema sanitario

baleares.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El hospital pionero en Baleares con la HCE fue el Hospital Son Llàtzer. Concebido desde el inicio como “hospital sin papeles” se inauguró en 2001 con la HCE implantada en todos sus servicios hospitalarios.

La apuesta por este modelo se ha mantenido en el diseño del resto de nuevos hospitales del IB-Salut, Hospital Comarcal de Inca (2006), Hospital Mateu Orfila (2006), Hospital de Formentera (2006) y en un futuro los nuevos hospitales de Son Espases y Can Misses. Para el resto de hospitales de la Comunidad, el IB-Salut los ha dotado de la nueva HCE, consiguiendo el objetivo de que la HCE sea una realidad en todos los centros hospitalarios.

ATENCIÓN PRIMARIA

En 2003 se inició el proceso de informatización de toda la Atención Primaria que terminó en junio del 2005 con el 100% de los centros de salud y unidades básicas trabajando sobre la misma HCE.

Durante estos años de evolución, la HCE se ha implantado en el servicio de Inspección Médica, en todas las unidades de soporte (unidades de Atención a la Mujer, unidades de Salud Mental, unidades de Salud Buco Dental y unidades de Tratamiento Fisioterápico), en los centros de Atención a Drogodependientes, y en los servicios de urgencias, tanto de Atención Primaria (PACs y SUAPs), como de los hospitales y el servicio de Atención Médica Urgente 061. Actualmente existen unos 6.000 profesionales dados de alta en el sistema, con más un millón de historias abiertas.

El último gran hito ha sido la incorporación de las prescripciones a la HCE. La Receta Electrónica ha supuesto una mejora importante tanto en la prescripción asistida, como en el control del tratamiento, crónicos o agudos, además del seguimiento de la dispensación en cualquier oficina de farmacia.

HISTORIA DE SALUD

Un vez que los núcleos de actividad asistencial tienen disponible Sistemas de Información que permiten a los profesionales gestionar la HCE de forma local, el IB-Salut inició, en 2005, el desarrollo de una de las líneas del Plan Estratégico con una doble misión: unificar las HCE de todos los ámbitos para lograr un Registro de Salud Electrónico (EHR) que recopile toda la información médica generada a lo largo de la vida del paciente y construir nuevas herramientas sobre este sistema integrado, por ejemplo la Gestión de Patologías, las Guías Clínicas, el Gestor de Peticiones Corporativo y la Prescripción Universal.

Los profesionales sanitarios, tiene la capacidad de consultar el EHR y solicitar información de diferentes sistemas en un portal corporativo independiente del nivel de asistencia a través del cual están accediendo. Este acceso se extenderá a los ciudadanos y a profesionales sanitarios de otras Comunidades Autónomas a través del sistema unificado del SNS. En la actualidad se está pilotando junto con Valencia.

Gestión de patologías crónicas.

En 2009 se ha desarrollado la elaboración del proceso de gestión de patologías a través de la herramienta de Historia de Salud digital. Esta herramienta pretende gestionar, a través de los datos clínicos incorporados de las distintas historias clínicas locales de los centros asistenciales de AP y de Hospitales a Historia de salud, el proceso EPOC de una forma integral en el sistema. Definir las actuaciones de cada profesional conforme a los datos clínicos del paciente e incorporar las pautas de actuación adecuadas definidas a través de una Guía de actuación integrada.

En 2009 se elaboró la Guía y la herramienta que iniciará su aplicación en 2010.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

BALEARES

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Implantación modelo de calidad en la Dirección General de Farmacia

RESUMEN DEL PROYECTO:

En el año 2005, la Dirección General de Farmacia introdujo en su organización un modo de gestión basado en el modelo europeo de excelencia (EFQM). Ello conllevó establecer sus procesos y procedimientos normalizados de trabajo para poder mediante indicadores medir y trabajar para la mejora y la calidad en la organización. Posteriormente, en el 2006 editó una carta de servicios y la distribuyó entre sus grupos de interés, presentó una Memoria para presentarse al Premio Balear de excelencia de gestión, y como consecuencia del plan de calidad desarrollado se incluyó en el Catalogo de empresas excelentes 2006-2007 del Instituto de innovación Empresarial de las Illes Balears y finalmente ganó el Premio Bronce del “Premio Balear de Excelencia en la Gestión edición 2007”.

El modelo EFQM valora, respecto a una organización, empresa o administración:

- Sus mecanismos internos: desarrollo e implicación de las personas.
- Capacidad de liderazgo.
- Las estrategias establecidas.
- La atención al cliente.
- La promoción externa.
- Los compromisos que adquiere con la sociedad.
- La orientación hacia los resultados.

La Dirección General de Farmacia llevó a término una importante labor de organización y reestructuración interna, elaborando y desarrollando el mapa de procesos y además implantó una metodología de Planificación Estratégica:

- Desarrolló estudios de satisfacción de clima laboral.
- Creó fichas y procedimientos normalizados de trabajo de los procesos.
- La medición de indicadores de rendimiento.
- El desarrollo de la aplicación informática que permita normalizar y racionalizar la información de las diferentes bases de datos.

En el año 2008-2009, volvió a redefinir, evaluar los indicadores de algunos de los procesos establecidos en la dirección general de Farmacia, implantó nuevas acciones de mejora:

- Desarrolló una encuesta de percepción a todos los grupos de interés de la Dirección General de Farmacia.
- Volvió a desarrollar una encuesta de clima laboral a todo el personal de la Dirección General de Farmacia.

Y nuevamente se evaluó frente al modelo EFQM mediante una nueva auditoría. Obteniendo como resultado una puntuación de 353, mejorando a la obtenida en el año 2006.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA: CANARIAS
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO: Unidades de Gestión Familiar
RESUMEN DEL PROYECTO: <p>En ámbito de intervención son las 16 Zonas Básicas de Salud de Gran Canaria. Aunque el 64% de las consultas son concertables, al ser generadas por el propio equipo, sólo se concertan el 5%, lo que significa que el control de la cita corresponde al usuario. De estas segundas citas el 35% son de carácter administrativo. Con la idea de “Hacer las cosas diferentes para obtener resultados diferentes” se plantea crear una nueva forma de organización, a la que llamamos Unidad de Gestión Familiar (UGF).</p> <p>Se crea un grupo de trabajo interprofesional con el objetivo de desarrollar la creación de las UGF, que definimos como unidades funcionales integradas por un profesional administrativo, dos enfermeros y dos médicos de familia, que actúan de forma interdependiente y coordinada entre ellos. Su función principal es la gestión integral y racional de todos aquellos procesos que afecten a los usuarios asignados. Se seleccionan 16 centros de salud para la puesta en marcha de este proyecto que se pone en marcha el 1 marzo del 2008.</p> <p>Se ha realizado una monitorización a 30 de septiembre 2009 donde mejoran todos los objetivos e indicadores planteados. El modelo UGF es vivido por los profesionales como algo positivo. El administrativo se ha identificado con su nuevo rol, participa en la atención y resolución de las actividades administrativas que se desprenden de la atención a los usuarios, gestiona las agendas de los profesionales y es el punto de coordinación entre ellos y entre ellos y los usuarios.</p> <p>Se ha realizado a través de los siguientes indicadores: Presión asistencial, frecuentación, adecuación de agendas, citas forzadas, días de espera, tasa de utilización, % de citas en las que el paciente acude en el mismo día a más de un servicio del centro, cuantificación de las actividades de los administrativos, encuesta de satisfacción de los profesionales, entrevistas personales con todos los miembros de las UGF.</p>

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA: CANARIAS
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO: Retisalud, programa de detección precoz y seguimiento de la retinopatía diabética
RESUMEN DEL PROYECTO: <p>El programa de detección precoz y seguimiento de Retinopatía Diabética, dirigido a la población con Diabetes de Canarias, tiene por objetivo anticipar el tratamiento y disminuir la incidencia de ceguera. Además de mejorar el acceso a la prueba y la adecuación de las derivaciones.</p> <p>Entre sus ventajas tiene que incorpora la Telemedicina a la práctica clínica habitual, la actividad de cribado la realizan los médicos de Atención Primaria (AP) y promueve la coordinación de AP y Atención Especializada (AE).</p> <p>Tras el estudio y análisis de la situación de partida, se procedió a rediseñar el proceso asistencial consistente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de la imagen (fondo de ojo) en su Centro de Salud (CS) o en uno próximo.

- Valoración diagnóstica por médico de familia y por el oftalmólogo la imágenes consideradas como dudosas/patológicas por el médico de familia.
- Citación en consulta Oftalmología si fuera preciso.

Para ello se diseñó una aplicación informática específica que vincula la imagen a la Historia electrónica y permite seguimiento el proceso asistencial.

Se instalaron retinógrafos no midriáticos, para captura de imágenes, de forma progresiva en Zonas Básicas de Salud priorizando: prevalencia patología, lejanía AE y disponibilidad de infraestructura. Asimismo. Se formaron a los médicos y a enfermería de AP.

Resultados alcanzados:

Tras 4 años, el programa está implantado en las 7 Áreas de Salud. La prueba se realiza en 36 CS y a ella tiene acceso el 76,5% de los diabéticos en seguimiento en AP.

El 79% de los profesionales de medicina de familia está formado en “lectura de FO”

En 2009, se realizó FO a 22.225 pacientes (22 % de la población con acceso al programa) y se detecto retinopatía diabética en 9% de los pacientes diagnosticados (10% severa, 2% muy severa, y 2% proliferativa).

Resolutividad: el 61% de los casos se resuelven en AP, en el 65% de las imágenes derivadas a oftalmología no precisan consulta en oftalmología; evitando desplazamientos innecesarios.

Otros aspectos valorados positivamente:

- Se evitan duplicidades, las imágenes son compartidas por AP y AE
- Mejora seguimiento del paciente al disponer de archivo de imágenes
- Se acorta el tiempo de espera desde que solicita la prueba hasta que es valorada.
- Se prioriza la citación del paciente según gravedad de la patología detectada
- Formación continuada.- al recibir feed-back el médico de familia del oftalmólogo

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CANARIAS

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Proyecto de Mejora del Sistema de Información, como herramienta para facilitar una gestión más eficiente de los recursos, mediante la aplicación de Grupos de Ajuste Clínicos (acg)

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de intervención es la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife.

El objetivo es el de incorporar el conocimiento sobre la carga de enfermedad en Atención Primaria, basada en la comorbilidad por paciente, como elemento facilitador para mejorar la organización de los servicios, la asignación de recursos y la gestión clínica.

Este proyecto se basa en la realización de una estimación y análisis de la utilización de los recursos en las Zonas de Salud dependientes de esta Gerencia mediante la aplicación de la metodología de los ACG y de la asignación teórica de los recursos necesarios para su cobertura, comparando éstos con los existentes.

Estudio observacional transversal, circunscrito a la población adscrita a Medicina de Familia. La clasificación de los episodios se realiza a través de los diagnósticos clasificados según CIE-9-MC. Además de las medidas que proporcionan los ACG (versión 7.1), se utilizan: el Índice de Casuística, para su obtención inicialmente se obtiene el peso relativo por categoría de ACG, mediante el cociente entre el coste medio por categoría y el coste medio de todos los usuarios en estudio. El Índice de Casuística para cada ZBS se obtiene, mediante el cociente entre el sumatorio del peso de cada ACG

multiplicado por el número de usuarios incluidos en el mismo, y el total de usuarios de la ZBS.

Para valorar la capacidad explicativa de los ACG sobre la utilización de recursos se realiza una regresión lineal simple entre el peso del ACG por paciente como variable predictora y el número de visitas por paciente, coste de la prescripción, derivaciones a segundo nivel y solicitud de pruebas de laboratorio. Para la valoración de la capacidad explicativa conjunta de la edad y sexo como variables predictoras sobre la utilización de recursos se utiliza una regresión lineal multivariante.

A fin de conocer como se distribuye la utilización de recursos ajustada por casuística, se utiliza el Índice de Eficiencia¹⁴ como la razón estandarizada que se obtiene mediante la aplicación del método indirecto de estandarización de tasas, considerando como estándar de visitas, coste de la prescripción, derivaciones a segundo nivel y solicitud de pruebas de laboratorio por ACG, al obtenido por la media de las cinco ZBS en estudio.

Para analizar la relación de la morbilidad identificada por el Software ACG con la Cartera de Servicios, se valoró la inclusión del paciente en los Servicios de Hipertensión, Diabetes, EPOC, Obesidad, Dislipemia y Enfermedad Cardiovascular y la asignación al mismo de ADG Mayores. El análisis estadístico se realizó mediante el aplicativo SPSS para Windows.

Se dispone datos que han sido publicados (Semergen.2010;36(3):128–134) y que ponen de manifiesto la necesidad de seguir avanzando en esta línea de conocimiento. En relación a los resultados y a obtenidos entendemos que el análisis de la morbilidad en AP nos puede ayudar en la planificación y gestión de los servicios en aspectos como: la racionalización y equidad, con respecto a la distribución y asignación de recursos, promover mejoras en eficiencia y valorar su impacto, mejorar la elaboración de objetivos e instrumentos de gestión como la Cartera de Servicios y avanzar el propósito de incentivación vinculado a componentes variables de la retribución.

En estos momentos se está en la fase de diseño de un estudio orientado de forma específica a aportar conocimiento para mejorar la calidad y eficiencia de la prescripción farmacéutica.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CANTABRIA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Proyecto de Implantación de un sistema electrónico de ayuda a la prescripción de medicamentos por principio activo que proporcione seguridad y eficiencia a la asistencia farmacéutica prestada a la población cántabra.

RESUMEN DEL PROYECTO:

La factura farmacéutica supone el 25% del gasto sanitario y en Cantabria se incrementa por encima de la media del SNS. La prescripción por principio activo racionaliza el gasto porque las recetas prescritas por principio activo se facturan al precio menor del conjunto de marcas comerciales evitando además las duplicidades terapéuticas.

Área a mejorar: La utilización de recursos destinados a Farmacia.

Nivel asistencial: Atención Primaria.

El desafío actual del sistema sanitario es asegurar la calidad de la prestación farmacéutica en todo el SNS en un marco descentralizado en servicios autonómicos de salud que sean capaces de impulsar el uso racional de los medicamentos. Dado que la vía de acceso principal a los medicamentos es la receta médica, toda intervención encaminada a la mejora debe actuar sobre el proceso de prescripción de los medicamentos en receta.

Fases de la implantación:

0. Incorporación del “facilitador” a las actuaciones de la dirección.
1. Análisis funcional, diseño y desarrollo de la herramienta.
2. Adquisición de la versión 6.9. de OMI-Ap.
3. Instalación de la versión 6.9. de OMI-Ap.
4. Información y formación a profesionales.
5. Implementación de la nueva prescripción.
6. Monitorización de indicadores.

Enero 2009- Septiembre 2009

Objetivos logrados con la buena práctica

- Facilitador operativo en todos los centros de salud.
- Incremento de la prescripción por principio en 2009: 48.65%.

Los resultados se midieron los resultados con los siguientes indicadores clave:

- Indicador de proceso: grado de ejecución = 100% (resultado intermedio).
- Indicadores de resultado: indicadores cuantitativos y de calidad de prescripción (resultado final de eficiencia)
 - Prescripción por principio activo en Diciembre 2009 = 47.33%.
 - Crecimiento del Gasto medio por receta 2009 = 0.38%

Las recetas por principio activo respecto a enero de 2009 se han incrementado, el crecimiento del gasto farmacéutico se ha estabilizado y el gasto medio por receta se está reduciendo.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA: CANTABRIA
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO: Estrategia de Seguridad en la Atención al Paciente Polimedicado
RESUMEN DEL PROYECTO: <p>El ámbito de intervención son los pacientes mayores de 74 años que acuden a consultas de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria.</p> <p>Analizados nuestros datos demográficos y el consumo de medicamentos por rangos de edad sabemos que a partir de los 74 años el porcentaje de población con tratamiento frente a la no tratada es mayor y que además toman una media de 6,4 medicamentos distintos por paciente.</p> <p>Todo esto nos conduce a la necesidad de prevenir los riesgos asociados al empleo de medicamentos en estos pacientes.</p> <p>Métodos y actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la media de medicamentos que reciben los pacientes mayores de 74 años tratados en A.P. • Revisión de los tratamientos y del botiquín doméstico por el equipo de A.P. • Educación sanitaria a la población anciana de Cantabria. <p>Resultados alcanzados :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A fecha de Enero de 2010 se han realizado 1530 revisiones de tratamiento en ancianos que tomaban 10 o más medicamentos distintos y se han revisado 1047 botiquines. • Durante el 1º trimestre de 2010 se ha realizado la distribución de carteles informativos. • El primer impacto de este programa sobre la disminución de la media de medicamentos que reciben los pacientes \geq 75 años tratados en Cantabria y los primeros resultados en salud se esperan alcanzar en el 1º trimestre del 2011. <p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nº de pacientes \geq 75 años crónicos polimedicados revisados al año por cada equipo de atención primaria. Estándar: \geq 10 • Nº de botiquines de pacientes \geq 75 años crónicos polimedicados revisados al año por enfermería en visita domiciliaria. Estándar: \geq 5 • Nº de Centros de Salud y Consultorios de Atención Primaria que exponen cartelera con difusión del Mensaje: “Más medicamentos no es siempre más salud”. Estándar: 100%

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA: CANTABRIA
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO: Estrategia de Mejora de la Higiene de Manos en Cantabria
RESUMEN DEL PROYECTO: <p>El ámbito de intervención son los Servicios Sanitarios Públicos de la Comunidad Autónoma de Cantabria</p>

Está demostrada la importancia de la transmisión de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria a través de las manos de los profesionales. Sin embargo se ha visto que la adherencia de los mismos a esta práctica no supera el 40% de las oportunidades.

El desarrollo del programa de formación incluyó:

- talleres teórico prácticos
- elaboración y difusión de trípticos
- cartelera sobre la técnica de higiene de manos
- elaboración de una guía.
- Disponibilidad de soluciones hidroalcoholicas en el entorno del paciente.

Resultados alcanzados:

- Incremento de un 6% en la adhesión al lavado de manos de nuestros profesionales.
- Mayor incremento de la adhesión al lavado de manos entre los profesionales de enfermería que ha sido el colectivo con mayor porcentaje de formación.
- La higiene de manos ha aumentado de forma significativa en aquellas unidades en las que al menos un 25% de los profesionales habían recibido formación teórico práctica.

Evaluación:

- Estudio Transversal mediante encuestas a los profesionales
- Estudio Observacional desarrollado en unidades asistenciales abiertas.
- Evaluación de la formación a través del nº de talleres (229) y profesionales formados (51%).
- Evaluación de la tendencia del consumo de solución hidroalcohólicas a través del nº de litros por gerencia y año.
- Evaluación de la jornada Mundial de la higiene de manos, a través del nº de personas que acudían a las 13 mesas informativas de las distintas gerencias del SCS.
- Evaluación de la encuesta de conocimientos sobre higiene de manos realizada a enfermos y familiares.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CASTILLA Y LEÓN

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Unidad de Día y Consulta de Atención Inmediata (UCAI) para crónicos en Salamanca

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de intervención es el Área de Salud de Salamanca (342.907 habitantes).

El cambio del patrón de morbilidad prevalente, centrado en patologías crónicas, junto con el progresivo envejecimiento de la población hacen necesario introducir nuevos modelos para la atención a enfermos crónicos y pluripatológicos.

El Complejo Asistencial de Salamanca puso en marcha en 2008 una Unidad de Día y Consulta de Atención Inmediata (UCAI), adscrita al Servicio de Medicina Interna, con una dotación de 3 facultativos de medicina interna, 2 enfermeras y personal no sanitario. Dispone de una sala con 3 puestos de tratamiento y dos consultorios, y funciona en horario de mañana de lunes a viernes.

Su propósito central es el de proporcionar atención continuada, rápida y de calidad a pacientes pluripatológicos y ancianos frágiles, evitando el ingreso hospitalario.

El método de trabajo se basa en la coordinación entre el equipo hospitalario, los equipos de atención primaria y el servicio de urgencias, que incluye:

- Sistema de coordinación inmediata con AP para facilitar la atención a pacientes que requieren un pronto diagnóstico o tratamiento.
- Conexión con el servicio de urgencias para atención a los pacientes que lo requieran, pudiendo evitar su ingreso.
- Espacio para exploraciones y tratamientos especiales en pacientes que no requieran ingreso.
- Circuito ágil para realización de pruebas complementarias.

La UCAI lleva a cabo las siguientes actividades:

- Consulta de atención inmediata de pacientes derivados desde AP, procedentes de 5 centros de salud, con consultas protocolizadas y no protocolizadas.
- Consulta de apoyo al servicio de urgencias (síndrome constitucional, lesiones ocupantes de espacio, s. febril prolongado, neumonía, etc.)
- Atención a enfermos pluripatológicos y multifrecuentadores.
- Terapias y exploraciones especiales.
- Otras actividades: docencia, interconsultas con AP e investigación.

En el primer año de funcionamiento la UCAI atendió a 670 pacientes (53% mujeres), que precisaron 1.974 consultas médicas y 2.704 de enfermería. La demora desde el contacto inicial a la primera consulta fue de 2,42 días. El destino de los pacientes tras alta en la UCAI fue: seguimiento en atención primaria (60%); consultas externas hospitalarias (19,6%); cirugía (7,5%); y sólo un 6,7% requirió ingreso hospitalario tras su valoración en la UCAI.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CASTILLA Y LEÓN

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Seguridad Transfusional

RESUMEN DEL PROYECTO:

En el Complejo Asistencial de Ávila (como hospital piloto cuya experiencia se irá implantado en el resto de hospitales) se está desarrollando un sistema de seguridad transfusional integrado en la historia clínica electrónica ("JIMENA"), que utiliza terminales PDA con lector láser e infraestructura WIFI, basado en códigos de barras: pulseras del paciente, impresoras de códigos para los tubos, unidades de transfusión codificadas mediante código de barras ISBT128. En este sistema se realiza una triple verificación: en la extracción de muestras, en el laboratorio del Servicio de Transfusión y en el acto transfusional en la cabecera del paciente.

El ámbito de intervención es el Complejo Asistencial de Ávila.

El objetivo que persigue la aplicación es proporcionar un sistema que permita, en el mismo momento del suministro de un producto médico o fármaco a un paciente, verificar que el receptor es efectivamente quien debe ser (el paciente correcto), que el producto a utilizar es sin duda el que está prescrito y validado, así como el momento de administración y cantidades las cuales deben ajustarse estrictamente a lo pautado.

Recursos:

- Los sistemas de información del Hospital. En ellos se encuentra la información de los pacientes, de los productos y las peticiones de suministro de dichos productos a los pacientes correspondientes. En ellos tenemos por lo tanto los datos necesarios para verificar que del suministro a realizar es el correcto.
- Identificación unívoca del paciente y producto. Debe haber un sistema de identificación que permita distinguir tanto a pacientes como productos de manera única y sin errores, de manera que se permita constatar las identidades reales con los datos que haya en el sistema. También debe constatar la petición de suministro de manera que podrá confirmarse la operación que se va a realizar.
- Dispositivo móvil identificador. Puesto que la verificación debe realizarse en el momento y lugar del suministro, se debe disponer de un dispositivo móvil que permita por un lado acceder a los datos de los sistemas de información y por otro debe ofrecer un sistema para realizar de manera automática la identificación de pacientes y productos.

Resultados alcanzados :

- Ávila desde enero de 2009
- Peticiones realizadas con el sistema: 549
- Informes de transfusión: 3908
- Validaciones realizadas con las PDA: 1633
- Transfusiones validadas completamente (todas las validaciones satisfactorias y realizadas): 220

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CASTILLA Y LEON

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Guías de Integración

RESUMEN DEL PROYECTO:

Dentro del compromiso de ofrecer la mejor atención sanitaria al ciudadano, la Gerencia Regional ha planteado como medio la historia clínica electrónica, ofreciendo al profesional clínico toda la información de los contactos del paciente con el sistema sanitario, óptimamente organizados, de forma que se maximice la calidad de atención ofrecida. Para ello, es obligatorio integrar los diferentes sistemas de información, objetivo del presente proyecto.

Estos documentos representan una especificación técnica para la integración que cubre aspectos de conectividad, funcionales (workflow y eventos notificados), así como modelos de información y semánticos (codificaciones usadas). Estas guías son un documento vivo que permite aglutinar el conocimiento que surge de las experiencias durante las diversas fases de implantación y de uso de las mismas. En su desarrollo participan sociedades científicas, empresas líderes del sector y profesionales de la Comunidad. Para garantizar el carácter universal del trabajo se ha involucrado HL7spain cuyo comité técnico ha elaborado dictamen favorable respecto su adecuación en lo referente al uso del estándar.

Inicialmente se comenzó con seis ámbitos de actividad asistencial: pacientes, citas/programaciones, laboratorios, imagen médica, banco de sangre y dietas. Dado el éxito de la iniciativa, estos ámbitos han aumentado, incluyendo lista de espera, farmacia intra-hospitalaria, receta electrónica, pruebas escópicas, cuidados de enfermería, maestro de pacientes, atención primaria e informes clínicos.

Las guías se aplican a todos los sistemas de información sanitarios de la gerencia,

cubriendo todos los centros hospitalarios, gerencias de atención primaria y servicios centrales.

El objetivo que persigue la aplicación es proporcionar un sistema que permita, en el mismo momento del suministro de un producto médico o fármaco a un paciente, verificar que el receptor es efectivamente quien debe ser (el paciente correcto), que el producto a utilizar es sin duda el que está prescrito y validado, así como el momento de administración y cantidades las cuales deben ajustarse estrictamente a lo pautado.

El proceso de elaboración de una guía pasa por los siguientes estadios:

- **Análisis del ámbito:** la oficina de integración de la Gerencia, consulta con los diferentes actores involucrados en el proceso (proveedores, clínicos, servicios de informática...), analizando qué objetivos básicos se buscan en la integración y qué soluciones similares se han usado en proyectos similares.
- **Análisis del modelo estándar de integración.** En esta fase, se consultan los diferentes organismos de estandarización (ISO, AENOR, IHE, HL7) y experiencias publicadas similares.
- **Planteamiento de la solución:** se define un borrador de la nueva guía, buscando siempre soluciones que no supongan un coste extraordinario o que generen instalaciones atípicas, pero siempre dentro de los límites de garantía establecidos. El borrador se consulta con los implantadores y se define una guía final.
- **Mantenimiento y revisión.** A medida que los proyectos avanzan en su implantación, suelen surgir objetivos y funcionalidades nuevas inicialmente no previstas. Para cubrirlas, se comienza el proceso de nuevo.

El uso de las guías de integración ha posibilitado que todos los procesos de integración puedan ser canalizados a través de una única vía, organizando la resolución de incidencias y acelerando todos los procesos de implantación. Las guías han sido aplicadas en todos los ámbitos, en todos los centros de atención, y todo nuevo sistema de información se revisa la funcionalidad con las mismas antes de su puesta en marcha, lo cual es el mejor reflejo que es una especificación válida.

Todo nuevo sistema de información pasa un proceso de certificación que asegura el cumplimiento estricto de las guías. Para la gestión de la mensajería entre sistemas, se ha instalado un motor de integración operativo en 13 de los 14 centros hospitalarios, que mueven más de 2 millones de mensajes mensuales.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CASTILLA-LA MANCHA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Atención integral a una enfermedad rara: Diagnóstico, seguimiento y tratamiento integral de las Mastocitosis

RESUMEN DEL PROYECTO:

Las mastocitosis son enfermedades poco frecuentes en las que el acceso a los cuidados de salud es más difícil pues, al igual que ocurre con otras enfermedades raras, su baja prevalencia hace que sean menos conocidas por los profesionales lo que dificulta no sólo el diagnóstico, sino también su tratamiento y rehabilitación.

Con la finalidad de garantizar la prestación de una atención médica integral, eficiente y de calidad en el tratamiento, estudio e investigación de la mastocitosis y otras patologías relacionadas, en el año 2009 se creó el Instituto de Estudios de Mastocitosis de Castilla-La Mancha mediante resolución de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha de 12/05/2009 ([DOCM nº 94 de 19 de mayo](#)).

Este Instituto se constituyó, aprovechando el alto grado de especialización del Centro de

Estudios de Mastocitosis ubicado en el Complejo Hospitalario de Toledo y con él se pretende trasladar al ámbito asistencial e investigador las nuevas iniciativas de gestión, de forma que los profesionales puedan implicarse en la gestión para mejorar la atención integral y específica del enfermo con mastocitosis. Actuará como unidad de referencia para todos los centros, servicios y establecimientos del SESCAM, sin perjuicio de la posibilidad de su acreditación como Unidad de Referencia del Sistema Nacional de Salud según lo previsto en el Real Decreto 1.302/2006, de 10 de noviembre.

Recursos: actualmente el Instituto cuenta con los siguientes recursos humanos: 2 Hematólogos, 1 Inmunóloga, 1 Alergóloga, 1 Biólogo, 1 Enfermera, 2 Técnicos de Laboratorio, 2 Secretarios, 1 plaza de Intensificación de la Investigación del IS Carlos III, 1 Biólogo contratado con cargo a un Proyecto de FISCAM.

Está ubicado en Hospital Virgen del Valle (Complejo Hospitalario de Toledo) y atiende a pacientes de cualquier Comunidad Autónoma y de otros países.

Criterios de calidad

- Cuestionarios de satisfacción
- Evaluación de la respuesta al tratamiento
- Evaluación del pronóstico en relación con otros grupos implicados en esta enfermedad
- Número, impacto total e impacto medio de las publicaciones
- Conferencias invitadas y simposios

Fortalezas, factores que facilitaron que la experiencia fuese un éxito:

- La experiencia previa acumulada a lo largo de 25 años en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid
- El apoyo de la Asociación Española de pacientes con Mastocitosis
- La creación del Instituto de Mastocitosis
- La creación de la Red Española de Mastocitosis en el año 1994 con el Servicio de Citometría (Prof. Alberto Orfao) del CIC, Universidad de Salamanca
- Ser un grupo multidisciplinario
- Colaborar con los Servicios de Anatomía Patológica, Pediatría, Alergia, Medicina Interna y Cuidados Intensivos de Hospital Virgen de la Salud de Toledo
- Desarrollar proyectos de investigación con Departamentos de prestigio de otros países
- Programa de formación que los profesionales han venido desarrollando desde hace 20 años con múltiples Servicios de Alergología y Dermatología de España

El aspecto más importante es el número de pacientes controlados: en el Instituto están registrados un total de 1.350 adultos y 750 niños. Actualmente se presta asistencia alrededor de 150 adultos nuevos por año y 75 niños, con un volumen de revisiones próximo a mil por año. Este volumen de pacientes permite realizar estudios prospectivos diagnósticos o terapéuticos en un espacio de tiempo muy corto y con un número elevado de casos.

Debilidades, riesgos, problemas y desafíos que se encontraron y medidas que se tomaron para solucionarlos: el mayor problema fue dar a conocer la iniciativa y la solución se logró a través de reuniones de los profesionales con otros colegas de distintas especialidades y con la colaboración de la Asociación Española de pacientes con Mastocitosis cuya página web fue el mejor mecanismo de información (www.aedm.org)

Cuestiones no resueltas en las que se continúa trabajando: el reconocimiento como Centro de Referencia del SNS para facilitar el acceso de los pacientes de otras CCAA

Condiciones para una replicación exitosa: el sistema de trabajo puede ser aplicado a cualquier especialidad médica; la incorporación de las consultas por teléfono y por e-mail supone un avance y evitan visitas innecesarias a hospitales o centros de salud. Los

pacientes se sienten tranquilos al saber que pueden llamar o escribir a cualquier hora del día. También disponen en Internet de un “[Cuaderno de información para el paciente](#)” en el que figuran las direcciones y teléfonos de contacto.

Lecciones aprendidas, recomendaciones para su extensión: los centros de referencia para enfermedades raras suponen una de las mayores aportaciones para asegurar el mejor acceso a la salud de los pacientes; asimismo, aseguran la mejor calidad de vida posible y permiten el desarrollo de proyectos de investigación aplicada.

Este modelo de organización es perfectamente aplicable para grupos de enfermedades raras.

[Resumen de la Memoria Científica del Instituto de Mastocitosis.](#)

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CASTILLA-LA MANCHA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Control de la Anticoagulación Oral

RESUMEN DEL PROYECTO:

La Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, a través del Servicio de Salud (SESCAM), implantó en su Cartera de Servicios el sistema de control capilar de los tiempos de protrombina (INR) por punción capilar en todos los centros de salud y hospitales de la comunidad autónoma, utilizando como soporte de comunicación único la aplicación informática TAOCAM. Esta implantación contempló cuatro aspectos importantes:

- Mejorar la accesibilidad al ciudadano.
- Evitar venopunciones innecesarias.
- La coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- El consiguiente beneficio y ahorro - en cuanto a reducción de costes en la realización de los controles capilares mediante coagulómetros y tiras reactivas - respecto al método hasta ahora utilizado.

Dicha implantación ha implicado la distribución en cada uno de los 198 centros de salud y los 14 hospitales de la comunidad con servicio de Hematología, de los correspondientes soportes informáticos así como los aparatos medidores y tubos de tiras.

En 2009 figuraban incluidos en el programa más de 35.000 pacientes activos (aquellos que han tenido un control en los últimos 90 días), lo que supone el 1,77% de la población de Castilla-La Mancha, siendo gestionados más de 33.000 pacientes directamente por Atención Primaria, y 2.000 pacientes desde los servicios de hematología.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CASTILLA-LA MANCHA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Implantación del código Ictus

RESUMEN DEL PROYECTO:

Desde principios de 2009 se empezó a trabajar en la puesta en marcha del código ictus, constituyéndose un comité clínico compuesto por los representantes de neurología de todos los hospitales del SESCAM y representantes de la Gerencia de Urgencias y Emergencias. De dicho comité salió el protocolo de activación del código ictus que

garantiza la derivación de dichos pacientes en un tiempo inferior al establecido por procedimiento a un hospital donde se realice la fibrinólisis.

El protocolo lleva en funcionamiento desde el primer trimestre de 2009, con unidades de ictus funcionales en Albacete, Toledo, Ciudad Real, Alcázar de San Juan, Guadalajara y Cuenca (siendo ésta de reciente incorporación). El comité clínico mantendrá revisiones de dicho procedimiento aplicando las modificaciones que la evidencia científica vaya determinando. Asimismo llevará a cabo un control del número de casos atendidos y del cumplimiento de dicho protocolo, realizando estudio de aquellas incidencias que se detecten.

Desde la Gerencia de Urgencias y Emergencias se ha llevado a cabo una labor de difusión del procedimiento del código ictus en atención primaria y en sus propias unidades. Los servicios de Neurología han llevado a cabo una labor similar entre los profesionales de la urgencia hospitalaria, estableciendo circuitos de actuación interna que garanticen la política de tiempos.

El futuro pasa por campañas de divulgación entre la población que faciliten la detección precoz y el acceso a los servicios sanitarios en el menos tiempo posible.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CATALUÑA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Modelo de acreditación de centros hospitalarios de atención aguda de Cataluña

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de intervención es toda la comunidad autónoma, área de salud, zona básica de salud, comarca, hospital, ...

Se utiliza la acreditación como elemento estratégico que incide directamente en la mejora continua de la calidad de las instituciones sanitarias.

En enero 2006 se inicia un modelo de acreditación (autoevaluación, auditoría externa y evaluación por parte de comité de expertos) adaptado a las tendencias innovadoras de gestión de la calidad a nivel europeo: gestión de la calidad total y modelo de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM). El modelo de acreditación para centros sanitarios de Cataluña se inicia para hospitales de agudos y deja abierta la posibilidad de aplicación al resto de líneas de servicios: centros de salud mental, sociosanitarios y de atención primaria.

- Los métodos y actividades desarrolladas para alcanzar los objetivos
- Elaboración estándares para hospitales de enfermos agudos. Estructura de criterios según EFQM.
- Consenso y prueba piloto.
- Estrategia de implantación.
- Reconocimiento y participación de entidades de prestigio en evaluación de la calidad (Departamento de Industria, Entidad Nacional de Acreditación).
- Plan de Comunicación.
- Autorización entidades evaluadoras.
- Inclusión en web del Departamento de Salud.
- Plan de Formación a hospitales y entidades evaluadoras.
- Aplicación de ISO 17020 a entidades evaluadoras.
- Control y supervisión de la actuación de las entidades.
- Evaluación y seguimiento del plan de mejora del hospital.

- Evaluación y mejora interna del modelo.

Gran implicación a nivel directivo y del personal de los centros. Comunicación fluida entre órgano acreditador, centros acreditados y entidades auditoras. Elevado nivel de satisfacción de los centros acreditados con el proceso. Profesionalidad de las entidades auditoras. Adecuación perfil del auditor. Adecuación plan de formación hospitales y evaluadores. Transparencia en la estrategia aplicación de un modelo de alta calidad técnica.

Nº hospitales acreditados: 82. Media puntuación cumplimiento estándares esenciales por fase: 78,9% autoevaluación, 82,4% evaluación externa y 82,7% post valoración del comité. Variabilidad entre fases: 3,63% entre fase I y II. -0,03% entre fase II y III. Nº Entidades evaluadoras autorizadas: 7. Distribución mercado por entidad: E.E. A: 33,3%, E.E. B: 29,8%, E.E. C: 13,1%, E.E. D: 11,9% y E.E. E: 11,9%.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CATALUÑA

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA DE REFERENCIA:

Dr. Josep M. Borràs Andrés

TELÉFONO:

93 260 74 17

CORREO ELECTRÓNICO:

jmborras@iconcologia.net

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Enfermera gestora de casos en la atención oncológica multidisciplinar

RESUMEN DEL PROYECTO:

La atención oncológica requiere de la intervención de diversas disciplinas y profesionales y de todos los niveles asistenciales, lo cual precisa de una organización específica para una respuesta lo más efectiva posible. En este sentido, es de relevancia aquellos puntos críticos del mismo que se determinan en base a la complejidad organizativa y a la vulnerabilidad del paciente. La fase de diagnóstico y tratamiento se identifica como una de las más complejas; de hecho existe evidencia científica que muestra que un paciente tratado en un entorno multidisciplinar y que utiliza la evidencia científica (guías de práctica clínica o protocolos) para establecer la decisión clínica sobre el tratamiento tiene influencia en la supervivencia. Por otra parte el despliegue del plan de tratamiento requiere de la combinación de diversas terapias y, por tanto, diversos servicios en incluso centros asistenciales. A ello debemos añadir las situaciones de salud que experimenta el paciente con relación al cáncer y los efectos de los tratamientos a lo largo de esta etapa del proceso asistencial oncológico.

En este entorno identificamos como buena práctica la introducción de la enfermera gestora de casos en los Comités de Tumores o Unidades Funcionales, como miembro del equipo multidisciplinar con los objetivos principales de coordinar el desarrollo del plan terapéutico planteado y cuidar al paciente a lo largo del mismo.

Como funciones principales:

- Participa del Comité de Tumores o Unidad Funcional.
- Complementa la información al paciente con relación al despliegue del plan terapéutico.
- Conduce al paciente a lo largo del mismo. Utiliza la gestión de casos para solventar barreras organizacionales que dificulten el desarrollo del plan terapéutico planificado. Identifica si estas dificultades son de contingencia o problemas ya consolidados; en ese caso lo comunicaría para su solución definitiva.
- Proporciona educación sanitaria al paciente sobre los efectos secundarios de los

tratamientos para prevenir situaciones evitables.

- Deriva al paciente a los servicios sanitarios necesarios de acuerdo a su situación clínica y de forma coordinada con el equipo.
- Dispone de un teléfono móvil para el paciente disponible en el horario laboral.
- Es referente para el paciente y para el quipo multidisciplinar con relación al despliegue del plan terapéutico.
- Implantación diversa en varios hospitales terciarios, con implementación completa en uno de los centros (monográfico de cáncer.). Este tipo de gestión de casos también se ha llevado a cabo en el Programa del Circuito de Diagnóstico Rápido de Cáncer, iniciado en 2005 e implementado en toda la Comunidad.

Se trata de una práctica que contribuye a la efectividad de la atención oncológica, mejora la experiencia de los pacientes oncológicos y contribuye también a la eficiencia en la utilización adecuada de los recursos sanitarios.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CATALUÑA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Equipo de soporte específico de cuidados paliativos infantil

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de intervención es toda Cataluña

La atención paliativa a la población infantil, especialmente en el domicilio, es una tarea sanitaria pendiente. Es necesario disponer de profesionales expertos en cuidados paliativos pediátricos para ofrecer una atención de calidad en este ámbito con necesidades tan específicas.

Diseño e implementación de un programa de soporte de atención al final de la vida mixto, hospitalario y domiciliario, mediante la implementación de dos equipos específicos de cuidados paliativos, formados por médico y enfermera, en los hospitales de San Juan de Dios y Materno-infantil de Valle de Hebrón.

Los equipos paliativos infantiles, con el soporte necesario de otros recursos, desarrollan actividad asistencial, docente, de investigación y otros tipos de actividades complementarias a partir de mayo de 2009.

Satisfacción por parte de los profesionales de los equipos de soporte, usuarios del programa y sus familiares, así como por parte de los profesionales de otros servicios asistenciales. Continuidad asistencial entre el hospital y domicilio, ya que es el mismo equipo específico quien ofrece la atención en los dos ámbitos.

El tipo de información que se pretende obtener se orienta a la cuantificación y descripción de las necesidades de esta población, conocer y analizar cuáles son los resultados obtenidos respecto a estructura, proceso y resultado, así como cuantificar el coste real del programa para conocer su efectividad, eficiencia y satisfacción de los clientes.

Se dispone de datos provisionales de estructura, actividad y perfil de usuarios de la primera evaluación, realizada a los 6 meses del inicio de actividad del programa.

Edad				
	HSJdD	HMIVH	Total	Total %
< 1 año	4	0	4	6,15

1-4 años	7	7	14	21,54
5-9 años	8	8	16	24,62
10-14 años	10	8	18	27,69
≥15 años	6	7	13	20,00
TOTAL	35	30	65	100,00

Diagnóstico principal				
	HSJdD	HMIVH	Total	Total %
Oncológico	21	29	50	76,92
No oncológico	14	1	15	23,08
Total	35	30	65	100

Número de niños y familias visitados en cada ámbito asistencial				
	HSJdD	HMIVH	Total	Total %
Hospital	21	21	42	64,62
Domicilio	2	3	5	7,69
Hospital +domicilio	12	6	18	27,69

Exitus				
	HSJdD	MNIVH	Total	Total %
Exitus	21	21	42	64,62
%	60,00%	70,00%		

En el momento actual se están procesando los datos correspondientes al año de actividad (mayo de 2009 a mayo de 2010).

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTONOMA:

COMUNIDAD VALENCIANA

TÍTULO DEL PROYECTO:

Continuidad de cuidados en el departamento de salud de Alicante-Hospital General. Innovación en integración asistencial

RESUMEN DEL PROYECTO:

Se crea en el año 2008, un grupo de mejora de la continuidad de cuidados para solventar situaciones indeseadas como pérdida de informes de alta de enfermería y circuitos de comunicación ineficaces entre la Enfermería de Atención Primaria y especializada.

Se establece un circuito de continuidad de cuidados en el Departamento de Salud Alicante en el año 2009, utilizando el Sistema de Información Ambulatorio (SIA).

Las Enfermeras de Atención Especializada (EAE) realizan el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) en el aplicativo Abucasis a todos los pacientes dados de alta, dirigido a las agendas de las enfermeras de referencia de Atención Primaria del Departamento y la Coordinadora de Enfermería del centro de salud comprueba diariamente las altas hospitalaria. Es la Coordinadora la que distribuye los ICC a las enfermeras de referencia de cada paciente y cita simultáneamente en las agendas de la enfermera de referencia y el médico de familia.

La enfermera de referencia de Atención Primaria lee el ICC y el médico de familia visualiza el informe de alta hospitalaria del médico de atención especializada. En un plazo de entre 24 y 48 horas la enfermera de referencia llama al paciente por teléfono y valora las necesidades de cuidados (domiciliario, centro de salud o seguimiento telefónico).

Se crean también circuitos de continuidad de cuidados específicos con los pacientes oncológicos, de salud mental, urgencias en quemaduras y cuidados materno-infantiles.

Método: Se realiza una auditoria del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) sobre una muestra aleatoria de 2.189 pacientes. Se realiza también una Encuesta de satisfacción telefónica al paciente sobre una muestra aleatoria de 32 pacientes, así como una Encuesta de satisfacción sobre el circuito establecido en el departamento de salud sobre una muestra aleatoria de 72 Equipos de Atención Primaria EAP.

Resultados:

- Pacientes beneficiados del circuito de continuidad de cuidados desde su implantación en enero 2009 hasta al mes de abril del 2010→5.837 pacientes.
- Implantación del circuito de continuidad: 34 unidades de hospitalización manejando el SIA, Unidades de hospitalización a Domicilio UHD y hospitales de día.
- 393 enfermeras formadas en el aplicativo informático Abucasis para la realización del ICC y con acreditación de acceso como Enfermeras de Atención Especializada EAE.
- Se han realizado en el año 2009 en total 4.134 ICC en Abucasis y durante el primer cuatrimestre del 2010: 1698 ICC. Un 99,45 % de estos ICC con diagnósticos de enfermería. El 70% de los Equipos de Atención Primaria EAP contacta con el paciente el mismo día del alta hospitalaria.
- El 80% de los pacientes muy satisfechos con la atención recibida y un 100% muy satisfechos con la continuidad de cuidados.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTONOMA:

COMUNIDAD VALENCIANA

TÍTULO DEL PROYECTO:

Implantación del “Código Ictus Extrahospitalario” CIE en toda la provincia de Castellón (departamentos de salud de Vinaroz, de Castellón y de la Plana de Villarreal)

RESUMEN DEL PROYECTO:

La trombolisis endovenosa en el infarto cerebral es el tratamiento de elección durante la fase aguda del ictus y el retraso en su aplicación es la principal barrera para su empleo.

El Hospital General de Castellón trata cada año 600 pacientes con ictus, el 60% del total de los casos que se producen en la provincia. Para llevarlo a cabo, trabajan conjuntamente los servicios de Radiología, Neurología, Medicina Intensiva y Urgencias.

El Código Ictus Extrahospitalario (CIE) es un sistema que permite una rápida identificación y traslado del paciente con sospecha de ictus al hospital adecuado para realizar la mencionada trombolisis endovenosa. El objetivo de este nuevo protocolo es conocer el impacto de extender el Código Ictus Intrahospitalario al ámbito provincial.

Método: Serie consecutiva de pacientes atendidos por Código Ictus y registro prospectivo de infartos cerebrales.

Resultados: En el 1 año se atendieron 318 códigos ictus (CI): mediana 1 al día (rango 0-4)

El 61,2% son Código Ictus Extrahospitalario CIE.

Se trombolizan 45 pacientes que representan el 25% de los infartos cerebrales con CI activado.

El retraso Puertas-Aguja es menor en los CIE frente a los CI intrahospitalarios (media de 59,7 (+-23,5) vs 74,4 (+-20) minutos $p=0,012$)).

Uno de cada 3 códigos ictus no es del área hospitalaria.

El 22,2 % de los infartos cerebrales son trombolizados en franja horaria nocturna (22:00 horas a 8:00 horas).

La activación del CI del infarto cerebral pasa del 11,1 % al 38,6% y la trombolisis aumenta del 3,8% al 12,7% ($p = ,000$ OR 3,7 IC 95% 1,8-7,5) sin variar el tipo de contacto sanitario ni el medio de transporte empleados.

En definitiva, el Código Ictus Extrahospitalario CIE ha conseguido mejorar la atención al urgente al ictus extendiendo el empleo de la trombolisis a toda la provincia de Castellón.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTONOMA:

COMUNIDAD VALENCIANA

TÍTULO DEL PROYECTO:

Tele dermatología en el Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria

RESUMEN DEL PROYECTO:

Enmarcada en el Desarrollo del Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salut Departamento de Salud Valencia – Arnau de Vilanova – Lliria. Población: 308.086 habitantes (Marzo 2010) con una gran dispersión del Departamento: 120 km. de diámetro, con 16 Centros de Salud y 38 consultorios auxiliares dispersos y con difícil comunicación con el Hospital.

Aumento progresivo de consultas en Dermatología y necesidad de reducir las listas de

espera, sobre todo en patologías con sospecha tumoral, que requiere una rápida actuación.

Métodos: Tele-medicina aplicada a la dermatología. Técnicas de tele-dermatología asíncronas o “Store and Forward”.

Experiencia piloto: El 16 de abril de 2008 iniciamos el proyecto en una sola Zona Básica de 57.000 habitantes (Un centro de Salud y cuatro consultorios Auxiliares): Consulta semanal de 3 horas de duración. Agenda de 12 pacientes por día.

En agosto de 2008, tras atender 183 pacientes, se realizó un análisis de costes y se decidió dar el visto bueno al proyecto y ampliarlo todo el Departamento.

Resultados: actualmente, después de dos años de implantación, las 16 Zonas Básicas del Departamento ofrecen Tele-dermatología en su Cartera de Servicios

Resultados derivación (2 años): 1739 pacientes atendidos, 698 no precisaron consulta presencial con el dermatólogo, 653 se derivaron al centro de especialidades, 370 remitidos al Hospital y 18 a otras especialidades.

Patología atendida 2 años): Benigna: 1007 (56,2%), Precancerosa: 203 (11,3%), Maligna: 211 (11,8%), No tumoral 318 (17,8%), Sin diagnóstico: 53 (2,9%), Patología consultada: 1792 (100%).

Evaluación:

- Ventajas para los pacientes: diagnósticos y tratamientos más rápidos; atención integral, sin perder la calidad en ningún eslabón de la cadena asistencial, evitar el inconveniente de desplazamientos innecesarios.
- Ventajas para los Médicos de Atención Primaria: nuevas posibilidades de efectuar consultas con especialistas; más elementos de juicio a la hora de adoptar decisiones; posibilidad de formarse en Dermatología con los casos clínicos estudiados y el contacto con el especialista sin desplazamientos.
- Ventajas para el Servicio de Dermatología: diagnósticos y tratamientos más rápidos. Mejor comunicación entre los distintos niveles asistenciales; utilización más eficaz de los recursos humanos. Recursos adicionales de enseñanza para los estudiantes.
- Ventajas para el sistema sanitario: Mejora de la eficiencia y disminución de las demoras.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

EXTREMADURA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Programa “El Ejercicio Te Cuida”

RESUMEN DEL PROYECTO:

Intervención en toda la Comunidad. La inactividad física se considera un importante factor de riesgo de enfermedad, determinante en numerosos problemas de salud muy prevalentes.

El objetivo del programa es mejorar la calidad de vida, prevenir la dependencia y promocionar la salud a través de estilos de vida más activos, con implantación de 5 subprogramas:

- El Ejercicio Te Cuida en Mayores, dirigido a mayores de 60 años con enfermedades crónicas prevalentes.
- Muévete con Nosotros Específico, dirigido a niños con sobrepeso y obesidad, y a sus padres.
- Muévete con Nosotros Integral, para niños físicamente inactivos con sobrepeso.
- El Ejercicio Te Activa, dirigido a jóvenes y adultos de 15 a 60 años.

- El Ejercicio Te Cuida-Capaces, para personas con discapacidad funcional (moderado Síndrome de Down ó Parálisis Cerebral).

Se inicia en centros de atención primaria, donde se criban y derivan los pacientes a un dinamizador saludeportivo. Éste verifica la remisión, evaluando periódicamente al paciente, diagnosticando su capacidad funcional y ofreciéndole ejercicios durante 4 días por semana.

Mejoras biológicas y de salud, relacionadas con la calidad de vida y la estimación del coste-utilidad del programa.

Premio Nacional de la Estrategia NAOS 2009.

La Dirección General de Educación y Cultura de la Unión Europea concedió financiación y liderazgo del programa Senior Sport.

La Dirección General de Salud y Protección al Consumo financia el proyecto PASEO.

Incluido como buena práctica de salud mental en el próximo Directorio Europeo de Buenas Prácticas.

Integrado en diferentes Planes Integrales en Extremadura.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

EXTREMADURA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Plan Regional de Voluntariado en Cuidados Paliativos de Extremadura (PRVCPEX). Año de inicio del proyecto desarrollado: Junio 2006.

RESUMEN DEL PROYECTO:

Dentro del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEX) se pone en marcha el PRVCPEX (2006), como iniciativa de varias Entidades (ONGs) y profesionales de Cuidados Paliativos (CP), con el objetivo de mejorar la atención paliativa mediante la formación de voluntarios que complementen la labor de los profesionales de CP.

Durante 2009 se consiguió la consolidación del PRVCPEX, Plan integrado por 14 ONGs, los profesionales del PRCPEX y la Administración Pública.

Las líneas estratégicas del PRVCPEX son:

- Difusión del Plan de Voluntariado en Cuidados Paliativos y Sensibilización/Captación de Voluntarios.
- Selección y Formación de Voluntarios en Cuidados Paliativos.
- Coordinación entre Entidades de Voluntariado y Profesionales del Servicio Extremeño de Salud.

En cada Línea Estratégica se han definido objetivos, acciones, criterios e indicadores de calidad, realizándose una evaluación anual del Plan para establecer planes de mejora.

Los resultados alcanzados en 2009 son:

- Atención directa a 29 pacientes y familias, con más de 100 acciones de voluntariado en domicilio, hospital y centros sociosanitarios, con un censo de 151 voluntarios formados en 114 municipios de Extremadura.
- Realización de varias campañas informativas para sensibilizar a población general y profesionales de la salud en diferentes medios de comunicación.

Impartición de 1 curso de capacitación y 4 cursos de formación continuada.

- Primer Encuentro Regional de Voluntariado en CP.

El PRVCPEX demuestra que la colaboración entre el sector público sanitario y el tercer sector redundará en un gran beneficio para la comunidad.

Para realizar la evaluación se ha diseñado un Plan Integral de Calidad del Voluntariado en CP. La recogida de información se realiza por la coordinadora

del PVRCPEX, mediante una tabla de indicadores que anualmente remiten las entidades que conforman el Plan.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

EXTREMADURA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Programa del Dolor de Extremadura. Formación y asesoría telefónica a profesionales y educación para la salud del paciente. Proyecto desarrollado: desde 2003

RESUMEN DEL PROYECTO:

El Programa del Dolor de Extremadura está implantado en toda la Comunidad y contempla, entre otros objetivos específicos, formar a los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor, asesorar telefónicamente a profesionales y promover la educación para la salud (EpS) dirigida a pacientes. Para cumplir estos objetivos se puso en marcha este proyecto en el año 2003.

La consolidación definitiva de este proyecto se produjo en 2009, tras la creación de la Unidad del Dolor de Plasencia, con cuatro Unidades implantadas en Extremadura, dos por provincia. Se realizan actividades formativas, dirigidas a profesionales sanitarios en el abordaje del dolor; de asesoría telefónica a profesionales, especialmente de Atención Primaria; y de EpS, dirigidas a pacientes individuales y a grupos de pacientes.

A nivel docente, hasta 2009 se realizaron 1.703 actividades formativas: sesiones docentes, cursos y talleres en centros de salud, hospitales y SEPAD.

La asesoría telefónica a profesionales sanitarios es cada vez mejor acogida. Durante el periodo 2003-2009 se realizaron 11.213 asesorías telefónicas, la mayoría a profesionales de Atención Primaria.

Las Unidades efectuaron 20.617 atenciones individualizadas de EpS a pacientes. Desde 2008 también se realizó a grupos específicos (lumbalgia crónica, fibromialgia y dolor neuropático), de 6-8 pacientes con su acompañante. Se organizaron 16 grupos en las Unidades del Dolor. Los resultados obtenidos fueron muy positivos y animaron a captar enfermeros de centros de salud que, voluntariamente, quisieran trabajar con grupos de pacientes con dolor crónico de su propio cupo. Durante 2009 se crearon 9 grupos de lumbalgia crónica. Los resultados también fueron muy positivos, trabajándose activamente en la captación de más enfermeros y en difundir esta actividad junto a la de asesoría telefónica.

Como indicadores clave están las actuaciones realizadas y el grado de satisfacción alcanzado por profesionales y pacientes.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

GALICIA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Genéricos, una apuesta en la que ganamos todos

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de intervención (toda la comunidad autónoma, área de salud, zona básica de salud, comarca, hospital, ...)

Promoción de la prescripción de medicamentos genéricos o de marca de menor coste

dirigida a todos los médicos del Servicio Gallego de Salud.

El programa tiene como objetivo fundamental converger con el Sistema Nacional de Salud (SNS) en dos indicadores que situaban en el momento de inicio a Galicia en el peor de los escenarios en cuanto al gasto generado por receta oficial:

- El gasto/receta: los datos de junio de 2009, mes anterior al comienzo de la campaña, reflejaban que el coste de cada receta en Galicia tenía el penúltimo valor más alto de todas las comunidades autónomas.
- El número de envases genéricos facturados: en el año 2008 nos situábamos en el último lugar con un 9,79 %. El SNS cerró el período 2008 con un porcentaje del 21,81%.

La iniciativa promovida por la Consellería de Sanidad consiste en la promoción de la prescripción de estos medicamentos frente a los de marca para fomentar la cultura del genérico desde la prescripción, y que sea la participación, la información y la comunicación con los facultativos la clave de su éxito. Así, se seleccionan y promocionan trimestralmente tres medicamentos en base a criterios de amplio uso en atención primaria y diferencia de precio entre el medicamento de marca y el genérico. Llevamos ya cuatro fases de campaña con doce medicamentos incluidos.

El porcentaje de envases genéricos prescritos en Galicia evolucionó desde el año 2008 que terminamos el año en un 9,79% hasta el 12,72% que hemos alcanzado en el mes de marzo de 2010. Si nos fijamos en los datos de prescripción electrónica, los resultados son todavía mas alentadores ya que hemos pasado de un 12,55 % de nuevas prescripciones creadas como medicamento genérico en el mes de junio de 2009 al 19,52 % correspondiente al mes de abril de 2010.

El indicador utilizado para medir resultados es el porcentaje de envases genéricos que se define como el cociente entre el número de envases genéricos prescritos, dividido entre el número total de medicamentos prescritos y multiplicado por 100.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

GALICIA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Apertura de la Escuela Gallega de Salud Para Ciudadanos

RESUMEN DEL PROYECTO:

La Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos tiene como objetivo, constituirse como un foro de participación de pacientes, ciudadanos y profesionales, en el que se gestione el conocimiento de todos los actores, para conseguir mejores niveles de salud, apoyar los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como favorecer la mejor participación de usuarios y pacientes en sus procesos de salud-enfermedad en el sistema público Gallego.

El Servicio Gallego de Salud, a través de la Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial tiene cuatro líneas clave de actuación relacionadas con el establecimiento de cauces de participación, con la colaboración de las asociaciones de enfermos y ciudadanos, para potenciar la mejora continua de las organizaciones y garantizar la orientación hacia el paciente, fomentando la realización de procedimientos relacionados con los derechos de participación de pacientes, familias y de los ciudadanos en general, para ello desarrollará el primer objetivo estratégico: mejorar la información y formación de pacientes y ciudadanos para mejorar la toma de decisiones sobre sus procesos médicos, y para contribuir a incrementar su participación. Para ello se crea la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos.

La escuela realiza actividades de forma presencial y telemática utilizando la plataforma

virtual en la que se desarrolla en un portal específico para la Escuela Gallega de Salud para ciudadanos, www.sergas.es/escolasaude. En ella se exponen las actividades programadas, los documentos para proponer nuevas actividades, las solicitudes de inscripción, los documentos pedagógicos o de ayuda para las actividades que se desarrollan.

Se programarán actividades diversas como cursos, talleres, seminarios, foros, conferencias o grupos de trabajo.

Los equipos docentes están compuestos por expertos profesionales médicos, enfermeros, psicólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, así como por los propios pacientes y ciudadanos.

Desde su inicio en noviembre de 2009 y hasta mayo 2010, se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Taller sobre Gripe A. Asistieron 200 personas.
- Primer taller de seguridad de pacientes se formó a un total de 15 pacientes.
- Segundo taller de seguridad de pacientes, se formaron un total de 20 pacientes.
- Cuatro talleres de participación ciudadana dirigidos a los componentes de los Comités de Participación Ciudadana de toda la Comunidad Autónoma y del Consejo Asesor.
- Un Taller sobre Esclerosis Lateral Amiotrófica, dirigido a los pacientes de la Asociación de Pacientes con Esclerosis lateral amiotrófica de Galicia Fueron formados un total de 30 pacientes.
- Un Taller sobre medicamentos anticoagulantes orales y prevención y tratamiento de enfermedades cardiacas, dirigido a los pacientes de la Asociación de pacientes anticoagulados y cardiopatas de Galicia. Se formaron a un total de 45 pacientes.
- Primer Taller de Prevención de Violencia de Género, taller abierto a todos los ciudadanos interesados en asistir. Se formaron a un total de 25 personas,
- Taller El Paciente Experto voluntario tutor en cáncer de mama, dirigido a pacientes seleccionados de los servicios médicos y de enfermería, que voluntariamente quieran realizar un taller de formación de formadores, para que sean ellos mismos los que formen a pacientes en los temas relacionados con sus patologías. Se han formado a 15 pacientes.
- Taller de actividades preventivas para mujeres, Se formaron a 70 mujeres.
- Taller Cuidar al Cuidador, tiene como objetivo mejorar los conocimientos de los cuidadores de personas con dependencia Se han formado a 30 personas
- Foro El Experto Responde en temas de enfermedad Celiaca

La evaluación de los talleres ha sido de una media de 9, en una escala del 0 al 10.

Con relación a la utilidad de los cursos, les ha parecido de una utilidad muy elevada prácticamente en el 100% de los casos.

La satisfacción global al con el curso ha sido de 9 sobre 10.

La calidad de la exposición de los profesores ha sido evaluada con sobresaliente, los calificativos del curso han sido: curso muy ameno, gran claridad de los contenidos, excelente capacidad para exponer y dar ejemplos de los profesores.

Las asociaciones han manifestado su agradecimiento por toda la información que les ha permitido mejorar el trabajo con sus socios y el conocimiento de su enfermedad.

Han calificado la experiencia como muy necesaria porque además esto les ha permitido contactar entre asociaciones. Les ha gustado mucho aprender el manejo de Internet.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

GALICIA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Aplicación de un protocolo de parto normal y establecimiento de diversas estrategias para el uso racional de la cesárea

RESUMEN DEL PROYECTO:

Desde el año 1999 se observó una tendencia al alza de la tasa de cesáreas, en torno al 30%, por eso en el 2007 el Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Xeral- Cíes Vigo (Pontevedra), por ello en el 2007 establecieron un proyecto de mejora para fomentar el parto menos medicalizado y humanizado y hacer un uso racional de cesáreas.

El ámbito de intervención son las mujeres de parto atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Xeral- Cíes Vigo (Pontevedra).

Tasa de cesáreas en torno al 30%, el doble de la que recomienda la OMS, por lo que se hace necesario establecer una estrategia de adecuación de cesáreas y promoción del parto vaginal.

Los aspectos a mejorar están ligados a la falta de personal y medios pero el éxito de esta experiencia radica en un uso más racional de los recursos y un personal más concienciado y trabajando de una forma más unificada teniendo un mismo objetivo: la menor intervención en el parto.

Establecimiento de una base de datos sobre la actividad realizada en el paritorio, especialmente registrando el número de cesáreas y su indicación.

Fomentar el inicio espontáneo del trabajo de parto controlando el número de inducciones, y en el caso de que sea necesario, establecimiento de una adecuada maduración cervical en mujeres que precisan inducción del parto, todo ello mediante el establecimiento de un protocolo consensuado por todo el servicio y basado en evidencia científica.

Fomentar el parto vaginal en mujeres con cesárea previa, mediante el establecimiento de un protocolo consensuado por todo el servicio y basado en evidencia científica.

Evitar el ingreso en partos de mujeres de bajo riesgo que no se encuentren en fase activa del parto.

Adecuado manejo del periodo de expulsivo y erradicación del uso generalizado de episiotomías.

Búsqueda de distintas posturas durante el periodo de dilatación según preferencia de la mujer.

Información más adecuada y humanizada sobre el proceso del parto a las embarazadas en el paritorio.

Estrategias para el control y prevención de la hemorragia postparto, mediante el establecimiento de un protocolo consensuado por todo el servicio y basado en evidencia científica.

Establecimiento de una adecuada analgesia durante el parto si la mujer lo demanda.

Establecimiento de un protocolo conjunto con el Servicio de Anestesia para la adecuada asistencia al parto gemelar por vía vaginal.

Inicio de los pujos en periodo expulsivo a demanda de la mujer.

Fomentar que la paciente se sienta acompañada por la persona que desee y que en todo momento reciba información necesaria, disminuyendo ansiedad y resolviendo dudas.

Resultados alcanzados :

- Disminución del índice de cesáreas: de un índice de cesáreas en el 2006 de 29.44% a un 20,28% en el 2008.

- Disminución de episiotomías tanto en primíparas como en multíparas.
- Aumento del número de partos vaginales en mujeres con cesárea previa: a lo largo del 2007 un 39,33% de las mujeres con cesárea previa tenían un parto vaginal y en el 2008 el índice es de un 59,82%.
- Aumento del número de partos vaginales en mujeres con embarazo gemelar.
- Mayor satisfacción en las mujeres que dan a luz en el Hospital.
- Disminución de la estancia hospitalaria.
- Indicadores de evaluación:
 - Tasa de cesáreas
 - Tasa de episiotomías
 - Tasa de partos vaginales en mujeres con cesárea previa
 - Tasa de partos vaginales en mujeres con embarazo gemelar.
 - Grado de satisfacción en las mujeres
 - Estancia media hospitalaria.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

MADRID

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Gestión de riesgos relacionados con el uso de medicamentos

RESUMEN DEL PROYECTO:

La seguridad de los pacientes es una línea estratégica de la Consejería de Sanidad de la CM, y específicamente la relacionada con el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios.

Para vigilar estos riesgos, se cuenta con los profesionales de las Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (UFGR) tanto en Atención Primaria (UFGRAP) como en Atención Especializada (UFGRAE) y los farmacéuticos de la Red de Oficinas de Farmacias Centinela (RFC).

En 2005, se inició un sistema de notificación de Errores de Medicamentos (EM) en el ámbito extrahospitalario, mediante la creación de la RFC compuesta por 80 oficinas de farmacia (OF).

En 2007 se incorporaron al Programa de Notificación las UFGR al amparo del Observatorio de Riesgos Sanitarios de la CM.

Actualmente hay constituidas 11 UFGRAP, 30 UFGR y 80 OF de la RFC. Esto nos permite un sistema de vigilancia sobre los riesgos hospitalarios y extrahospitalarios.

La notificación es voluntaria, anónima y confidencial y se realiza desde la Página de Uso Seguro de medicamentos y productos sanitarios de la CM.

<https://www.seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>

En 2009 se remitieron 3.539 notificaciones de EM. De ellas, un 28,17% (997) proceden de la RFC, 40,12% (1.419) de las UFGRAE y 31,73% (1.123) de las UFGRAP.

Los EM han ocurrido principalmente en la etapa de prescripción (62,7%), seguida de la dispensación (11,3%).

En un 33,86% el error llega al paciente, en un 60,6% no lo alcanza y en un 5,24% no se pudo hacer seguimiento para conocer el daño.

Las notificaciones recibidas nos han permitido dar a conocer los riesgos más importantes a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) y Ministerio de Sanidad y Política Social, a los profesionales sanitarios (mediante una hoja de comunicación), así como hacer un seguimiento de problemas de calidad, desabastecimiento o mejorar las bases de datos que se utilizan en la prescripción, depurando por ejemplo aquellos fármacos no comercializados o con denominaciones

incorrectas.

La página web monográfica dedicada a la seguridad de medicamentos, nos proporciona una fuente de información constante (tanto mediante las estadísticas como las noticias), así como un recurso de formación que facilita el autoaprendizaje y la difusión de la cultura de la seguridad. En las listas de distribución tenemos suscritos a profesionales de distintos países y ámbitos, habiendo sido muy bien acogida.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

MADRID

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Circuito sociosanitario de la atención al paciente con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de intervención es la Comunidad de Madrid

Dado que se trata de una enfermedad neurodegenerativa, incapacitante, progresiva, incurable y con un pronóstico de vida media de tres años, la asistencia sanitaria debe acompañarse de atención psicológica y social del enfermo y familiares mediante una intervención interdisciplinaria, integral y personal.

Actividades:

- Plan asistencial y social de ELA en la Comunidad de Madrid: cinco unidades multidisciplinares, desde 1 de marzo de 2006, ubicadas en los hospitales Carlos III, La Paz, Clínico San Carlos, Gregorio Marañón y Doce de Octubre. Incluyen la figura del gestor/a de casos para realizar funciones de coordinación.
- Constitución de Grupo de expertos: gestores/as de casos y trabajadores/as sociales de los centros, técnicos de la Dirección General de Servicios Sociales (Consejería de Familia y Asuntos Sociales), de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud y de la Dirección General de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales (Consejería de Sanidad).
- Elaboración del documento “Circuito sociosanitario de la atención al paciente con ELA”. Establece dos circuitos: intrahospitalario y extrahospitalario y los mecanismos de coordinación con la única asociación de pacientes madrileña, ADELA Madrid, para la derivación mutua de pacientes.
- Campaña de divulgación (www.adelamadrid.es, y revista “adEla informa”): artículos monográficos sobre cada unidad así como de interés para los pacientes, escritos por profesionales del Servicio Madrileño.
- Consulta telefónica semanal para pacientes, atendida por un neurólogo del Servicio Madrileño de Salud.

Resultados:

- Incremento del número de pacientes registrados y del número de consultas nuevas progresivamente en un 82 % y 72 % respectivamente.
- Un 29% de las consultas nuevas son pacientes derivados de otras CCAA.
- Reuniones bimensuales de los equipos multidisciplinares.
- Media anual: 2.989 intervenciones de gestores de casos y 2.240 intervenciones sociales.
- Incremento progresivo hasta un 134 % de asociados.

Indicadores de evaluación: número de pacientes registrados, consultas nuevas, procedentes de otras CCAA, reuniones multidisciplinares, intervenciones gestores de casos e intervenciones sociales y número asociados facilitados por la asociación.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:
MADRID
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:
Laboratorio Clínico Central BRsalud
RESUMEN DEL PROYECTO:
<p>Área de influencia de los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, Sureste, Henares y Tajo con sus áreas de Atención Primaria correspondientes.</p> <p>En 2008 la Comunidad de Madrid saca a concurso (modalidad a Cápita) la gestión privada de las pruebas analíticas para 6 hospitales. Fue adjudicado a la UTE (empresas Balagué Center, Ribera Salud y AMS) por un importe de 15.9 Euros / habitante / año.</p> <p>Catálogo de más de ochocientas pruebas con el compromiso de realizar cualquier prueba analítica necesaria para la confirmación diagnóstica. La peculiaridad del laboratorio es la convivencia sin barreras entre los especialistas implicados (Análisis Clínicos, Bioquímica Clínica, Hematología, Inmunología, Microbiología, Genética y Biología) junto con los Técnicos Superiores de Laboratorio para, de forma integral, llegar al producto final que es la prueba informada.</p> <p>La gran cadena analítica, con la tecnología más avanzada, da cobertura al 82% de demandas con un tiempo de respuesta adecuado al grado de complejidad de la prueba procesada. El modelo dispone del laboratorio central ubicado en el Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes y de 6 laboratorios de tiempo de respuesta rápida ubicados en cada uno de los hospitales. Estos laboratorios permanecen abiertos las 24 horas, los 365 días del año.</p> <p>Mayor eficiencia, control de la trazabilidad en la conservación y transporte de las muestras extraídas y disminución de tiempo en la obtención de resultados (< 6 horas en informes de muestras preferentes y dentro de las 24 horas para el 95 % de las restantes).</p> <p>Disminución del número de incidencias en la fase preanalítica en Atención Primaria (1,8 %).</p> <p>A 31 de diciembre de 2009 el número de peticiones atendidas ascendió a 573.644 con un total de 8.192.623 pruebas informadas. El 70% pertenecen a la atención especializada. En los laboratorios periféricos donde las pruebas informadas tienen carácter urgente, se presentaron un total de 229.704 peticiones y el número de pruebas informadas fue de 3.344.005.</p>

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:
MURCIA
TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:
Programa de Atención a los Pacientes Polimedicados
RESUMEN DEL PROYECTO:
<p>La primera fase del Programa de Atención a los Pacientes Polimedicados, programa que constituye una de las 22 líneas de actuación del Plan de Acción para la Mejora en el Uso de los Medicamentos 2009-2011, fue realizada durante 2009 y posibilitó que 360 médicos, enfermeros y farmacéuticos de la Región supervisaran la medicación de 10.000 pacientes polimedicados.</p> <p>Asimismo, el programa se extendió a un total de 40 centros de Atención Primaria de la Región de Murcia y llegó a un total de 10.000 personas, que por razones de salud tienen</p>

que tomar más de cinco fármacos diarios. Las actuaciones se iniciaron en las áreas de salud I Murcia Oeste, II Cartagena, III Lorca, IV Noroeste, V Altiplano, VI Vega Media del Segura y VII Murcia-Este, con la finalidad de extenderlo a todos los puntos de la Comunidad Autónoma.

Algunos de los resultados derivados de esta primera fase revelan que el 11 por ciento de los polimedicados ingieren fármacos repetidos, por lo que es necesario ajustar la medicación. Además, entre otras conclusiones, se desprende que los enfermos de diabetes, en especial aquellos que sufren cardiopatía isquémica o insuficiencia renal crónica, llegan a consumir de media 11 fármacos al día.

La segunda fase del Programa de Atención a los Pacientes Polimedicados, a realizar durante 2010, servirá para formar a 400 médicos de familia y enfermeros de Atención Primaria. En la Región hay 110.000 personas que ingieren más de cinco medicamentos al día y cerca de 3.000 consume de forma regular más de 15 fármacos y es necesario realizar un seguimiento detallado y continuado de estos pacientes para ajustar la dosis, explicarles cómo tomarla y evitar un 15 por ciento de ingresos en este colectivo. Todos los estudios científicos señalan que entre un 30 y un 40 por ciento de los polimedicados no se ajusta a la pauta posológica de la forma indicada.

El objetivo de esta segunda fase del programa será mejorar la asistencia a este colectivo, por lo que durante el periodo 2010-2011 se revisará la medicación a un total de 30.000 personas y se les recordará la importancia de no saltarse las tomas, así como de no automedicarse.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

MURCIA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Programa para la mejora en el uso de los antibióticos

RESUMEN DEL PROYECTO:

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, a través de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación ha aplicado durante 2009 la primera fase del Programa para la Mejora en el Uso de los Antibióticos con el que se han reducido en un 30 por ciento la administración innecesaria de estos medicamentos.

Los datos obtenidos indican que sólo fue necesario tratar con antibióticos al 21 por ciento de los pacientes, mientras que, en el resto, la enfermedad se resolvió de forma espontánea, sin más complicaciones y sólo precisó suministrar medicamentos para aliviar los síntomas que presentaba cada paciente.

En esta fase, se ha llevado a cabo una investigación en el marco del Plan de Acción para la mejora en el uso de los Medicamentos 2009-2011 entre más de 8.000 murcianos y con la participación de 74 médicos de familia y pediatras de 25 centros de Salud de la Región. El director general de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, José Antonio García Córdoba, asegura que *"el objetivo es extender esta intervención, hasta el año 2011, a todos los médicos de familia y pediatras de la Región"*.

García Córdoba subraya, además, que *"en estos momentos estamos preparando otro Programa para la mejora en el uso de los antibióticos en el que participarán todos los Servicios de Urgencias de los Hospitales de la Región, así como los de Atención Primaria. La finalidad es conseguir que todos los médicos de la Región compartan los mismos criterios en la atención de infecciones respiratorias"*.

La intervención realizada se ha dividido en dos fases. La primera consistió en pedir a los médicos que, durante quince días, registraran de manera detallada el diagnóstico y

tratamiento de los pacientes que atendían. Posteriormente, se analizaron los datos y se revisaron con los médicos las recomendaciones de los expertos en relación con los tratamientos de las infecciones respiratorias. Por último, en la segunda fase, los médicos volvieron a registrar los diagnósticos y tratamientos de los nuevos pacientes que acudían a la consulta con infecciones respiratorias. Los resultados indican que en la primera fase se utilizaron antibióticos en el 31,8 por ciento de los pacientes y, en la segunda, tras implantar el programa, se redujo hasta el 21,4 por ciento.

El análisis detallado, por ejemplo, de la faringoamigdalitis, una de las infecciones más frecuentes entre niños y jóvenes, resuelve que en la primera fase se utilizaron antibióticos en el 46,2 por ciento de los pacientes, mientras que en la segunda se emplearon en un 32,2 por ciento.

La conclusión es que se ha conseguido un descenso en un 30 por ciento en la utilización de los antibióticos, sin riesgo añadido a los pacientes y con unos claros beneficios en la prevención de las resistencias de las bacterias a los antibióticos y, por extensión, en la gestión de los recursos públicos.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

MURCIA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Programa Integral de Atención al Ictus 2009-2011

RESUMEN DEL PROYECTO:

El Programa Integral de Atención al Ictus 2009-2011 quiere continuar con el descenso progresivo de las tasas de mortalidad por ictus que se han conseguido en los últimos años, y coordinar las intervenciones que se realizan desde los diferentes niveles sanitarios.

Se calcula que cada año unas 3.600 personas sufren un ictus en la Región. De ellas un 25 por ciento fallece, el 42 por ciento mantiene una buena calidad de vida y el 33 por ciento tendrá diversas secuelas, con diferente grado de dependencia. Cada día son atendidas en la Región unas diez personas afectadas por el ictus, lo que representa un afectado cada tres horas, aproximadamente. A lo largo de un año son ingresadas unas 3.000 personas en los hospitales de la Región con diagnóstico de ictus y se calcula que coste global la atención sanitaria que reciben estos pacientes representa un tres por ciento del total del gasto sanitario.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 1990 la tasa de mortalidad por ictus en la Región era de 127,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes y pasó a 73,63 en 2006, un descenso del 42 por ciento. Es destacable la "favorable" evolución de esta enfermedad en los últimos años, "a pesar del progresivo envejecimiento de la población, lo que nos hace ser optimistas y marcarnos como objetivo reducir hasta un diez por ciento el número de casos".

Este avance en la mejora del control del ictus es el resultado de la labor realizada desde los centros de salud, que ha permitido un mejor examen de los factores de riesgo. Para seguir mejorando, la Consejería necesita la participación activa de los ciudadanos con estilos de vida más saludables, más actividad física diaria y menos sedentarismo, menor ingesta de calorías en pacientes obesos, abandono del tabaco en fumadores y una disminución del consumo de sal.

Una de las características más importantes de este programa es que está concebido como una intervención integral en todos los momentos de la enfermedad y con la participación de todos los niveles del sistema sanitario.

El primer objetivo del programa va dirigido "a potenciar la prevención primaria en la

aparición del ictus, para lo que es necesario un mejor control de las personas que padecen factores de riesgo para esta enfermedad, como son la hipertensión arterial, el colesterol elevado, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes mellitas", especificó Palacios.

El segundo objetivo se orienta a garantizar una atención urgente a los pacientes en el momento de sufrir un ictus, para lo que se ha establecido el Código Ictus en la Región de Murcia. A este respecto, Palacios sostuvo que *"cuando una persona sea atendida en cualquier dispositivo asistencial de la Región se activará el Código Ictus, que va a garantizar una atención homogénea en todas las circunstancias"*. Entre un cinco y un diez por ciento de estos pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento específico que ha demostrado que disminuye la mortalidad y las secuelas si se realiza en las primeras horas de aparición de los síntomas. Para garantizar esta atención, La Arrixaca y El Rosell *"tienen preparados dispositivos para ofrecer este novedoso tratamiento a cualquier persona de la Región"*, aseguró Palacios.

Otra de las actuaciones previstas es aumentar el conocimiento de la población sobre la enfermedad cerebrovascular, ya que diversos estudios realizados señalan que sólo un 34 por ciento de las personas que habían sufrido un ictus fueron capaces de identificar la importancia del trastorno que sufrían. Esta falta de información originó un retraso en la atención urgente recibida, por lo que no pudieron beneficiarse de algunos de los tratamientos previstos para la fase aguda del ictus.

El tercer objetivo *"está encaminado a facilitar una atención específica cuando están ingresados en el hospital y a prestar una atención especial en la rehabilitación en los primeros meses para disminuir las secuelas"*. También se incluyen aquí actuaciones dirigidas a un seguimiento estrecho desde los centros de salud, dirigido a controlar de manera estricta los factores de riesgo y evitar la recurrencia del ictus, que puede llegar a suceder hasta en el 40 por ciento de los afectados.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

NAVARRA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Plan de Mejora de Calidad de Atención Primaria de Navarra 2010-2012

RESUMEN DEL PROYECTO:

EL ámbito de intervención es toda la Comunidad Foral de Navarra.

El Proyecto ha sido seleccionado por su relevancia e impacto en todo el sistema sanitario público de la Comunidad Foral destacando:

- la alta participación de los profesionales para su implantación
- su posibilidad de extensión a todo el sistema y su reproductibilidad
- cambio de modelo orientándolo hacia el paciente
- sostenibilidad en el tiempo
- optimización de recursos
- satisfacción de profesionales y usuarios

La base del Proyecto ha sido la mejora organizativa de los Centros de Salud para lo que, entre otras actuaciones, se ha procedido a:

- modificar el procedimiento de citación
- desburocratizar las consultas
- involucrar al personal administrativo
- aumentar la capacidad resolutive de enfermería
- invertir en desarrollo profesional
- realizar un Plan interno de mejora en cada centro

Para evaluar los resultados en los Centros Piloto se analizaron el grado de cumplimiento

de las acciones de mejora propuestas, datos administrativos y se hizo una encuesta a los profesionales pre-post.

Para valorar los resultados se midieron la validez de las estrategias, la efectividad de las acciones emprendidas, la satisfacción profesional y la satisfacción con el Proyecto.

Para medir la accesibilidad se analizó el tiempo de espera y la citación en el día a los pacientes que lo requerían, para medir la agilidad se analizó el número de actos que pasaron a ser “no presenciales”, los desplazamientos evitados y el tiempo en sala de espera. Se midió el tiempo empleado por paciente, se analizó la función de filtro realizada por los administrativos en términos de homogeneidad y de identificación adecuada de demandas y la consulta de enfermería en cuanto a aumento de capacidad resolutoria y oferta propia.

Se analizó la percepción de los profesionales y las áreas de mejora.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

PAÍS VASCO

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Atención integral del paciente ambulatorio con patología cardiológica

RESUMEN DEL PROYECTO:

El hospital San Eloy da cobertura sanitaria a los municipios vizcaínos de Baracaldo y Sestao, con una población aproximada de 130.000 habitantes y con 7 centros de salud en Barakaldo y 2 centros en Sestao, pertenecientes a la Comarca de Atención Primaria de Ezkerraldea-Enkarterri.

El servicio de Cardiología del hospital atiende las consultas extrahospitalarias de los ambulatorios de Barakaldo y de Sestao.

Se plantea potenciar nuevos protocolos para la coordinación entre atención primaria y atención especializada con estos objetivos concretos:

- establecer cauces de comunicación bidireccionales ágiles y efectivos
- garantizar la prestación a cada paciente con la prioridad necesaria por su patología cardíaca
- obtener una demora máxima en primeras consultas inferior a 30 días
- mejorar la continuidad de cuidados, en especial en pacientes con patología cardíaca crónica
- facilitar el especialista a los médicos de atención primaria los recursos necesarios para la toma de decisiones
- introducir herramientas de telemedicina

Se definió una nueva sistemática de citación para las consultas de cardiología del ambulatorio de Barakaldo. Se elaboró un procedimiento de acceso desde la consulta de cardiología a pruebas complementarias (E.C.G.) realizadas en atención primaria. Se planificó un programa de formación en controles de factores de riesgo cardiovascular

Han mejorado notablemente los cauces de participación entre niveles. Cada paciente es citado con la prioridad exigida por su problema de salud. Todos los pacientes son atendidos en primera consulta con una demora inferior a 30 días. Los médicos de atención primaria reciben la información necesaria de los especialistas para garantizar la continuidad de cuidados.

Indicadores clave utilizados: Volumen de citas electrónicas, Demoras máximas y Demoras medias.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

PAÍS VASCO

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

¿Sirven para algo las declaraciones de eventos adversos en la mejora de la seguridad del entorno del paciente crítico?

RESUMEN DEL PROYECTO:

Ámbito de intervención el Hospital Santiago de Vitoria-Gasteiz.

Verificar la puesta en marcha de medidas correctoras de mejora de factores relacionados con la aparición de eventos adversos en el servicio de Medicina Intensiva.

Método descriptivo y analítico de los 104 eventos adversos declarados desde diciembre de 2006 hasta diciembre de 2008, análisis de los factores contribuyentes a su aparición y su relación con las medidas puestas en marcha.

De los 104 declarados 21 fueron casi incidentes y 83 llegaron al paciente. Los factores con los que estuvieron relacionados fueron ordenados por frecuencia de aparición: 31 medicación, 26 equipos-dispositivos, 11 diagnóstico y seguimiento, 8 identificación, 7 procedimientos, 4 pruebas diagnósticas, 3 traslados, 2 dieta, 2 hemoderivados, 1 cirugía y 9 no consta.

Ponderando con la gravedad se priorizan las intervenciones realizadas en las áreas de hemoderivados, medicación, equipos-dispositivos, seguimiento del paciente e identificación.

El sistema de declaración de incidentes es útil para dirigir la implementación de medidas correctoras ahí donde, bien por frecuencia o por gravedad, se ha visto más necesaria.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

PAÍS VASCO

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Integración laboral del paciente con trastorno mental grave

RESUMEN DEL PROYECTO:

Ámbito de intervención salud mental extrahospitalaria de Gipuzkoa (SMEG).

Se trata de demostrar el recorrido innovador de SMEG en colaboración con diferentes instituciones, en la gestión de diferentes acuerdos y convenios de colaboración para integrar en la sociedad a pacientes con trastorno mental grave.

- 1996: Acuerdo marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza, y la Diputación Foral de Gipuzkoa para coordinar la atención sanitaria y social para la integración del trabajo protegido de los enfermos mentales crónicos.
- 2000: Protocolo de actuación para garantizar la prestación de atención psiquiátrica en la red de Centros Especiales de Empleo y Centros Ocupacionales que se hallen gestionados, tutelados o concertados con la Diputación.
- 2003: Convenio de colaboración entre el Gobierno vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, y la Asociación de municipios vascos Eudel para el desarrollo de la atención socio-sanitaria.
- 2004: Acuerdo de colaboración entre SMEG y EHLABE para actuar de forma coordinada en la reinserción y rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave.

A pesar de que en el censo comparativo por tipo de discapacidad los enfermos mentales han crecido un 10% en los últimos 8 años (15,5% en 2000 y 25,6% en 2008), la

integración laboral de los pacientes con trastorno mental grave a través de Centros ocupaciones y Centros Especiales de Empleo se ha triplicado (195 personas en 1999 y 632 en 2008). Además, una encuesta realizada a usuarios del Grupo Gureak en 2009 demuestra la idoneidad, como medio rehabilitador, de la actividad laboral que desarrollan (el 73% de las personas dice que el trabajo es muy adecuado o bastante adecuado y el 62% afirma que la actividad que realiza contribuye a controlar mejor su enfermedad mental).

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

LA RIOJA

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Fomento responsabilidad individual en el control de gastos corrientes y protección del medio ambiente

RESUMEN DEL PROYECTO:

La Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, implica a su personal en el control del gasto corriente y protección del medio ambiente a través del fomento del reciclaje del papel y el cartón, optimizando el uso de las máquinas fotocopiadoras y control de los gastos realizados en comunicaciones telefónicas.

Necesidad de optimizar el gasto público, eliminar prácticas y usos poco eficientes, fomento de prácticas positivas en estos ámbitos.

En las diferentes sedes de la Consejería se ubican diversos puntos de recogida de papel y cartón fácilmente identificables donde los empleados depositan estos residuos. Cada semana, operarios del servicio de limpieza del Ayuntamiento de Logroño recogen los recipientes agrupados por los subalternos en el lugar de recogida.

Se ha establecido el método de ahorro de energía por defecto y los usuarios los apagan fuera del horario de oficina.

Se comunicó al personal el objetivo de la medida del control del gasto y la forma de aplicación de la misma (análisis individualizado del gasto en consumo telefónico asociado a cada una de las extensiones), a la vez que se recordaban las alternativas existentes.

Los resultados de las dos primeras acciones que integran esta experiencia son positivos por la implicación del personal que interioriza y aplica automáticamente. Cada semana se vacían los contenedores de papel dispuestos al efecto y la correcta gestión de las fotocopiadoras, elementos de alto consumo, supone un ahorro significativo de energía, por último, se ha alcanzado un ahorro del 40% en la facturación de telefonía comparada desde que se realiza el seguimiento.

Indicadores de evaluación: frecuencia de retirada de los recipientes de papel y cartón; gasto de factura eléctrica y comparación de las facturas emitidas por la compañía telefónica.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

CEUTA (INGESA)

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Implantación global de múltiples proyectos TIC integrados para una prestación asistencial más segura, eficaz y confortable para los pacientes.

RESUMEN DEL PROYECTO:

Intervención en el Hospital Universitario del INGESA en Ceuta.

El proyecto ha sido diseñado en 2009 y desarrollado entre mayo de 2009 y enero de 2010. El objetivo del proyecto es mejorar la accesibilidad de los servicios, la seguridad del paciente, la confidencialidad de la información y la gestión de los servicios e instalaciones de forma integrada, apoyándose en las TIC.

Fases y recursos empleados:

- Fase de preparación (2008-septiembre 2009), donde se desarrollan la planificación, cambios organizativos, de procedimientos de trabajo y formación de los profesionales. Se hace la digitalización de todas las historias clínicas y los procesos asistenciales de los últimos cinco años para que toda la información de los pacientes estuviera en formato electrónico y prescindir del papel.
- Fase de instalación y configuración de la red de comunicaciones internas y conexión con el resto de la red sanitaria. Instalación de elementos de electromedicina conectados en red. Dotación de Hw y Sw del CPD para despliegue de aplicaciones. Despliegue de servicios basados en red (telefonía, video-vigilancia, monitorización,...).
- Fase de inicio de actividad asistencial con despliegue de imagen digitalizada (radiografías digitales en todos los centros sanitarios de Ceuta). Trabajo en red (telemedicina) de los dos Hospitales (dos centros asistenciales compartiendo información y un solo sistema informático).
- Fase de traslado total de actividad asistencial y despliegue de servicios. (1 al 15 de febrero de 2010). Instalación de puesto de trabajo virtual y escritorio remoto. Inicio de los nuevos servicios clínicos y las aplicaciones asociadas. Integración de las aplicaciones sanitarias de los distintos departamentos. Captura e Integración y de señales de electromedicina en la historia clínica.

El coste total de la inversión en elementos tecnológicos y servicios TIC ha sido de 4 millones de euros, habiéndose contado con financiación del Plan Red.es para la dotación de equipamiento. El proyecto se ha desarrollado con un equipo de siete profesionales de informática del hospital y centros de salud, que compatibilizaban la nueva implantación con el soporte y explotación de los sistemas en producción en los centros sanitarios, y con la colaboración y apoyo desde los servicios Centrales del INGESA.

Resultados alcanzados:

- Toda la información clínica se ha integrado en una Historia Clínica Electrónica Unificada (HCEU) para utilización de todos los médicos y enfermeras y, centrada en el paciente, por medio de un identificador único. La consolidación de la HCEU ha facilitado la unificación de los circuitos clínicos y las relaciones de los ámbitos asistenciales de Atención Primaria y el Hospital.

- Se ha configurado un puesto informático clínico por medio de terminales ligeros, distribuido por todo el hospital, que permite que cualquier profesional acceda mediante una identificación segura basada en tarjeta criptográfica, a su estación de trabajo en cualquier parte del hospital.
- También se han incorporado elementos de telemedicina para que desde distintas ubicaciones (quirófanos, salas diagnósticas, endoscopia...) se pueda consultar en directo con otros profesionales tanto con fines asistenciales como docentes o investigadores.
- La plataforma tecnológica instalada también permite la mejora en la oferta de otros servicios de carácter no asistencial basados en los servicios de televisión, como puede ser la distribución de canales de video de producción propia del hospital, ofrecer una amplia gama de canales de televisión y el acceso inalámbrico a Internet con zona WIFI libre a los pacientes y visitantes en todo el hospital.
- Se ha mejorado la gestión de los elementos de carácter general del edificio, con monitorización, vigilancia y gestión remota.

Conclusiones:

- Una de las claves de mejora de la prestación asistencial es que se puede disponer de la información necesaria en el momento oportuno y, en un lugar preciso, así como en poder distribuir este conocimiento para que pueda ser compartido por los distintos profesionales en el momento de la toma de decisiones sobre el paciente. Esto permite unificar los procedimientos e incorporar las mejores prácticas dentro de la organización.
- Disponer de elementos de comunicación y trabajo en red nos ha permitido:
 - Conectar al paciente con su cuidador
 - Conectar a los profesionales responsables de un paciente
 - Conectar a los profesionales con su organización.
 - Conectar el hospital con el mundo.

La visión global del proyecto en su conjunto, la colaboración en el seguimiento del mismo por los distintos profesionales implicados, la construcción de una capa tecnológica de elementos seguros por diseño y, la combinación de las tecnologías de electromedicina con las TIC, están facilitando un despliegue de servicios a la población mas accesibles, eficaces y seguros.

La inversión realizada en TIC de cuatro millones de euros, está permitiendo un retorno importante por la disminución de costes directos e indirectos en el servicio sanitario.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

MELILLA (INGESA)

TÍTULO O DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DESARROLLADO:

Proyecto de Intervención para la Mejora de la Prestación Farmacéutica en Pacientes Crónicos Polimedicados

RESUMEN DEL PROYECTO:

El ámbito de intervención es la Atención Primaria (AP) del Área Sanitaria Única del INGESA en Melilla.

El Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2009 elabora el programa de polimedificados con el fin de mejorar la atención sanitaria a este tipo de pacientes crónicos. El objetivo principal del Programa es adoptar una estrategia conjunta en el SNS para establecer procedimientos de control de la calidad de la prestación farmacéutica y, establecer modelos de relación entre los profesionales sanitarios para abordar un adecuado control que contribuya a conseguir la efectividad y la seguridad de los tratamientos con fármacos que reciben estos pacientes, mejorando tanto la calidad asistencial como la eficiencia en el uso de los recursos. Este objetivo es asumido por el equipo directivo de AP en Melilla para todos sus centros de salud. Así mismo, se pretende potenciar la calidad de la prescripción utilizando los medicamentos de forma racional, lo cual se espera se traduzca en más beneficios en términos de salud, mejora de la calidad de vida y del control de las enfermedades crónicas, disminuyendo así las complicaciones, los ingresos hospitalarios y en consonancia tener un efecto potencial en la reducción de la mortalidad. (IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 33, N° 1/2009).

El compromiso adquirido por la Dirección Médica de AP, la Dirección de Enfermería de AP y el Farmacéutico de AP para el año 2009 se materializó en la decisión de elaborar un proyecto de “Análisis de la situación en Pacientes Polimedificados e Intervención para la Mejora en el ámbito de la Atención Primaria”.

Objetivos: mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento y detectar problemas en la utilización de los medicamentos.

Población Diana: pacientes polimedificados de alto riesgo, definidos como aquellos con un consumo medio mensual durante 2008 \geq 10 envases.

Metodología:

- Diseño y elaboración de un Cuaderno de Recogida de Datos (CDR) o Protocolo de Valoración del Paciente Polimedificado.
- Información a los Coordinadores Médicos y de Enfermería de cada uno de los cuatro Equipos de los objetivos del plan, la población diana y metodología.
- Información a cada Médico de Familia y al personal de enfermería de los pacientes de su Cupo afectados por la intervención.
- El personal de enfermería realizará la revisión de aquellos polimedificados de alto riesgo incluidos en el Programa de Inmovilizados, acudiendo a su domicilio.
- El médico de familia realizará la revisión del resto de polimedificados de alto riesgo que pertenezcan a su cupo.
- Primera Visita: Complimentación del Cuaderno de recogida de Datos o Protocolo de Valoración del Paciente Polimedificado. Según el caso, establecimiento de un diagnóstico enfermero sobre el manejo efectivo o inefectivo del tratamiento. O revisión de la oportunidad del tratamiento y la adherencia terapéutica en la consulta estableciendo las medidas de modificación de tratamiento si así lo considerase oportuno.
- Registro oportuno en el programa E-Siap de las intervenciones a fin de que pudieran ser modificados los tratamientos en caso de necesitarse.
- Segunda Visita: Los resultados de dicho protocolo se tabularán y plasmarán en un estudio que se valorará por la Comisión de Investigación, a fin de ser publicado y/o presentado en el congreso de Atención Primaria si procediera. Una vez realizada la primera y segunda visitas se entregarán los CRDs cumplimentados en la Gerencia para tabular los datos.

En enero de 2009: a partir de los datos que suministra Digitalis, se elaboró un listado

inicial de pacientes con un consumo igual o superior a 120 envases entre enero y diciembre de 2008, que incluyó 594 pacientes. También en enero de 2009 se elaboró Protocolo de Valoración del Paciente Polimedocado (Anexo 1). En marzo de 2009 se informó a los Coordinadores Médicos y de Enfermería. En abril de 2009 se distribuyó el listado de pacientes polimedocados de alto riesgo a cada Médico de Familia.

Se suministraron datos relativos a: n° de identificación del paciente, régimen al que pertenece, edad, n° de prescriptores, n° de envases prescritos, importe de las prescripciones, aportación del asegurado y gasto generado.

De junio a octubre de 2009 se realizó la primera visita para la cumplimentación del Protocolo de Valoración del Paciente Polimedocado.

Resultados: de los 594 pacientes suministrados por Digitalis, han sido valorados 201, de los cuales 110 pacientes han sido valorados por enfermería tanto en domicilio como en consulta, y 44 pacientes han sido valorados por médicos de familia.

Si bien el compromiso adquirido fue dos registros (captación y revisión), la realidad es que al final del segundo semestre cambios ocurridos en la Dirección Médica de AP han impedido actuaciones de coordinación entre los distintos profesionales implicados, solo se han llevado a cabo las visitas de captación con las consiguientes modificaciones en tratamiento según los médicos de familia.

La captación de los pacientes polimedocados inmovilizados en domicilio ha sido realizada por las enfermeras de familia, realizando no sólo la valoración sino el establecimiento del diagnóstico enfermero de cumplimiento o incumplimiento del régimen terapéutico, como base para la modificación oportuna del tratamiento por parte del médico de familia, así como la educación sanitaria necesaria en cada caso.

La revisión de estos pacientes polimedocados inmovilizados estaba previsto que la realizase enfermería en el domicilio de los mismos, en el primer trimestre de 2010.

La revisión de los polimedocados validos estaba previsto hacerla en consulta por los médicos de familia.

Así mismo, consideramos necesaria una revisión del procedimiento y, una mejora en el registro informático que favorezca una mayor implicación de los profesionales para conseguir una mejora de la calidad de la asistencia y una utilización más eficiente del recurso farmacológico.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mpsi.es