



ANEXO I

FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

ESTRATEGIA EN DIABETES

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

MEJORA DE LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 MEDIANTE LA AUTOMONITORIZACIÓN DE LA GLUCEMIA.

3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- Nombre de la entidad y de la persona de contacto: M^a del Carmen Ibáñez Rodríguez
- Domicilio social (incluido Código Postal.): Gerencia de Atención Primaria de Burgos. C/ José María de la Puente 1, 09006-Burgos
- CCAA: Castilla y León
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:
Nombre y apellidos: e-mail: Teléfono: Ángel Carlos Matía Cubillo. 947-280536.
amatiac@saludcastillayleon.es

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)²	Asistencia integrada de las personas con diabetes

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Otro (especificar):

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: Dichas líneas son las que figuran en el criterio de PERTINENCIA dentro de la herramienta de Autoevaluación (Anexo II) utilizado. La(s) línea(s) que se cumplimente(n) en esta ficha –como máximo 3- debe(n) coincidir con las que Vds. haya señalado en la herramienta de Autoevaluación o en caso de haber señalado más de tres en la herramienta, aquí sólo podrá incluir como máximo 3.



6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: **1-1-2013**
- Actualmente en activo: **SI**
- Fecha de finalización: **31-12-2013**

7. BREVE DESCRIPCIÓN

Población diana

Pacientes > 14 años con diabetes mellitus tipo 2 del Área de Burgos.

Objetivos:

1. Mejorar la eficiencia en la adecuación y utilización de las tiras de glucemia en los pacientes diabéticos tipo 2 del Área de Burgos.
2. Conseguir la efectividad del control metabólico con una utilización eficiente de las tiras de glucemia en los pacientes diabéticos tipo 2 del Área de Burgos.

Metodología

Elaboración de un Proyecto de Mejora de Calidad en la Gerencia de Atención Primaria de Burgos: Definición del problema u oportunidad de mejora. Análisis de situación mediante entrevista con personas clave. Priorización de las causas más importantes sobre las que se pueden actuar. Elaboración de objetivos. Dimensiones de estudio. Diseño de la evaluación. Definición de criterios y estándares. Cronograma.

Presentación del Plan de Mejora a los Coordinadores y Responsables de Enfermería de los Centros de Salud, en Consejo de Gestión de la Gerencia de Atención Primaria.

Remisión de Acta de cada Centro de Salud que recoja la presentación del Plan al Equipo.

Presentación del Plan de Mejora a los responsables de los Servicios y/o Hospitales implicados del Área de Salud, en las reuniones del Grupo de trabajo de Diabetes Mellitus, que tuvieron lugar en la Gerencia de Salud de Área.

8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

En conclusión tras un año de implantación del Proyecto de Mejora de Calidad de la efectividad y eficiencia del control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 mediante la automonitorización de la glucemia, podemos observar:

-Los criterios 3 (codificación en la Historia Clínica Informatizada MEDORA del número de tiras / mes a entregar en función del diagnóstico y tratamiento) y 6 (presentación del Proyecto a los Servicios y/o Hospitales implicados del Área de Salud), que dependían únicamente de la GAP, se han cumplido al 100%.



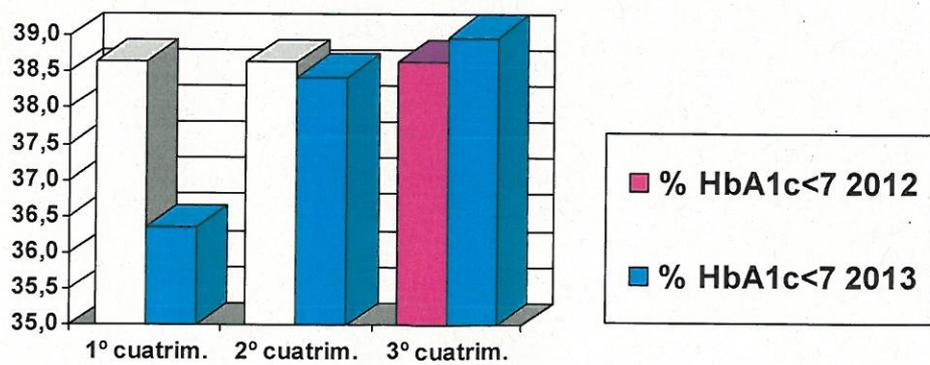
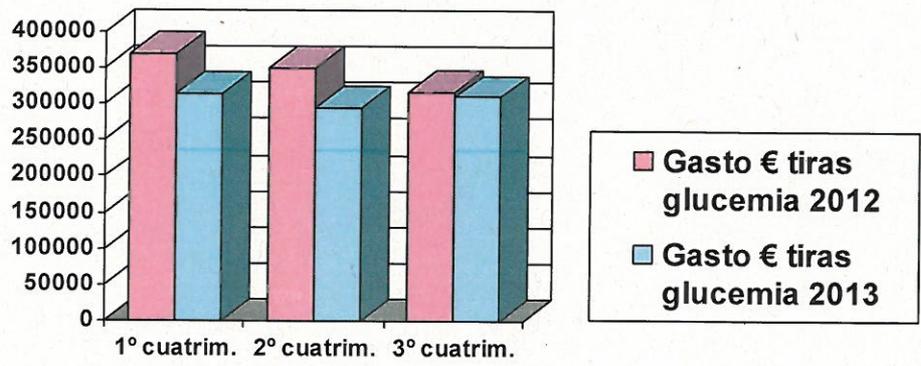
-Los criterios 1 (Acta de reunión de equipo con presentación del proyecto) y 5 (registro de "Recomendaciones SACYL 2011"), los valores de sus indicadores inicialmente bajos, han ido mejorando, ya que son valores acumulativos anuales, si bien indican un problema de registro de ciertas actividades y/o de explotación de los datos registrados. En el caso concreto del indicador del criterio 5, la explotación de los datos se hizo mediante muestreo aleatorio de historias clínicas, ya que en este caso no es posible la explotación estadística automatizada del registro de dicha actividad.

-Los criterios 2 (revisión y depuración de los procesos clínicos codificados en MEDORA como diabetes) y 4 (adecuación del número de tiras/mes solicitadas a las indicadas en función del diagnóstico y tratamiento), sus indicadores han cumplido el estándar planteado; lo que indica que el proyecto de mejora se está implementando.

-El criterio 7 con sus dos indicadores (gasto en tiras de glucemia y porcentaje de pacientes con HbA1c <7) es el que resume la efectividad y eficiencia del proyecto de mejora. Ha disminuido el consumo de tiras reactivas de glucemia capilar y el importe de estas, alrededor del 15 %, en el primer y segundo cuatrimestre del año 2013 respecto al pasado año, sin embargo se observa un repunte en este último cuatrimestre, que habrá que seguir para valorar sus causas. Con respecto al porcentaje de pacientes diabéticos con un control óptimo, hay que tener presente que este dato es interanual y en este último corte cuatrimestral se observa que el control de los pacientes diabéticos con un estándar de calidad como la HbA1c<7, es igual o mejor que el año previo.

DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	
Población de estudio	Diabéticos > 14 años tipo 2
Grupo de edad, sexo, patología de un CS, etc.	del Área de Burgos
Fuente de identificación de casos	MEDORA
Fuente de obtención de los datos	MEDORA
Especificar tipo de registro utilizado	
Tamaño de la muestra	Poblacional
Método de muestreo	No aplicable
Reemplazamiento	No aplicable
Monitorización	Cuatrimestral
Pilotaje previo	No
Periodo evaluado	Anual

CRITERIOS CON INDICADORES Y ESTANDARES	
Criterio 1	Indicador 1: <u>Nº de profesionales sanitarios que asisten a la sesión del proyecto de mejora de calidad</u> Nº total de profesionales sanitarios de AP del Área de Burgos Estándar ≥ 80%
Criterio 2	Indicador 2: <u>Nº de pacientes diabéticos (salvo DM2 con dieta o ADOs con bajo riesgo hipoglucemia)</u> Nº de pacientes con tiras de glucemia asignadas Estándar ≥ 80%
Criterio 3	Indicador 3: <u>Nº de Centros de Salud con el cálculo del número de tiras /mes a entregar en MEDORA</u> Nº total de Centros de Salud Estándar ≥95%
Criterio 4	Indicador 4: <u>Nº de tiras/mes indicadas en función de su diagnóstico y tratamiento específico</u> Nº de tiras/mes solicitadas Estándar ≥75%
Criterio 5	Indicador 5: <u>Nº de diabéticos que han recibido información de las RECOMENDACIONES SACYL 2011</u> Nº de diabéticos Estándar ≥70%
Criterio 6	Indicador 6: <u>Nº de reuniones con los Servicios de Medicina Interna y Endocrinología</u> Nº de Servicios implicados Estándar 100%
Criterio 7	Indicador 7.1: <u>Gasto en tiras de glucemia en el año 2013 ajustado por nº de diabéticos en dicho año</u> Gasto en tiras de glucemia en el año 2012 ajustado por nº de diabéticos en dicho año Estándar ≤80%
	Indicador 7.2: <u>% de pacientes diabéticos con HbA1c<7 en el año 2013</u> % de pacientes diabéticos con HbA1c<7 en el año 2012 Estándar ≥100%



En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

