

MESA 7

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

NATALIA CASANOVA CARTIE

Unidad de Calidad. Sector Calatayud

SEGURIDAD DEL PACIENTE

SALA 115

16 de JUNIO 11:30 horas

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. FORMACIÓN ORGANIZADA EN COMPETENCIAS EN ARAGÓN PARA EL APRENDIZAJE DE TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Autores: Noya C, Latorre A, Abadía J, Bruna M, Gracia G, Serrano I*

** ANA LATORRE IZQUIERDO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (cnoya@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Focuss es un proyecto de formación diseñado por el I+CS en colaboración con el Sistema Sanitario público de Aragón. Su objetivo es mejorar la calidad de la asistencia mediante la mejora de las competencias de los profesionales de salud. Para ello se realizan programas de formación, eminentemente prácticos, consistentes en estancias cortas en los centros acreditados para impartir esta formación. Dentro de este marco conceptual se pone en marcha en el año 2008 el programa "Técnicas y procedimientos de enfermería en urgencias de pediatría" ofertado para los profesionales de enfermería, que precisen de esta formación para su quehacer diario.

Objetivo:

Presentar y evaluar el programa formativo "focuss" organizado por enfermeras de urgencias del Hospital infantil

METODOLOGÍA. Tras la publicación de la 3ª convocatoria "Focuss 2008", se diseña el programa formativo teórico práctico de tres días de duración "Técnicas y procedimientos de enfermería en urgencias pediátricas" centrado en RCP pediátrica, cuidado de heridas, suturas y técnicas de vendaje.

Tras ser acreditado y aprobado por el comité de coordinación Focuss se pone en marcha en la unidad.

Se evalúan aspectos fundamentales del programa, del centro formativo, del formador, del tutor y del I+CS utilizando cuestionario con 21 preguntas cerradas y 1 abierta, en el que medimos el índice de satisfacción de los alumnos, utilizando escalas Likert de 1 a 5.

RESULTADOS. Durante el año 2008 realizamos la 1ª edición del programa acreditado.

Respecto a los alumnos que lo realizan el 100% son mujeres, y de estos el 75% pertenecen al medio rural.

Sobre 5 puntos los alumnos han evaluado a los formadores con promedio 4,25 puntos, el tutor con promedio 4,15 puntos, el centro promedio 4,5 puntos, impacto en los usuarios promedio 3 puntos y utilidad del programa promedio 3,8 puntos.

CONCLUSIONES. Se constata la idoneidad de un plan de formación para enfermeras, que permita la adquisición de conocimientos en el área de urgencias pediátricas.

La participación en el programa, ha permitido intercambiar experiencias con otros profesionales, acercarnos a los profesionales del medio rural, mejorar la carrera profesional de los enfermeros que han participado así como obtener cierto reconocimiento profesional del centro.

No obstante, para poder profundizar más en las materias que se imparten se debería ampliar el número de horas totales del programa formativo, así como se debería realizar en turno de tardes ya que es el momento donde la actividad asistencial de la unidad es mayor.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. ¡VAMOS A ENTENDERNOS!

Autores: Sainz C, Maria BC, Purificacion AS*

** CONCEPCION SAINZ DE VARANDA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (csainzdevaranda@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Proyecto que nace de las inquietudes del personal de enfermería de la unidad de grandes quemados del hospital Miguel Servet de Zaragoza ante un nuevo obstáculo que en los últimos años se presenta en la comunicación con los pacientes: La barrera lingüística.

En la unidad de quemados de Zaragoza contamos con la ayuda inestimable de la casa de las culturas que ofrece asistencia de traductores cuando es necesario pero claro está que este servicio no funciona durante las 24 horas, con lo que el día a día durante el ingreso queda entre el paciente y el personal de enfermería.

OBJETIVOS fundamentales de este proyecto son:

- Mejorar la comunicación y la relación paciente/enfermero.
- Aumentar la calidad del proceso de atención de enfermería.
- Reducir la ansiedad del paciente y familia que se ve aumentada por el la barrera lingüística.
- Aumentar el nivel de satisfacción del paciente y familia con el servicio.
- Mejorar la disposición del paciente y familia para el autocuidado y el cumplimiento terapéutico. (Dieta, reposo, medidas de aislamiento...) Cuando algo no se entiende resulta difícil de cumplir.

METODOLOGÍA. El grupo de trabajo elaboró un tríptico en el que se reflejan las preguntas y situaciones mas frecuentes que ocurren durante el ingreso tomando como base las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Este documento fue traducido a varios idiomas en la casa de las culturas de Zaragoza (Ruso, Francés, Rumano, Inglés, Árabe, Polaco, Chino). Además se apoya con ilustraciones gráficas para facilitar su comprensión.

También se realizó un estudio estadístico retrospectivo que justifica la realización del proyecto y la elección de los idiomas.

RESULTADOS. Con la entrega al paciente y familia de estos documentos y su utilización por parte tanto de ellos como del equipo de enfermería lo primero que perciben en medio de la situación tan crítica es un mano que se tiende hacia ellos cargada de buenas intenciones la margen de la profesionalidad sanitaria. Además se ven cumplidos nuestros objetivos que se describen en el apartado anterior.

CONCLUSIONES. Con la entrega al paciente y familia de estos documentos y su utilización por parte tanto de ellos como del equipo de enfermería lo primero que perciben en medio de la situación tan crítica es un mano que se tiende hacia ellos cargada de buenas intenciones la margen de la profesionalidad sanitaria. Además se ven cumplidos nuestros objetivos que se describen en el apartado anterior.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. UTILIDAD DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL NEONATO, PARA LA ENFERMERA DE PEDIATRÍA DE AP DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores: Noya C, Gracia G, Arellano C, Abadia J, Bruna M, Latorre A*

** GEMA GRACIA CASADO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (cnoya@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. El SALUD establece en el decreto 41/2005 de "Organización y funcionamiento del sector" que debemos asegurar una correcta, coordinada y continuada asistencia a la población, en los mejores términos de efectividad y de eficiencia posible. Dentro de este marco conceptual se pone en marcha el ICCE, instrumento clave que garantice la continuidad de cuidados en el neonato.

OBJETIVOS

1. Evaluar el grado de cumplimentación del ICCE en Neonatos
2. Evaluar la efectividad del circuito en la transmisión de la información sobre los cuidados de enfermería.
3. Valorar la utilidad y áreas de mejora detectada por las enfermeras de AP

METODOLOGÍA.

Hemos realizado un estudio cuantitativo descriptivo observacional donde se analiza el nº de ICCE realizados en el año 2008 en neonatos a través de la historia clínica y un estudio cualitativo fenomenológico donde valoramos la utilidad del ICCE a través de encuestas tanto al cuidador principal del neonato dado de alta domiciliaria en el año 2008 como a las enfermeras de pediatría de los centros de salud incluidos en el estudio.

Se realiza un análisis porcentual de los datos extraídos de las encuestas.

RESULTADOS. Durante el año 2008 se han producido 1057 altas en Neonatos, de las cuales un 56,95% se acompañan de ICCE.

De estos un 95,01% de los Neonatos han sido dados de alta domiciliaria con la recomendación de entregar el ICCE a su enfermera de AP.

La entrevista al cuidador principal muestra que un 85,31% entregan el ICCE en su centro de salud, de estos, el 68,87% lo entregan a su pediatra, el 7,22% lo entregan al pediatra y la enfermera y solo un 5,30% lo entrega a la enfermera de pediatría de referencia.

En la encuesta a los profesionales de AP se extrae que el 41,18% recuerda haber recibido el ICCE y de estos a un 57,14%, les resultó útil. El 100% de los profesionales no suprimirían ningún dato relativo al estado de salud del neonato y el 11,76% añadirían las pautas de cuidados que ha recibido durante el ingreso y los diagnósticos enfermeros de "riesgo de...".

CONCLUSIONES. El ICCE proporciona una visión rápida y global del estado del Neonato y de los cuidados enfermeros que precisa.

Sería interesante desarrollar un sistema informático para la transmisión del informe entre niveles asistenciales, que facilite la elaboración del mismo, la explotación de los datos así como la comunicación bidireccional.

Mientras tanto, las enfermeras debemos seguir insistiendo a los padres en la importancia de que entreguen el ICCE a su enfermera del Centro de Salud y la enfermera de AP solicitarlo a los padres.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. UNA VEZ IMPLANTADA LA VIA CLINICA DEL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO ¿QUÉ OCURRE EN LAS SITUACIONES ADVERSAS?

Autores: Portero MP, Castilla E, Gimeno J, Fernandez C, Lacambra I, Chillaron E*

** MARIA PILAR PORTERO PEREZ. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (pillpor@comz.org)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Monitorizar la Vía Clínica (VC) del cateterismo cardíaco programado (CCP) en tres puntos de cortes totalmente diferentes, al mes de recién implantada, un mes dentro del primer año tras su implantación y un mes a los 30 meses de su puesta en marcha. Este último coincidiendo con el traslado del personal y de la actividad a otro hospital, por remodelación de la sala de hemodinámica, teniendo en cuenta que los pacientes ingresaban en el hospital de origen y eran trasladados exclusivamente para la realización del cateterismo.

METODOLOGÍA. Se analizó la VC de los pacientes que ingresaban de forma programada para la realización de cateterismo cardíaco, excluyendo urgentes y preferentes de pacientes ya ingresados. Evaluamos el grado de cumplimiento de la VC, la estancia hospitalaria y las complicaciones en el primer mes tras su implantación (mayo de 2006), un mes aislado a los 11 meses de implantación (abril de 2007) y un mes a los 30 meses de implantarse (noviembre de 2008).

RESULTADOS. En mayo de 2006, ingresaron 40 pacientes para CCP: el grado de cumplimiento de la VC fue tan sólo del 14,4%, el alta hospitalaria en 48 horas fue del 72,2%, hubo un 2% de complicaciones (1 hematoma femoral) y 0% de muertes. En abril de 2007, ingresaron para CCP 63 pacientes: el grado de cumplimiento de la VC fue del 80%, el alta hospitalaria en 48 horas fue del 87%, hubo un 3% de complicaciones (1 Ictus periprocedimiento y 1 Fístula arteriovenosa femoral) y 0% de muertes. En noviembre de 2008, ingresaron 54 pacientes para CCP: el grado de cumplimiento de la VC fue del 90%, el alta hospitalaria en 48 horas fue del 80%, hubo un 1% de complicaciones (1 hematoma femoral) y 0% de muertes.

CONCLUSIONES. -La implantación de una VC presenta una serie de dificultades, fundamentalmente al inicio, subsanables con el tiempo.

-Los resultados son óptimos y muy satisfactorios, máxime cuando la última monitorización se ha realizado en una situación extraordinaria, detectando en esta última una ligera variación y para nada significativa en el Indicador de estancia hospitalaria, posiblemente en relación con la ausencia del personal de hemodinámica a otro centro.

-Una vez superado el primer año de implantación, y habituado el hospital a la misma, la VC del CCP supera situaciones adversas, como puede ser la ausencia del personal encargado en supervisarla día a día.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. DISPENSACIÓN DE TRATAMIENTOS FINITOS AL ALTA HOSPITALARIA EN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA: ALGO MÁS QUE OPORTUNIDAD DE AHORRO

Autores: Abad MR, Villar-Fernandez I, Izuel-Rami M, Domingo JA, Carretero JA, De-Pablo F et als.*

** MARIA REYES ABAD SAZATORNIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (rabads@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Desde 2006 en Neumología se dispone de farmacéutico de enlace que realiza conciliación de la medicación al ingreso y alta, y proporciona información de medicamentos al alta a pacientes con nº fármacos prescritos > 5. A mediados de 2007 se inició la dispensación de los tratamientos finitos prescritos. Este trabajo pretende conocer el impacto de esta dispensación

METODOLOGÍA. El farmacéutico de enlace dispensa al alta las unidades exactas para finalización del tratamiento de medicamentos prescritos incluidos en la guía farmacoterapéutica, con duración de tratamiento inferior a un mes. Ámbito: pacientes ingresados en planta de Neumología. Periodo: julio2007-junio2008. Variables: nº pacientes atendidos, sexo, edad, aportación, nº de fármacos dispensados, grupo farmacoterapéutico, nº de unidades dispensadas y nº de unidades evitadas, ahorro frente a la dispensación a través de receta. Ahorro por medicamento= PVP envase comercial - (dosis dispensadas * precio unitario de compra en el hospital). Para pacientes no pensionistas se aplica un factor de corrección de 0,6

RESULTADOS. De las 1163 altas generadas, 778 (56,1%) eran susceptibles de tratamiento finito, dispensándose medicamentos a 729 pacientes. Se trató de 501 hombres y 228 mujeres, con edad media de 69,7 años (DE=13,3, rango: 18-92), de los que el 85,9% eran pensionistas. Se dispensaron un total de 1164 tratamientos (un fármaco a 382 pacientes, dos a 267, tres a 70, cuatro o más fármacos a 10 pacientes), con un promedio de fármacos por paciente de 1,60 (DE: 0,73, rango 1-5). La media de dosis dispensadas por tratamiento/paciente fue 10,82 (rango: 2-42) y de dosis evitadas 11,97 (rango 0-29).

Distribución de los fármacos dispensados por grupo terapéutico: 42,4% antiinfecciosos, 44,3 % corticoides, 8,9 % Inhibidores de Bomba de Protones y 4,4 % otros. Se consiguió ahorrar 12.510,4 € (17,2 €/paciente) correspondiendo el 77,8 % a antiinfecciosos.

Dentro de este grupo, las fluoroquinolonas constituyen el 50,4% de los antibióticos dispensados, seguidos de beta-lactámicos (26,7%) y cefalosporinas (16,3%)

CONCLUSIONES. Más de la mitad de las altas generadas son subsidiarias de dispensación de medicamentos al alta. Por cada dosis de fármaco dispensada se evita la acumulación domiciliar de otra, lo que contribuye a disminuir el riesgo de automedicación del paciente, especialmente con antibióticos.

El ahorro económico, derivado tanto de la dispensación del número exacto de dosis como de su menor precio de adquisición hospitalario, es otro aspecto importante

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. DREAMING: MONITORIZACIÓN DEL ANCIANO FRAGIL EN SU DOMICILIO

Autores: Sanjoaquin AC, Coll J, Pinilla R, Lopez M, Lanao P, Salillas V*

** MARICELA LOPEZ. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA (mlopezher@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.

1.- Objetivo General: diseñar estudio de monitorización de pacientes

2.- Objetivos Específicos:

- Conocer prevalencia de fragilidad en nuestro entorno. Identificar variables/factores determinantes de la misma
- Determinar potenciales factores de riesgo que se asocian a reingresos
- Disminuir institucionalización
- Desde el punto de vista tecnológico: desarrollar prototipo capaz de atender necesidades de recogida de señales biomédicas del paciente, posterior transporte e integración con sistema de información asistencial, utilizando canal de comunicación bidireccional que permita la interacción entre agentes asistenciales y pacientes

METODOLOGÍA. Estudio de casos control mediante detección de anciano frágil al ingreso hospitalario a través del programa informático de riesgo social y atención a la dependencia existente en el hospital y mediante búsqueda activa de casos e investigación en los tres primeros meses tras alta si reingreso.

Selección de patologías a monitorizar, parámetros a monitorizar por patología, selección de alarmas e indicadores.

Mediante la innovación tecnológica monitorización de variables y envío de datos.

RESULTADOS. En el momento actual se han seleccionado las patologías a monitorizar (EPOC, insuficiencia cardiaca, arritmias, cardiopatía isquémica, ACV, DM), se han determinado los parámetros por patología (TA, FC, Sat O2, ECG, glucemia), se han matizado las alarmas (tipo 1 y tipo 2), se han definido indicadores: clínicos, de calidad de vida,, económicos y de satisfacción de profesionales y de usuarios.

Una vez monitorizada la muestra, se llevará a cabo un estudio descriptivo prospectivo analítico para validar si la determinación de los parámetros en domicilio y la actuación sobre ellos consigue evitar el reingreso hospitalario y disminuir la institucionalización en los casos de nuestro estudio.

CONCLUSIONES.

- 1.- Se ha planteado un esquema de acción para conocer la prevalencia de fragilidad en los mayores del Sector de Barbastro que ingresan en el hospital.
- 2.- Se ha planteado una aproximación para detectar variables y factores determinantes de fragilidad y determinar potenciales factores de riesgo que se asocian a reingresos.
- 3.- Se evaluarán distintos dispositivos de recogida de señales vitales con el objetivo de validar un prototipo capaz de interactuar con sistemas de información asistenciales
- 4.- Los resultados asociados al presente plan de actuación permitirán incrementar la calidad de vida de la población anciana del Sector y contribuirán a la sostenibilidad del sistema sanitario.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. PROGRAMA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO: DOS AÑOS Y SEGUIMOS MEJORANDO...

Autores: Eguiluz M, Astier MP, Luzon L, Caverro R, Castro N, Ariño MD*

**MERCEDES EGUILUZ LOPEZ. CS SAN PABLO (memeguiluz@gmail.com)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. OBJETIVOS:

1. Sensibilizar a los profesionales del centro de salud de San Pablo en la cultura de seguridad del paciente.
2. Trabajar en actividades concretas de mejora de la seguridad del paciente en nuestro centro de salud:
3. Identificar los efectos adversos en nuestro centro de salud, analizarlos y compartirlos para aprender: Generar un sistema de registro de efectos adversos y un procedimiento de gestión de los mismos para el EAP.

METODOLOGÍA. El grupo de calidad del centro de salud de San Pablo es el impulsor y dinamizador de las siguientes actividades:

1. Formación a todos los profesionales del centro con los materiales del MSC: "Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria". Pase de encuesta AHRQ adaptada en España para medir la cultura de seguridad del paciente en 2007 y 2009 tras la formación.
2. Priorización de estrategias del proyecto APEAS. Se ofertó a los profesionales sanitarios del centro (13 médicos, 3 pediatras, 15 enfermería) votar las líneas considerando impacto (1-5) y factibilidad (1-5). La cumplimentación fue anónima. Una vez priorizadas las líneas, se realizó propuesta de actividades.
3. Lluvia de ideas en relación con los problemas de seguridad del paciente en el área de admisión del centro de salud.
4. Generación de un sistema de registro de efectos adversos en el centro de salud y diseño del circuito de gestión del mismo.

RESULTADOS. Todos los profesionales han participado en las sesiones de formación. El 35.5% (11/31) participaron en la priorización. Líneas priorizadas: 1. Identificación y registro de pacientes con alergias e interacciones. 2. Alertas ante cosas graves. 3. Mejora de la higiene de manos. 4. Educación sanitaria a pacientes y cuidadores. Las propuestas que se están desarrollando son: Línea 1: Registro en OMI de las alergias marcando la opción NC en caso de ausencia. Línea 2: Registro en el tapiz de la historia, apartado Condiciones Generales, los diagnósticos relevantes para el cuidado del paciente. Línea 3: Taller de higiene de manos y celebración del 5 de mayo, día mundial de la higiene de manos. Línea 4: Recogida con contenedor rígido de las agujas de pacientes diabéticos. Diseño de un formulario de registro de efectos adversos ligados a los cuidados para el centro.

CONCLUSIONES. La formación en seguridad del paciente ha sensibilizado al equipo y ha permitido poner en marcha estrategias de mejora en todos los estamentos del centro de salud.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA / ESPECIALIZADA EN LA MEJORA DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores: Valles V, Aragon MA, Oncins R, Gambo P, Lapeña A, Alzuria R*

** VICTOR VALLES GALLEGO. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA (vvalles@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. En nuestro sector a finales del 2005 se detectó: Un incremento de consultas de ginecología; Ineficiencia: duplicidad de consultas y actividades preventivas en consultas de ginecología; Posibilidad de estar realizando "cuidados inversos"; Aumento de citologías sin aumentar proporcionalmente la tasa de detección de lesiones y baja cobertura poblacional en el cribado del cáncer de Cervix (37%).

Comunicación entre niveles asistenciales mejorable. Inexistencia de protocolos conjuntos.

Objetivos: Promover coordinación entre niveles asistenciales; Aumentar eficiencia; Mejorar la continuidad de cuidados; Implicar a Médicos de A Primaria en cribado poblacional de cáncer de cervix ; Aumentar la cobertura del cribado poblacional; Mejorar información de las usuarias.

Motivación profesionales en manejo evidencias clínicas actuales y consensos

METODOLOGÍA. Grupo de trabajo: dirección AP, matronas, ginecólogos y Anatomopatólogos. Reuniones periódicas Actualización y revision Protocolo de Cribado de Cervix. Presentación Protocolo en todos los Centros de Salud. Utilización de INTRANET para compartir información clínica. Elaboración Tríptico informativo diagnóstico Precoz cáncer de cérvix.

Charlas informativas a la población general y a grupos de riesgo.

Monitorización anual de Consultas de Atención Especializada; citologías realizadas, por ginecologos del Sector y por las matronas de A.P.;

Número de lesiones preinvasivas(CINN III) diagnosticadas; Número de cánceres invasivos diagnosticados en el hospital de Barbastro.

Cobertura Cartera de Servicios

RESULTADOS. Consultas de Ginecología 2005 2008

TOTALES	10.950	6.492
PRIMERAS	3.495	2544
SUCESIVAS	7455	3848
SUCESIVAS/PRIMERAS	2,13	1,51

	2005	2008
CITOLOGIAS/AÑO	6582	4068
AT. PRIMARIA	2870	3007
HOSPITAL	3712	1061
% COBERTURA	37,4	45
CINN III	9	14
Cáncer cérvix		3

Total citologías realizadas: 38% menos (2514); Atención Especializada 71% menos (2651); Atención Primaria 4% más (137); Aumenta 55% tasa detección lesiones preinvasivas. Test HPV 386. Ahorro estimado: 220.000€

CONCLUSIONES. El desarrollo del presente Plan de Mejora ha permitido disminuir el número de citologías, sin afectar a la detección de lesiones y disminuir la demanda de consultas en AE. La Coordinación Atención Primaria -Especializada, la monitorización de la actividad realizada y la información a las usuarias es imprescindible para abordar con eficacia el cribado poblacional de cáncer de cervix. La introduccion del test HPV es eficiente y puede contribuir a mejorar la adhesión al protocolo