

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 4 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector OTROS

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
OT	AT AMB	UNIDAD MOVIL PREVENCIÓN C MAMA	MOREO BERGADA PILAR	404	MEJORA DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON. EVALUACION DE LOS CANCERES DE INTERVALO
OT	OTROS	FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA	DOMINGUEZ GARCIA MARTA	452	SON RISAS CADA JUEVES
OT	OTROS	INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD	ALONSO MARTINEZ VEGA	6	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN ARAGON (CON LA PARTICIPACION DE LOS SECTORES BARBASTRO, HUESCA, TERUEL, ZARAGOZA I Y ZARAGOZA III)
OT	OTROS	SERV.PROVINCIAL DE SANIDAD BS Y FAMILIA ZARAGOZA	GARCIA VAZQUEZ MIRIAM	257	PROYECTO PLURISECTORIAL DE MEJORA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTE DOMICILIARIO CON TUBERCULOSIS DECLARADA, EN LOS SECTORES ZARAGOZA-I, ZARAGOZA-II, ZARAGOZA-III Y CALATAYUD (VER 10-OBSERV)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

404

**MEJORA DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON.
EVALUACION DE LOS CANCERES DE INTERVALO**

2. RESPONSABLE PILAR MOREO BERGADA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro UNIDAD MOVIL PREVENCION C MAMA
 - Localidad ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. H NTRA SRA DE GRACIA
 - Sector OTROS

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ABAD FERRANDEZ MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. PROGRAMA PREVENCION CANCER DE MAMA
 - CALVO PARDO AURORA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PPCM
 - MORENO MARIN PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PPCM
 - ALDEA MARTINEZ ANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PPCM
 - LOPEZ GRACIA SIMEON. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PPCM
 - TORRALBA OLLOQUI PALOMA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PPCM
 - TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PPCM

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo final de los Programas poblacionales de detección precoz del cáncer de mama es reducir la mortalidad por esta enfermedad. Esta reducción se empieza a hacer visible al cabo de unos años de haberse iniciado el programa de detección precoz y no se hace totalmente efectiva hasta muchos años después. Esto justifica la necesidad de valorar otros parámetros, no solo la mortalidad específica por cáncer de mama, que permitan contribuir a la evaluación de la calidad del proceso de cribado.

Uno de estos indicadores es la tasa de cáncer de intervalo. Las principales guías para la evaluación de los programas de cribado de cáncer de mama consideran la vigilancia de cáncer de intervalo un elemento importante del proceso de evaluación y garantía de calidad de los programas.

En la Comunidad Autónoma de Aragón el Programa Poblacional de cáncer de mama se inició en Huesca en 1997, extendiéndose de forma progresiva en los siguientes años al resto de provincias, alcanzando una cobertura total de la población diana en 2006

Desde la primera ronda de cribado se han evaluado, al menos, los indicadores básicos de rendimiento de un programa:

Tasa de participación
Tasa de indicación de mamografía intermedia (6 meses/año)
Tasa de recribado (utilización de técnicas de imagen adicionales)
Tasa de detección del total de cánceres por 1000 mujeres cribadas
% cánceres invasivos < 6 = 10 mm de diámetro
Ratio de biopsias benignas a malignas

Además se han evaluado otros indicadores de calidad como la demora en la comunicación de resultados, en el diagnóstico o en los distintos tratamientos.

Los cánceres de intervalo son inevitables, pero su número debe mantenerse lo más bajo posible pues un programa con una incidencia elevada difícilmente conseguirá reducir la mortalidad a largo plazo.

Hasta el momento actual no se ha realizado una búsqueda activa de posibles cánceres de intervalo, teniendo registrados los que se han detectado de forma oportunística, sin haber realizado un estudio protocolizado de estos cánceres.

Las Guías europeas de garantía de calidad en cribado y diagnóstico de cáncer de mama constituyen un documento de referencia de los programas en el ámbito europeo. En estas guías se define cáncer de intervalo como aquel cáncer de mama primario diagnosticado en una mujer a la que se le ha realizado una prueba de cribado, con o sin valoración adicional, cuyo resultado de malignidad fue negativo. Para que se trate de un cáncer de intervalo el diagnóstico debe realizarse antes de la siguiente invitación al programa, o bien en un plazo igual al intervalo de cribado si la mujer ya ha alcanzado la edad máxima de participación en el programa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer una metodología consensuada en toda la Comunidad Autónoma para evaluar los cánceres de intervalo como medida de efectividad del programa con criterios homogéneos que permitan también la comparabilidad con otros programas

Establecer una sistemática de revisión radiológica de las mamografías de cribado de los cánceres de intervalo para identificación y cuantificación de los falsos negativos. Esta revisión facilitará también la formación de los radiólogos en cribado de mamografía.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La vigilancia de los cánceres de intervalo requiere el seguimiento de la población diana (en nuestra comunidad autónoma, mujeres de 50 a 69 años) del programa para identificar todos los casos nuevos de cáncer de mama que en ella se producen.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

404

**MEJORA DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN ARAGÓN.
EVALUACIÓN DE LOS CÁNCERES DE INTERVALO**

Entre los cánceres de intervalo se encuentran los cánceres que cursan sin alteraciones mamográficas sugestivas de malignidad (radiológicamente ocultos), cánceres que en el momento del cribado aún no eran visibles en la mamografía (verdaderos cánceres de intervalo) o presentaban alteraciones mamográficas mínimas (signos mínimos) y cánceres que eran claramente visibles en la mamografía de cribado falsos negativos)

Es posible trabajar en la reducción de falsos negativos. El estudio de las mamografías de cribado de estos casos por los radiólogos del programa, es una herramienta importante para mejorar la calidad de la lectura, reducir el número de falsos negativos y, por tanto, aumentar la sensibilidad del programa.

Esta primera fase recoge la planificación y la elaboración de un procedimiento para la obtención de casos en el que se definirán:

¿Cuándo se estudian los cánceres de intervalo?

¿Qué fuentes de información se utilizarán para conseguir identificar todos los cánceres de intervalos de la población diana?

¿Qué casos se incluirán?

¿Qué datos se registrarán de cada uno de ellos?

¿Cómo se clasificarán los cánceres de intervalo en función de las causas que llevaron a no detectarlo en el momento de cribado?

¿Qué indicadores se calcularán y su ficha de indicador?

En una segunda fase se pasará a la búsqueda activa de casos a través de una petición a los Servicios de admisión y documentación sanitaria de todos los hospitales de Aragón, incluyendo los de ámbito privado, de todos los cánceres de mama diagnosticados en las mujeres incluidas en la población diana, desde el año de inicio del Programa. Esto supone una carga de trabajo difícil de asumir en el momento actual por parte de los profesionales del programa, a pesar de que el trabajo se verá facilitado por el acceso a través de la intranet del SALUD a las historias clínicas de las pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración del protocolo de evaluación de cánceres de intervalo: SI /NO

Tasa de cánceres de intervalo: número de casos de cánceres de intervalo detectados por cada 1000 mujeres con cribado negativo

Tasa específica por edad de cribado

Sensibilidad del Programa de Cribado= casos detectados mediante cribado /nº total de cánceres detectados en mujeres cribadas (detectados mediante cribado + cánceres de intervalo)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La primera parte del proyecto se realizará a lo largo de un año.

Mayo- diciembre 2013: Elaboración del Protocolo para la evaluación de cánceres de intervalo del Programa de Detección precoz del cáncer de mama en Aragón. El trabajo se desarrollará on line en la medida de lo posible, y se aprovecharán las reuniones trimestrales de coordinación para la puesta en común del trabajo.

A lo largo de 2014 se comenzará la búsqueda activa de los cánceres de intervalo y su estudio, según el protocolo.

11. OBSERVACIONES. SE TRATA DE UN PROYECTO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DE ARAGÓN (ÁMBITO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA, TODOS LOS SECTORES). ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. 50-69 AÑOS

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. POBLACIÓN DIANA DEL PPCM

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CÁNCER DE INTERVALO

OTRA PALABRA CLAVE 2. DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER DE MAMA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 2 Poco |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

452

SON RISAS CADA JUEVES

2. RESPONSABLE MARTA DOMINGUEZ GARCIA
· Profesión OTROS
· Centro FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTUDIANTE DE MEDICINA
· Sector OTROS
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PERRELA ARTERO ANA. ESTUDIANTE DE MEDICINA. FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA.
· PEREZ DOMINGO LAURA. ESTUDIANTE DE MEDICINA. FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA.
· BERRIEL MARTINS CATALINA. ESTUDIANTE DE MEDICINA. FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para asegurarnos de la utilidad y calidad de nuestra intervención recogemos datos a través de encuestas dirigidas a clowns, padres y personal sanitario.
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los resultados como ha sucedido otros años han sido exitosos, tanto los pacientes como el personal médico-sanitario con el que hemos estado en contacto agradecen la colaboración y los momentos de distensión proporcionados, que ayudan a general un ambiente más relajado y agradable. Las actividades consisten en visitas a los pacientes por parte de los clown, a sus propias habitaciones o en ocasiones en la ciberaula del hospital reuniendo a más niños.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Poder seguir como hasta ahora consiguiendo sonrisas de parte de todos aquellos con los que los clowns se encuentran, y poder colaborar de forma más activa y participativa con las otras asociaciones del hospital para hacer una labor conjunta que siga mirando a una mejora anímica del paciente, sus familiares y del personal hospitalario.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para mantener activos a los clown, éstos asisten a un curso de formación continua cada viernes, dónde además de ensayar las actuaciones se realiza un seguimiento personal de las actividades y debates sobre propuestas de cambios y mejoras.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como ya venimos haciendo desde otros años, el seguimiento del proyecto lo realizamos por medio de encuestas
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La asistencia al hospital es cada jueves del año, de 17 a 19:30 horas, mientras que los cursos de formación son cada viernes de 17 a 20 horas.
11. OBSERVACIONES. CLOWNTAGIOSOS ES UNA ASOCIACIÓN SIN ÁNIMO DE LUCRO CONSTITUIDA ÍNTEGRAMENTE POR VOLUNTARIOS Y QUE PRETENDE SER UN RECURSO AL SERVICIO DE LOS PACIENTES Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, MINIMIZANDO POR MEDIO DE LA SONRISA, LA CARGA NEGATIVA ASOCIADA AL ÁMBITO HOSPITALARIO.11. OTRO ENFOQUE. Mejora biopsicosocial
- POBLACIÓN DIANA
·EDAD. de 1 a 18 años
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

006

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN ARAGON (CON LA PARTICIPACION DE LOS SECTORES BARBASTRO, HUESCA, TERUEL, ZARAGOZA I Y ZARAGOZA III)

2. RESPONSABLE VEGA ALONSO MARTINEZ

- Profesión INGENIERO/A
- Centro INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. AREA DE TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO
- Sector OTROS

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALMAJANO NAVARRO MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
- GONZALEZ ASENJO HELENA. ENFERMERO/A. USM ACTUR SUR. SALUD MENTAL
- MARCO ARNAU INMACULADA. ENFERMERO/A. USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE. SALUD MENTAL
- MORALES ROZAS ANA ISABEL. ENFERMERO/A. USM DELICIAS. SALUD MENTAL
- CINCA MONTERDE CARMEN. ENFERMERO/A. USM JACA-SABIÑANIGO. SALUD MENTAL
- RUBIO SORIANO CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- SIESO SEVIL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. UASA BARBASTRO. SALUD MENTAL
- MARCO ROYUELA PALOMA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. GERIATRIA
- GARCIA MARCO ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO DE DIA ROMAREDA. PSIQUIATRIA
- ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. SALUD MENTAL
- GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. SALUD MENTAL
- LOBAN IZA JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SALUD MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Utilización de la metodología enfermera estandarizada NANDA-NOC-NIC para conseguir los siguientes objetivos:

- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- Mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento, el aumento de los conocimientos sobre la enfermedad y, consecuentemente, la mejora de la gestión de la enfermedad por parte de pacientes y cuidadores.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro del área de competencia de la Enfermería.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.
- Facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

La necesidad de realizar un plan de cuidados de enfermería de salud mental surgió cuando se realizó el mapa de competencias profesionales de enfermería de salud mental. Tras realizar el análisis de las competencias que deberían presentar este grupo de profesionales se vio la necesidad de tener una herramienta potente que les ayudara en su trabajo diario utilizando la metodología enfermera NANDA-NIC-NOC y les permitiera ahorrar tiempo, unificar criterios y medir de una forma sistemática la labor que realizan.

La participación de profesionales de distintos sectores y ámbitos asistenciales da una dimensión global y amplia al proyecto realizado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Elaborar el plan de cuidados de enfermería de salud mental (52 diagnósticos enfermeros) aplicando la metodología enfermera
- Conseguir apoyos del SALUD para su implementación
 - Publicar el resultado del proyecto
 - Informar y formar a los profesionales de enfermería de salud mental
 - Implantar el plan de cuidados de salud mental en Aragón
 - Incorporar las mejoras detectadas tras su implantación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ELABORAR EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

- 1.- Coordinación del grupo --> Vega Alonso
- 2.- Cada uno de los miembros del equipo va a realizar el estudio de los diagnósticos que se les asigne --> TODOS
- 3.- Revisión por parte de la asesora científica y metodóloga --> Victoria Almajano
- 4.- Aprobación de los diagnósticos por parte de todo el grupo --> TODOS
- 5.- Revisión final, unificación y homogeneización de los términos y formatos utilizados. Realización de resúmenes. Administración del proyecto --> Vega Alonso.
- 6.- Aprobación del Plan de cuidados --> TODOS
- 7.- Revisión del plan de cuidados por un grupo de profesionales de la enfermería ajeno al proyecto
- 8.- Revisión de los comentarios de los evaluadores externos
- 9.- Elaboración del Plan de cuidados definitivo

CONSEGUIR APOYOS DEL SALUD PARA SU IMPLEMENTACIÓN --> TODOS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

006

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN ARAGON (CON LA PARTICIPACION DE LOS SECTORES BARBASTRO, HUESCA, TERUEL, ZARAGOZA I Y ZARAGOZA III)

PUBLICAR EL RESULTADO DEL PROYECTO --> TODOS

El resto de los pasos dependerá de los apoyos que se consigan

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de diagnósticos realizados por persona
Plazos de realización
N° de revisores externos
N° de diagnósticos evaluados por revisor
Diagnósticos mejor evaluados

Los indicadores de implantación se irán definiendo conforme vaya evolucionando el proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto comenzó a finales de 2011. Se seleccionaron los 52 diagnósticos más prevalentes de salud mental que el grupo iba a trabajar y se repartieron entre los participantes. El trabajo se realiza de forma individual y hay reuniones de trabajo conjuntas para su puesta en común y aprobación. Hasta ahora se han realizado las siguientes reuniones:

19 de enero, 15 de marzo, 7 de junio, 20 de septiembre y 13 de noviembre de 2012 y se han terminado 35 diagnósticos y 4 más están ya terminados y pendientes de aprobación.

Los 17 diagnósticos que quedan por terminar está previsto realizarlos en dos próximas reuniones de las que todavía no se ha determinado la fecha, una antes del verano y otra después.

En noviembre de 2013 se tiene previsto enviar el plan de cuidados para su revisión por evaluadores externos así como recabar apoyos para su implementación entre la enfermería de salud mental de los distintos sectores y recursos

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Aumentar la efectividad de los cuidados enfermeros

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Salud mental en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Salud mental

OTRA PALABRA CLAVE 2. Plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 2 Poco |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

257

1. TÍTULO

PROYECTO PLURISECTORIAL DE MEJORA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTE DOMICILIARIO CON TUBERCULOSIS DECLARADA, EN LOS SECTORES ZARAGOZA-I, ZARAGOZA-II, ZARAGOZA-III Y CALATAYUD (VER 10-OBSERV)

2. RESPONSABLE MIRIAM GARCIA VAZQUEZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro SERV.PROVINCIAL DE SANIDAD BS Y FAMILIA ZARAGOZA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
- Sector OTROS

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LORENTE SERRANO CARMEN. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION DE ENFERMERIA AP
- ALFONSO CORTES ISABEL. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. ENFERMERA DE ENLACE DE SECTOR
- TOLOSANA LASHERAS TERESA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. CS ARRABAL
- FRANCES PINILLA MARINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION DE ENFERMERIA AP
- TABUENCA ESPADA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ENFERMERA DE ENLACE DE SECTOR
- LATORRE RUIZ CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. CS VALDESPARTERA-MONTECANAL
- ESQUIVIAS JARAMILLO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ENFERMERA DE ENLACE DE SECTOR
- OLIVEROS BRIZ TERESA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. CS OLIVER
- PASCUAL GUTIERREZ FLOR. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. DIRECCION DE ENFERMERIA AP
- BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ENFERMERA DE ENLACE DE SECTOR
- GIL MOSTEO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
- CALVO TOCADO ANA. ENFERMERO/A. SERV.PROVINCIAL DE SANIDAD BS Y FAMILIA ZARAGOZA. SECCION DE PROGRAMAS DE

SALUD

- SANZ ARTIGAS MARIELA. ENFERMERO/A. SERV.PROVINCIAL DE SANIDAD BS Y FAMILIA ZARAGOZA. SECCION DE PROGRAMAS DE SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de partida: detección de abandono de tratamiento en pacientes diagnosticados de tuberculosis (TBC) y declarados (EDO).

Las causas son multifactoriales, destacando condicionantes sociales.

La adherencia al tratamiento mejora el control de la enfermedad, disminuye la infectividad y las resistencias.

Fuentes de información:

- Sistema EDO
- Historias Clínicas (HC).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos generales:

- Adecuarse al objetivo global de la OMS (90% de éxito en el tratamiento)
- Mejorar la información del cliente interno y externo.

Objetivos específicos:

- Concienciar a los profesionales/pacientes de la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Establecer un circuito de información que garantice el conocimiento de los casos declarados en el menor tiempo posible.
- Disminuir el número de abandonos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Información y formación a los profesionales, explicando la finalidad del proyecto, su implicación y el protocolo de intervención.

Responsable: Enfermera de Enlace (EES) con apoyo del Serv. Prov. de Sanidad.

Método: Taller en cada EAP de la provincia de Zaragoza, de 2 h. de duración.

- Coordinación entre niveles asistenciales garantizando la comunicación de altas.

Responsable: Dirección de Enfermería de AP de cada Sector.

Método: Remisión personalizada a EES de los ICEs de pacientes de TBC

- Intervención individualizada mediante entrevistas estructuradas.

Responsable: UBA (Unidad Básica Asistencial) de referencia.

Método: Entrevista, registro en HC

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. De estructura:

- Existencia de Plan de Cuidados Estandarizado / plantilla para recogida de datos en OMI-AP

De proceso:

- Porcentaje de pacientes declarados (EDO) comunicados a la EES.
- Porcentaje de EAPs con talleres realizados

De resultados:

- Porcentaje de abandonos.
- Porcentaje de reinicios.

Fuentes: EDO, otros registros de la Sección de Programas, registros de ICEs, HCs.

Datos trimestrales (1/sep/2013, 1/dic/2013, 1/mar/2014) y acumulados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio: 1 de abril de 2013.

- Finalización (de esta 1ª fase): 31 de marzo de 2014.

- Cronograma:

1 al 30 de abr/2013: Elaboración consensuada de la información a impartir en los Talleres.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

257

PROYECTO PLURISECTORIAL DE MEJORA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTE DOMICILIARIO CON TUBERCULOSIS DECLARADA, EN LOS SECTORES ZARAGOZA-I, ZARAGOZA-II, ZARAGOZA-III Y CALATAYUD (VER 10-OBSERV)

1/may/2013 a 30jun/2013: Realización de los Talleres en los EAPs.

1 al 30 de abr/2013: Gestiones Dirección de Enfermería AP y EES con Dirección de Enfermería AE y servicios/unidades implicadas para conseguir información directa y específica a EES.

1/ jun/2013 a 31/jul/2013: Elaboración consensuada de la plantilla de seguimiento y Planes de Cuidados Estandarizados (PCEs) a incluir en OMI-AP.

1/sep/2013 a 31/oct/2013: Remisión plantilla y PCEs a Comisión SIAP, corrección de errores, aprobación e inserción en OMI-AP.

1/nov/2013 a 31/ene/2014: Información a EAPs de las herramientas incluidas en OMI-AP

1/sep/2013, 1/dic/2013 y 1/mar/2014: Recogida de datos (cortes trimestrales),

1 al 31/mar/2014: Análisis de resultados, elaboración de conclusiones, redacción de la 2ª fase del Proyecto de Mejora.

11. OBSERVACIONES. Proyecto plurisectorial, con importante colaboración de la Sección de Programas de Salud del Servicio Provincial de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Zaragoza, una de cuyas integrantes ostenta la Responsabilidad del Proyecto de Mejora por designación del resto de los miembros del Equipo de Mejora. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

-EDAD. Todas las edades

-SEXO. Ambos sexos

-TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |