

INDICE PROYECTOS BARBASTRO 2005

26_2005 “Mejora en el estudio de contactos de tuberculosis en un centro de salud” del CS de Binéfar	Pág. 2 a 6
27_2005 “Mejora de la gestión e informatización del almacén de medicamentos y material sanitario del Centro de Salud Binéfar (act-116)	Pág. 7 a 9
41_2005 “Ciclo de mejora continua de la calidad de la adherencia del anciano al régimen terapéutico” del CS de Lafortunada	Pág. 10 a 17
88_2005” Registro y seguimiento de los pacientes terminales en atención continuada” del CS de Tamarite de Litera	Pág. 18 a 22
90_2005 “Desarrollo del Servicio 105 "Educación para la salud en centros educativos" según un programa de mejora continua de la calidad” del CS de Graus	Pág. 23 a 28
91_2005 “Mejora de calidad en la actividad de educación para la salud "escuela de espalda" (act-120)”	Pág. 29 a 36
12_2005 “Implantación en el laboratorio clínico de un sistema de calidad total (act-23)” del H. de Barbastro	Pág. 37 a 44
13_2005 “Detección y asistencia al riesgo social en el Hospital de Barbastro (act-2)	Pág. 45 a 48
14_2005 “Modificación del procedimiento de selección de pacientes para realizar la encuesta de post-hospitalización” del H. de Barbastro	Pág. 49 a 51
15_2005 “Nuevo proceso de depuración, canalización y tratamiento de la opinión de los usuarios, a través de sus reclamaciones” del H. de Barbastro	Pág. 52 a 54
83_2005 “Fomento de la lactancia materna. Revisión, mejora y puesta en marcha del protocolo de lactancia materna en el hospital y sector de Barbastro”	Pág. 55 a 59
147_2005 “Mejora del tratamiento loco-regional del cáncer de mama en el Hospital de Barbastro: incorporación de la biopsia selectiva del ganglio centinela y de técnicas oncoplásticas”	Pág. 60 a 68

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TITULO

MEJORA EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE SALUD.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ELISA TORRES CLEMENTE

Profesión MEDICO

Centro de trabajo CENTRO DE SALUD BINEFAR

Correo electrónico: etorres@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
J.A. BUIL VIDALLER	MEDICO	C.S. BINEFAR
C. LUEZA LAMPURLANES	"	"
J. BAILAC COSTA	"	"
E. PUYOL RAMI	"	"
I. PABLO GIMENO	"	"
C. CHAVERRI ALAMAN	D.U.E.	"
F. VALDIVIA BARRALES	"	"
P. LEDO BLASCO	"	"
A. CAMPO MUR	AUX. ADM.	"

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Debido al aumento de la tasa de incidencia en nuestra zona de salud de la TBC y la mayor sensibilización de los profesionales hacia el problema de salud pública que genera, hemos seleccionado como proyecto de mejora, a través de la técnica de priorización de grupo nominal, el estudio de contactos de TBC.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disponer de un registro unificado y actualizado de todos los casos y contactos de tuberculosis de la Zona de Salud, y de la fase del estudio de contactos y seguimiento de tratamientos de TBC para un mejor control de la enfermedad

Implicación de todos los profesionales del EAP, con un abordaje coordinado e integral.

Coordinación con Salud Pública, Atención Especializada y con otros recursos asistenciales de la Zona de Salud.

Designación de un profesional del equipo que coordine y centralice los resultados del estudio de contactos de todo el equipo.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Lineas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	+				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	+				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		+			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	+				

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Falta de coordinación entre los miembros del equipo y con otros niveles: salud pública y especializada. Se origina una pérdida de datos sobre los pacientes y sus contactos, se carece de una visión global de la magnitud del problema que impide un buen trabajo de prevención y control de la TBC.

Falta de habilidades en la realización del estudio epidemiológico, debido en gran medida a que éste era realizado desde una unidad provincial dependiente de Salud Pública hasta hace poco tiempo.

Nula coordinación con el servicio social de base en casos con distancias sociales.

Las fuentes de información :

Boletines epidemiológicos

Informes del Servicio de epidemiología

Hojas de registro de los profesionales del EAP

Informes de Alta Hospitalarios y comunicaciones de Atención Especializada

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Sistema unificado de registro para todo el centro de salud. Registro informatizado de casos índice y contactos (anexo I).

Hoja de registro del estudio de contactos por cada caso índice para cada profesional (anexo II).

Hoja de registro común que recoja todos los contactos de cada caso índice, con independencia del cupo médico al que pertenezcan.

Designación del profesional responsable de centralizar y coordinar toda la información recogida en estos registros.

Sesiones clínicas conjuntas entre el EAP y los servicios de epidemiología y de neumología, para mejorar conocimientos en el estudio epidemiológico, la enfermedad tuberculosa, métodos de diagnóstico e indicación de quimioprofilaxis

Captación y seguimiento activo de casos.

Mejorar la accesibilidad y facilitar el proceso diagnóstico de la infección/enfermedad, acortándolo en el tiempo.

Coordinación con el servicio social de base.

Responsables del proyecto de mejora:

Médicos: J.A. Buil Vidaller

C. Lueza Lampuritanes

E. Torres Clemente

J. Bailac Costa

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

E. Puyol Rami
I. Pablo Gimeno
D.U.E.s: C. Chaverri Alaman
F. Valdivia Barrales
P. Ledo Blasco
Administrativo: Ana Campo Muro.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

La evaluación se realizará a los 6 meses y al año.

Indicadores:

nº DE PACIENTES CON PPD INICIAL NEGATIVO REPETIDO A LOS 2 MESES / nº DE PACIENTES CON PPD INICIAL NEGATIVO

Nº de Rx DE TORAX REALIZADAS EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS / Nº DE PACIENTES CON PPD POSITIVO + nº DE PACIENTES CON PPD NEGATIVO QUE SEAN CONTACTOS ÍNTIMOS.

Nº DE CASOS REGISTRADOS EN EL CENTRO / Nº DE CASOS DECLARADOS EN D.G.A

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: SEPTIEMBRE 2004

Fecha de finalización: JUNIO 2006

CRONOGRAMA

1. SEPT. 2004-NOV. 2004. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN
2. NOV. 2004-DIC. 2004. ANÁLISIS Y DISEÑO
3. ENE. 2005- FEB. 2005. ELABORACIÓN NORMAS BÁSICAS. ELECCIÓN RESPONSABLE
4. FEB. 2005. DIFUSIÓN DE NORMAS, IMPLANTACIÓN, UTILIZACIÓN NUEVOS REGISTROS
5. AGO./SEPT. 2005. EVALUACIÓN
6. OCT./NOV 2005 MEDIDAS CORRECTORAS
7. MAR./ABR 2006. REEVALUACIÓN

17.01.05 000108

RENCIA SECTOR DE BARBASTRO

ENTRADA

27

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN → 116

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN E INFORMATIZACIÓN DEL ALMACÉN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL SANITARIO DEL CENTRO DE SALUD DE BINÉFAR.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
ELISA TORRES CLEMENTE

Profesión MÉDICO Centro de trabajo C. de SALUD de BINÉFAR

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: septiembre 2003

Fecha de actualización: 17 enero 2005

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

El desarrollo del proyecto se ha retrasado por falta de disponibilidad del equipo, demora en la actualización del programa informático y conversión a código de barras del petitorio.

Cambios en los medicamentos *clave II* (caducidades más frecuentes)

Variaciones componentes del Equipo.

Marta Sus Muro sustituye a M^a José Castán.

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Reordenación y limpieza del almacén
Conocimiento del stock disponible
Recuento de caducidades
Control de fármacos psicotropos, control de morfina
Gestión de residuos
Adaptación a las necesidades del petitorio de artículos del centro
Introducción del petitorio en programa informático
Elaboración de hojas de registro
Establecimiento de turnos de profesionales para el mantenimiento del almacén

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Registro de salidas de medicamentos y material del almacén por parte del personal sanitario
Contacto con informáticos para adaptación de código de barras y mejora del programa
Colaboración con F.A.S para el control de psicotropos, morfina y gestión de residuos

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Enero 2005: Inicio turnos mantenimiento almacén
Febrero 2005: Adaptación por informáticos de códigos de artículos a código de barras e implantación del programa informático
Febrero 2005: Utilización del lector de código de barras
Julio 2005: evaluación de los indicadores

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

- La adherencia al régimen terapéutico es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos. La no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario.
- Existe evidencia científica en los siguientes factores como causa de no adherencia (del 30-50%) al régimen terapéutico: polimedicación, número de médicos prescriptores, complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo y sensorial.
- La polifarmacia definida como el consumo de cuatro o más fármacos, supone un riesgo de utilización inadecuada, de RAM (del 5-100%) y de interacciones y es un factor de riesgo independiente para la mortalidad en el anciano.
- La polifarmacia afecta en España al 34'2% de los ancianos que consumen fármacos a diario.
- La medicación inadecuada, afecta según los criterios de Beers hasta el 40% de los pacientes institucionalizados.
- La automedicación aparece hasta en el 80% de los ancianos, originando un mayor consumo de fármacos y en consecuencia de RAM e interacciones.
- La población mayor de 65 años en nuestra Zona de Salud supone el 34% de la población adscrita.
- Dentro de este grupo hay un importante número de pacientes polimedicados con consumo crónico y con problemas de adherencia al régimen terapéutico.

Método de detección del problema: GRUPO NOMINAL

Método de priorización: COMPARACIÓN DE PARES

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la adherencia al régimen terapéutico en los ancianos de nuestra Zona de Salud.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Disminuir el número de pacientes polimedicados en nuestros ancianos.
- 2) Disminuir el número de pacientes ancianos automedicados.
- 3) Evitar la utilización de fármacos inadecuados según las recomendaciones del PAPPS.
- 4) Simplificar las pautas posológicas.
- 5) Favorecer la comunicación asertiva con la población diana del programa.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	---

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto					
Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>			X		
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

- El 34% de la población de la Zona de Salud supera los 65 años y consume el 78% del gasto farmacéutico.
- Muchos de estos pacientes consumen cuatro o más fármacos y el 75% lo hace de forma crónica.
- Muchas familias tienen botiquines domiciliarios con fármacos que no han tomado en tratamientos anteriores, que han adquirido en la farmacia sin receta, que les han dejado los vecinos, que acumulan de su tratamiento crónico.
- La presión asistencial es elevada en relación a la población asignada, así como la frecuentación, especialmente en los pacientes ancianos.
- La gran accesibilidad a nuestras consultas al no existir cita previa, al estar próximos los consultorios, al ser escasos los trámites en la renovación de tratamiento crónicos, anima a demandar asistencia ante problemas banales y en repetidas ocasiones.
- En las historias clínicas de los pacientes están registrados los planes terapéuticos, así como el seguimiento, pero no en todos está actualizada la hoja de control de fármacos.
- Algunos pacientes ancianos considerados de riesgo tienen tarjetas de control de fármacos que no traen siempre, que pierden, que no presentan ante los profesionales no habituales....
- Si detectamos un exceso de envases de tratamiento crónico en el domicilio de nuestros pacientes, nos planteamos varias dudas: si han retirado más recetas de las correspondientes o si lo han tomado incorrectamente.

Fuentes de información: Grupo de discusión de los miembros del equipo. Boletín de información terapéutica del SNS, Vol 28, nº 5-2004. Programa de formación continuada del PAPPS de la SemFyC 2004. Martín Zurro, Utilización de los medicamentos, Ed. DOYMA 1994, 220-236. Base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual de la Zona de Salud. Servicio de Farmacia de la Dirección de Atención Primaria del Sector de Barbastro, Informes Anuales 2003.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Identificaremos a los pacientes no cumplidores en la rutina diaria, mediante métodos sencillos como son:
 - a) Técnicas de entrevista entre ellas el cuestionario de "Comunicación del autocumplimiento".
 - b) Juicio del sanitario acerca de cómo el enfermo cumple el tratamiento.
2. El anciano polimedocado es nuestra población diana de actuación a la que aplicaremos periódicamente "métodos de detección de incumplimiento", para descubrir errores y reforzar actitudes correctas.
 - a) Solicitaremos determinación analítica del fármaco en sangre. Su presencia expresa que se ha tomado y asegura un buen control de la enfermedad (eficacia terapéutica). Nos centraremos en los siguientes fármacos: Digital,

Litio, Carbamazepina, Tiroxina y Acenocumarol.

- b) Cumplimentaremos la hoja de control de fármacos de la historia clínica: en el apartado de la relación de las prescripciones continuadas constará la presentación, la dosificación y los días que dura el envase y en el apartado de registro de prescripciones continuadas constará la fecha de próxima prescripción en la casilla del código del fármaco y número de envases.

Nos será útil para conocer si se han recogido las prescripciones crónicas y cuantos días ha estado sin medicación.

- c) En la hoja de control de fármacos actualizaremos periódicamente la relación de prescripciones continuadas cada tres meses y cada vez que haya un cambio de tratamiento farmacológico.
- d) En la visita a domicilio programada realizaremos el recuento de comprimidos que queda en el envase que se ha prescrito en una fecha concreta, conocida.
- e) En las consultas programadas a los pacientes crónicos se les realizará un recordatorio sobre su enfermedad y interrogará al paciente o cuidador sobre las medidas que adopta para autocuidarse. Identificará periódicamente cada envase de fármacos con su indicación y posología que toma.
- f) Los pacientes que padecen barreras que dificultan el cumplimiento como problemas de visión, falta de destreza, deterioro cognitivo... se les facilitará bandejas compartimentales, que rellenarán los cuidadores, si los hay, o en la consulta programada donde se familiarizarán con su uso.
- g) En los pacientes ancianos incumplidores nos pondremos en contacto con el cuidador o familiar responsable.
- h) El cuidador o familiar responsable del anciano incumplidor conocerá la pauta terapéutica indicada y vigilará a diario la toma correcta del contenido del pastillero.
- i) La práctica clínica estará dirigida: a una prescripción razonada informando al paciente la necesidad o no del tratamiento farmacológico y a seleccionar el medicamento más eficaz y adecuado a las características del paciente, simplificando la pauta posológica y valorando si pueden retirarse otros tratamientos.
- j) Reevaluaremos en cada visita la eficacia y problemas del tratamiento.
- k) Daremos información, clara y breve, oralmente sobre: los objetivos a alcanzar, la necesidad de la pauta terapéutica determinada y de los posibles efectos adversos. Comprobaremos su comprensión.
- l) Facilitaremos documento escrito que recuerde la pauta a seguir (hoja de pauta posológica).

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

I. CRITERIO:

«Se considera paciente anciano polimedicado con adherencia al régimen terapéutico, aquel que toma entre el 80-110% de la dosis prescrita»

ESTANDAR:

El 85% de los pacientes ancianos polimedificados de nuestra Zona de Salud estarán adheridos al régimen terapéutico prescrito.

INDICADOR DE REEVALUACIÓN = (Indicador 1)

$$\frac{\text{Nº de comprimidos que previsiblemente ha tomado el paciente}}{\text{Nº de comprimidos que se le han prescrito}} \times 100$$

Aclaración: Es fundamental conocer la fecha exacta del inicio del consumo del envase, de su contenido y disponer del envase en el momento del recuento.

II. CRITERIO:

«El paciente anciano con tratamiento ACO esta adherido al régimen terapéutico si su INR esta en rango»

Aclaración: El rango del INR viene definido para cada paciente en su informe de control del tratamiento ACO.

Excepción: Si el paciente ha recibido tratamiento por patología aguda y esta registrado en el informe de control del ACO.

ESTANDAR:

El 90% de los pacientes ancianos con ACO tendrá su INR en rango.

INDICADOR DE REEVALUACIÓN = (Indicador 2)

$$\frac{\text{Nº de pacientes ancianos con tratamiento ACO con INR en rango}}{\text{Nº de pacientes ancianos con tratamiento ACO}} \times 100$$

ANEXOS NO ESCANEADOS

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO " REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TERMINALES EN ATENCIÓN CONTINUADA "

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos D. D. CALVO GARCÍA
Profesión D.V.E Centro de trabajo C.S. TANDRIFE
Correo electrónico: aug72@vodafone.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SAGRARIO CALVO	MÉDICO	C.S. TANDRIFE
LUISA CALVO	ADMINISTRATIVO	C.S. "
ALEJANDRO GARCÍA	MÉDICO	C.S. "
MONTSE PERAU	DVE	C.S. "
SANJA BERNARDI	MÉDICO	C.S. "
JOLORS SISCART	DVE	C.S. "

Anexo 2. Solicitud de inclusión en el programa de apoyo a las iniciativas De mejora de la calidad en el servicio aragonés de salud (20005).

4. Problema u oportunidad de mejora seleccionada.

Aprovechando que este año uno de los programas a evaluar en cartera de servicios al equipo de refuerzos, era la creación de un listado de pacientes terminales de la zona para el adecuado seguimiento y registro en Atención Continuada, nos pareció oportuno desarrollarlo como proyecto de calidad del equipo.

5. Resultados que espera conseguir.

Mejorar la calidad asistencial de estos pacientes de manera que se mantenga una adecuada atención no sólo por el miniequipo que le corresponde sino que esta atención sea ofrecida también por el equipo de atención continuada.

6. Relación del proyecto con las líneas de intervención del salud.

Aumentar los beneficios derivados de la atención o servicios proporcionados: +++

Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas: +++

Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes con los servicios recibidos: ++++

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado: +++

7. Análisis del problema.

Inicialmente únicamente existen listados de pacientes terminales de cada cupo que junto con las historias de los mismos, no suelen ser accesibles por el equipo de atención continuada. Sólo existe un panel donde se suele apuntar si hay algún enfermo terminal en algún cupo y se tiene que hacer alguna intervención, generalmente de enfermería.

8. Método y actividades para mejorar.

Las medidas correctoras que nos parecen oportunas para mejorar la atención de estos pacientes son:

1. La existencia de un listado actualizado cada 15 días de pacientes terminales, donde figure: Nombre y apellidos, NHC, dirección (cupo),

teléfono de contacto, diagnóstico, fecha de inclusión y fecha de éxitus.
(Anexo 1).

2. Cada paciente incluido en el programa debe tener:

- Hoja de valoración inicial en la que figure: el motivo de inclusión, antecedentes personales, tratamiento inicial y cuidados de enfermería (Anexo 2).
- Una hoja de seguimiento donde figure:
 - Visitas: fecha y hora e indicando el profesional que la realiza.
 - Llamadas telefónicas de control.
 - Evolución del paciente.
 - Cambios en el tratamiento.
 - Atención y apoyo a la familia.

(Anexo 3).

9. Indicadores. Evaluación. Seguimiento.

La evaluación se realizará en los meses de noviembre o diciembre, y los puntos a medir serán los siguientes:

1. Actualización real del listado cada 15 días.
2. Que en la hoja de valoración aparezca como mínimo:
 - Nombre y apellidos.
 - Si conoce su diagnóstico o no.
 - Alergias.
 - Motivo de inclusión.
 - Tratamiento inicial.
 - Cuidados de enfermería:
 - SV: número.
 - SNG: número.
 - Vía: IV o sc y número del catéter.
3. En la hoja de seguimiento:
 - Fecha y hora de la visita.
 - Profesional que la realiza.
 - Valoración y tratamiento.

10. Duración y calendario.

Fecha de inicio: marzo 2004

Fecha de finalización: marzo 2005.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
ORDENADOR PORTATIL Y CORDÓN DE	
PROYECCIÓN	3000€
	3000€
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:



Susana Colunga Gascón Nr. 1-08

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TITULO</p> <p>Desarrollo del servicio 105 "Educación para la salud en centros educativos" según un programa de mejora continua de la calidad.</p>

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO		
Nombre y apellidos	Antonio José García Romero	
Profesión	fisioterapeuta	Centro de trabajo Centro Salud de Graus
Correo electrónico:	elis44@hotmail.com	

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Esmeralda Valero Tomas	fisioterapeuta	C. Salud Sariñena
M ^a Teresa Anaya Gil	fisioterapeuta	C. Salud Fraga
Montserrat Gual Planas	fisioterapeuta	C. Salud Monzón
Manuela Betran	fisioterapeuta	C. Salud Sabiñanigo
Fernando Martí Jarne	fisioterapeuta	C. Salud Binefar
Pilar Canellas Sanchez	Medico	C. Salud Graus
Santiago Viñuales Perez	fisioterapeuta	C. Salud Grañén
Lucia Hernández Abadia	enfermera	C. Salud Graus
Ana Fillat Naya	matrona	C. Salud Graus
Marisa Clemente Araguas	enfermera	C. Salud Graus

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

El equipo de mejora de Calidad de las Unidades de Fisioterapia de los sectores de Huesca y Barbastro se constituyó en enero de 2003, formando parte del mismo la totalidad de los fisioterapeutas que en esa fecha ejercen su labor en las distintas unidades de fisioterapia de Atención Primaria que se encuentran en funcionamiento en la provincia de Huesca, grupo al que se han incorporado dos profesionales más en el transcurso del último año, constituyendo un total de 7.

En la actualidad funcionan siete unidades de fisioterapia (Binefar, Monzón, Grañen, Sariñena, Fraga, Graus y Sabiñanigo) que dan servicio a 15 zonas de salud de las 27 de que constan los dos sectores).

En el ejercicio de 2004 este equipo ha venido desarrollando el proyecto "Mejora de calidad en la actividad de Educación para la Salud Escuela de Espalda", que fue incluido en la pasada edición de este Programa de Apoyo.

Al seleccionar el proyecto para el presente año el equipo siguió la línea marcada en anteriores ocasiones, en primer término llevó a cabo una **detección** de problemas mediante el método de brainstorming obteniendo un total de diez sobre los que se consideraban oportunidades de mejora de calidad.

La experiencia acumulada en el proyecto "Escuela de Espalda" ha sido determinante para la elección de este nuevo proyecto, ya que servirá de base para su desarrollo.

Para la posterior **priorización** se aplica el método de Hanlon que en esta ocasión objetivó el desarrollo del servicio 105 "Educación para la Salud en Centros Educativos" como el más indicado para ser abordado bajo un programa de calidad.

***importancia y utilidad del proyecto:**

Uno de los objetivos fundamentales que se plantea históricamente la Atención Primaria de Salud es conseguir una sociedad en la que sus individuos sean capaces de adquirir y aplicar habilidades y conocimientos que les ayuden a alcanzar y conservar un óptimo estándar de Salud entendida en su definición más amplia.

Aunque es cierto que somos capaces de adquirir nuevos conocimientos a lo largo de toda nuestra vida, no es menos cierto que aquellos adoptados en etapas tempranas de nuestro desarrollo arraigan con más fuerza y son más fácilmente aplicados en nuestra vida diaria.

Los lugares de aprendizaje por excelencia, la escuela y el instituto, son sin duda los más indicados para inculcar los conocimientos que sienten las bases de una vida saludable.

La existencia del servicio 105 de la cartera de Atención primaria "Educación para la Salud en Centros educativos"

Constituye una excelente oportunidad para llevar a cabo este objetivo, aunque ciertamente, al menos en las zonas de salud a las que pertenecemos, ha sido poco desarrollado.

Este proyecto busca el desarrollo de este servicio bajo un programa de calidad que evaluará su desarrollo y generará un proceso de mejora continua del mismo.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El proyecto se desarrollaría, en una primera etapa, en un mínimo de 9 de las 15 zonas de salud que en la actualidad cuentan con un servicio de fisioterapia de atención primaria de referencia, con la primera intención de establecer una vía permanente ágil y operativa de comunicación y colaboración entre los centros educativos y su unidad de fisioterapia de referencia, cuyo objetivo será el diseño de actividades que busquen el fomento de hábitos saludables en la comunidad escolar, a través de la implicación de alumnos, profesores, padres y sanitarios.

El desarrollo de actividades en las que los conocimientos y campo de acción del fisioterapeuta sean especialmente relevantes serán la primera meta, aunque lo deseable sería implicar a medio plazo al resto de profesionales implicados en la atención primaria de salud.

El objetivo para este curso sería diseñar al menos una actividad de educación para la salud y desarrollar la misma en los principales centros educativos de las zonas de salud seleccionadas.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD
 Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>					X
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		X			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		X			

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Se constata, a través de infinidad de publicaciones tanto en medios especializados como de divulgación general los cada vez más deficientes hábitos de salud de la población en general y en especial de niños y jóvenes, a pesar de que se suceden los mensajes para intentar corregir esta situación.

Es probable que una información demasiado dispersa, contrarrestada por la fuerza de una publicidad que arrastra, en muchas ocasiones, a seguir conductas poco beneficiosas sea una de las causas de este problema.

A nivel local, en nuestro ámbito de actuación, se hace patente la escasa colaboración entre los integrantes de la comunidad educativa y los sanitarios de los centros de salud, principales agentes de la enseñanza y la salud respectivamente, para impulsar programas que de forma sistemática contribuyan a solventar esta carencia de hábitos saludables.

Puntualmente, se han llevado a cabo actuaciones en este sentido, bien fomentadas desde la administración (ej: Salud bucodental), o bien respondiendo a inquietudes individuales. Estas actuaciones han dado como resultado, en mayor o menor grado, cambios positivos en los hábitos, o al menos han llamado la atención de la comunidad escolar sobre estos temas.

La aparente dificultad para instaurar actividades de educación para la salud en el entorno escolar, y la falta de formación y motivación por parte del personal, educador y sanitario, para diseñar y programar los mismos se configuran, según los colectivos implicados, como las causas más relevantes de la escasez de estas iniciativas.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se ha previsto el siguiente plan de actividades, que deberán llevarse a cabo bajo la responsabilidad del fisioterapeuta de la zona de salud en cuestión, contando con apoyo de otros

Profesionales sanitarios en el caso de que se hayan adherido al programa.

1. Toma de contacto con los responsables de la comunidad escolar y/o Centros de Profesores y Recursos (CPR) en la que se pretende desarrollar la actividad, exposición del proyecto y solicitar la designación de el/los docentes con los que diseñar y desarrollar la actividad.
El seguimiento del protocolo del servicio 105 será la referencia en todo momento, aunque abierta a las características particulares en cada caso, siendo
2. Diseñar una actividad de acuerdo a criterios consensuados con la comunidad docente y que deberá ser como mínimo asequible, útil, atrayente para el alumnado, consideramos que la actividad "escuela de espalda" reúne estos requisitos, pues la experiencia acumulada con otros colectivos así lo demuestran.
3. Desarrollar la actividad en los centros educativos seleccionado con arreglo a un calendario consensuado entre docentes y sanitarios.
4. Por las características de la propia actividad la reevaluación y mejora de la misma se adecuará a la experiencia acumulada.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

En tanto en cuanto este proyecto requiere de la colaboración imprescindible de los docentes los indicadores podrán sufrir variaciones, contemplaremos los siguientes:

1. Número de sesiones/reuniones con representantes de la comunidad escolar.
2. Número de sesiones informativas sobre temas de salud que respondan de forma puntual y/o necesidad detectada o aun problema ocasional de salud.
3. Intervención Educativa Continuada, escuela de espalda.
 - 3.1. Número de hábitos saludables relacionados con la espalda que han adquirido los alumnos, diferenciando en la apreciación entre padres, profesores y los propios alumnos. Evaluable al cabo de 2 meses tras el desarrollo de la actividad.
 - 3.2. Test de aprovechamiento de actividad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN → 130

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>Mejora de calidad en la actividad de Educación para la Salud "Escuela de espalda"</p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos: Antonio José García Romero</p> <p>Profesión: Fisioterapeuta Centro de trabajo: Centro de salud de Graus</p>
--

<p><u>3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN</u></p> <p>Fecha de inicio: 2 Mayo 2004 Fecha de actualización: 15 de Enero 2005</p>

<p><u>4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO</u></p> <p>Indicar los objetivos del proyecto y las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc</p> <p>El objetivo final de este proyecto ha sido conseguir que el paciente adquiera y aplique las habilidades y conocimientos que le ayuden a prevenir y/o solventar con el mayor éxito el padecimiento de afecciones musculoesqueléticas a nivel de la columna vertebral, nuestra herramienta para alcanzarlo es la instauración de una "escuela de espalda" basada en criterios científico-técnicos de calidad, que responda a unos estándares y esté sometida a un proceso de mejora constante.</p> <p>La implicación del paciente en el cuidado de su espalda dependerá no sólo de su predisposición sino también de cómo sepamos transmitir su importancia, y la excelente relación coste-beneficio que se deriva del mismo, esto conlleva alcanzar el compromiso, por parte del usuario, de una adherencia suficiente al programa de autocuidados, tutorizado siempre que sea necesario por su fisioterapeuta de referencia.</p>
--

El proyecto ha seguido básicamente el calendario de actividades marcado desde un principio, manteniéndose los responsables del mismo, y los indicadores previstos se han producido los resultados esperados con mínimas variaciones. El único contratiempo a destacar ha sido el no poder contar con el material solicitado y concedido (ordenador personal portátil), por lo que hubo que buscar una alternativa que permitiera llevar a cabo la actividad, lo que se ha traducido en el empleo de recursos propios de los responsables del programa de mejora, invirtiendo más tiempo y esfuerzos de los inicialmente previstos!

En este momento se está procediendo a cerrar el primer ciclo de mejora, por lo que falta computar algunos datos de los usuarios que accedieron en último lugar a la actividad.

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Siguiendo el plan establecido en el proyecto se inicia el ciclo de reuniones quincenales de acuerdo al siguiente calendario:

6 y 20 de Mayo ; 3 y 17 de Junio.

En las mismas se abordan los siguientes puntos:

1. Establecer las características fundamentales del método de escuela de espalda que mejor se adaptará a nuestro proyecto, terminando con la elaboración de un borrador definitivo el 30 de Junio. Incluyó los siguientes temas: anatomía y causas de los problemas de espalda, función de los músculos y posturas, ergonomía y consejos sobre la actividad física.

2. Elaborar los cuestionarios que antes y después de la actividad deberán rellenar los usuarios que participen en las mismas, y que deberán servir para valorar el proceso de aprendizaje.

Paralelamente a estas reuniones se produce la captación, selección y contacto de los pacientes susceptibles de integrar el proyecto, actividad que realiza cada uno de los profesionales de forma individual atendiendo a los siguiente criterios:

*Pacientes que hayan seguido tratamiento en la Unidad de Fisioterapia por una afección musculoesquelética a nivel de columna vertebral.

*Buscar la máxima homogeneidad en cuanto a edad, horario disponible, capacidad de aprendizaje y nivel de gravedad de la patología.

*Los grupos deberán contar, en su inicio, con un mínimo de 6 y un máximo de 8 componentes.

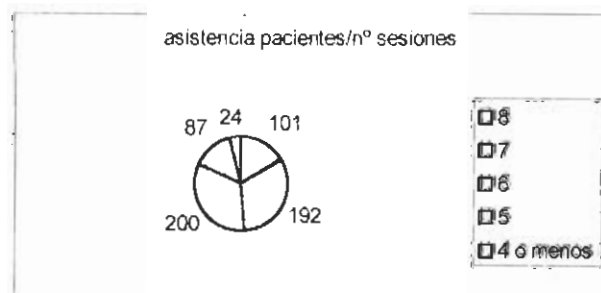
En la segunda semana de Julio se inicia la actividad con los primeros grupos en cada uno de los centros, cada grupo recibirá 8 sesiones de una hora, a razón de dos semanales, por lo que la actividad se prolongará durante un mínimo de un mes y un máximo de 6 semanas, estimamos que a 31 de Diciembre se habrán beneficiado de esta actividad un total de 604 pacientes.

Se considerará que un usuario ha completado su actividad si ha asistido a un mínimo de 5 de las 8 sesiones posibles.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

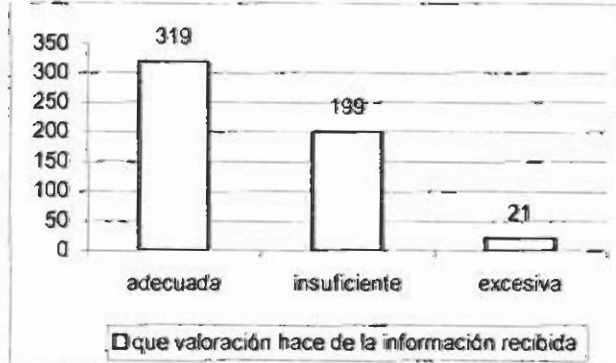
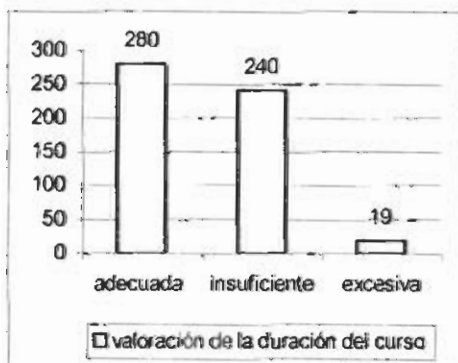
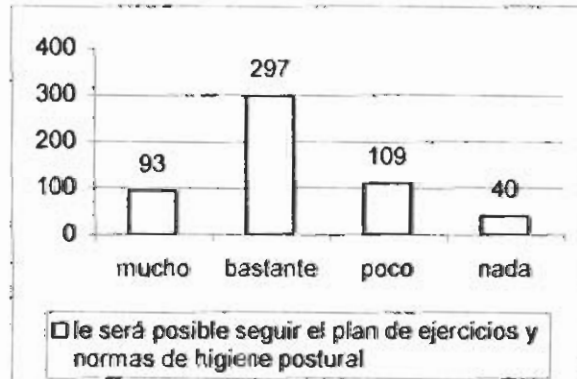
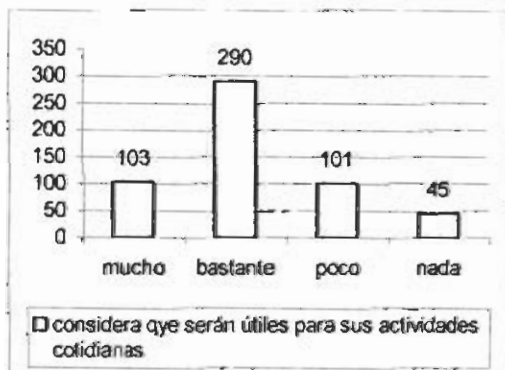
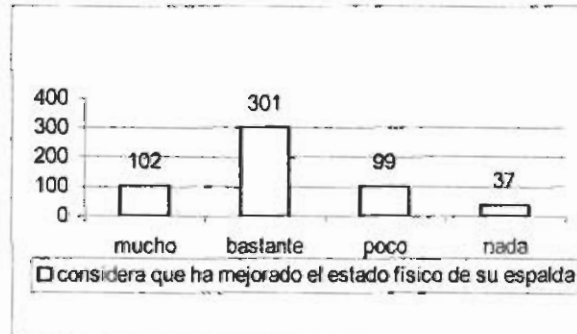
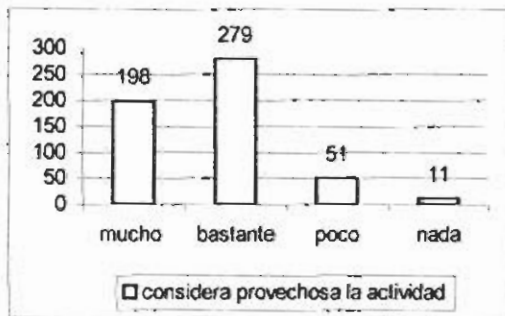
Se desglosan a continuación los datos recabados durante el desarrollo del proyecto.-

El número de sesiones a las que hicieron efectiva su asistencia los usuarios se desglosa según el siguiente gráfico:



Tras finalizar la actividad los usuarios fueron requeridos para contestar un test (Anexo I) que servirá para conocer la valoración subjetiva de los mismos respecto al aprovechamiento de la actividad.

La encuesta post- test arrojó los siguientes resultados:



- En cuanto a los indicadores objetivos propuestos el resultado (parcial) es el siguiente:

1. Nº de recidivas en dolor raquídeo a los 2,4 y 7 meses de realizar la "escuela de espalda".

Los datos recogidos a 13 de diciembre son los referidos a los dos primeros meses de 266 usuarios. Y entre los 2 y 4 meses de 126 usuarios. Expresados en % son los siguientes:

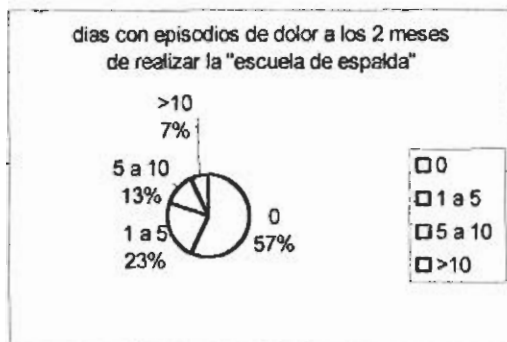


gráfico 1.2

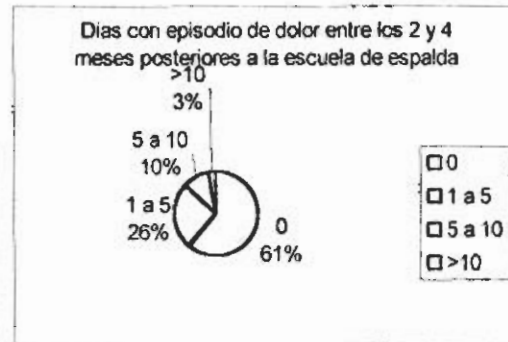


grafico 1.3

2. Evaluación trimestral de la correcta ejecución de los ejercicios y seguimiento de normas de higiene postural.

La revisión de este aspecto para un total de 119 pacientes dió como resultado:

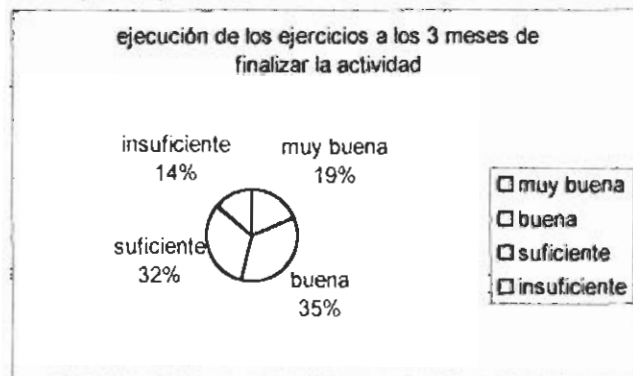


gráfico 1.4

3. Medición de parámetros de flexibilidad y estática postural.

En este punto se han valorado desde la posición de bipedestación:

- La presencia de anomalías de las curvas en los planos sagital y anteroposterior.
 - Amplitud de movimientos de la columna y si estos movimientos despiertan dolor, la flexión anterior se midió mediante la maniobra de Schöber y la flexión lateral, hiperextensión rotación buscó la pauta de grados en la amplitud del movimiento.
- En esta medición pre-actividad el 40% de paciente presentaba una situación en cuanto a posición y flexibilidad de la CV considerados como insuficientes, el 39 % era considerado aceptable o suficiente y sólo el 21% de los pacientes contaba con una situación óptima en cuanto a la estática y dinámica de su CV, La medición tres meses después de realizada la actividad y de seguir los pacientes el programa de ejercicios y consejos fue la siguiente: Un 22% de usuarios seguía presentando unos parámetros insuficientes, mientras que un 56% alcanzaba la suficiencia y un 26 % se consideraba óptima. La evolución global se muestra en el siguiente gráfico.

evolución de los parámetros de flexibilidad y estática

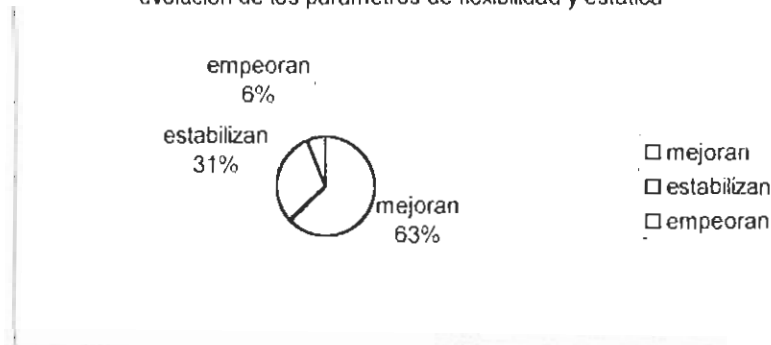
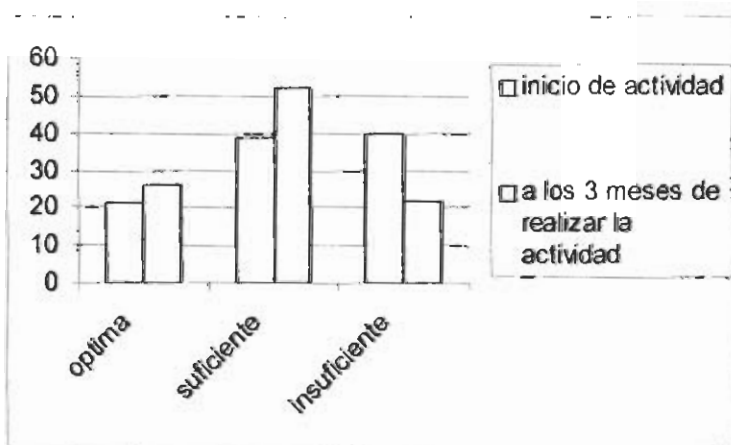


Gráfico 1.5



Estática y dinámica de la columna vertebral. Evolución gráfico 1.6

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

- Se ha establecido un estandar de "Escuela de Espalda" con una metodología consensuada y que servirá de referencia para llevar a cabo esta actividad en las distintas unidades de fisioterapia de los sectores de Huesca y Barbastro.
- Al finalizar 2004 un total de 604 usuarios se habrán beneficiado de participar en esta actividad, con resultados que, globalmente, se pueden considerar de positivos y/o muy positivos, constatando un aumento de la sensación subjetiva de bienestar expresada por los usuarios.

- Se aprecia, por parte de los profesionales, un mayor aprovechamiento del proceso de aprendizaje, atribuido al hecho de realizar la actividad bajo una denominación atractiva y estar enfocada específicamente a adquirir destrezas, estando así el usuario más predispuesto que en el transcurso de una consulta o tratamiento menos específico. Aprovechamiento que también es manifiesto por parte del usuario como se aprecia en el resultado de las encuestas post-actividad.
- Potenciación en los profesionales de la "cultura de la Calidad", ya que se aprecian los resultados positivos de este trabajo en el incremento de la racionalidad y eficacia de las actividades de educación para la salud.

A la hora de redactar este documento todavía no se ha completado la información correspondiente a los dos últimos meses de los seis en los que se desarrolla el trabajo con los /usuarios, sin embargo se han podido constatar algunas puntos mejorables en una revisión posterior:

- A lo largo del desarrollo del proyecto han aflorado diversos susceptibles de mejora:
 1. Necesidad de establecer el modo de captación de pacientes de acuerdo a las características de la zona de salud en la que se trabaje.
 2. Conseguir mayor homogeneidad en los grupos.
 3. Flexibilizar la duración de la actividad en función de la característica del grupo.
- En la etapa de monitorizar los resultados es necesario diferenciar más variables, se conseguiría una visión más completa que permitiría adoptar medidas correctoras y mejorar la actividad.
- El desarrollo de esta actividad que puede arrojar multitud de datos y variables constituye una excelente oportunidad para desarrollar un trabajo de investigación sobre el tema, con introducción de grupos control y el tratamiento de las variables de acuerdo a las normas.
- Mejorar el material docente mediante la elaboración de guías que faciliten el seguimiento y aprendizaje de la actividad (impresas y audiovisuales)
- Necesidad de encontrar una gestión en la programación de los grupos que minimice los abandonos y permita un seguimiento óptimo de la actividad por parte de todos los usuarios.
- Aprovechar la oportunidad para introducir una actividad semejante en otros grupos susceptibles (escolares, tercera edad) adecuando el programa a las necesidades específicas de los mismos.
- Adaptación de la normas de higiene postural y ergonomía a las labores cotidianas y profesionales de los usuarios; se ha constatado la efectividad de la educación cuando se ha concretado al ámbito de trabajo (p. Ej. Amas de casa).

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

1. A día de entrega de esta memoria todavía no se ha recibido el material solicitado (y concedido) en el programa de apoyo (La cantidad adjudicada fue de 1800€, y se solicitó un Ordenador Personal Portátil), lo que ha dificultado enormemente el desarrollo del mismo, ya que el material de apoyo (diapositivas) estaba diseñado para ser utilizado en soporte digital. Esta carencia también se ha hecho notar a la hora de registrar las distintas bases de datos utilizadas para el trabajo.
2. Se ha constatado la necesidad de ampliar la formación de los profesionales para el tratamiento de herramientas informáticas

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Proyector digital	1000
Gastos de desplazamiento	300
TOTAL	1300 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:
17 de enero de 2005



Anexo 3

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN +57

1.- TÍTULO

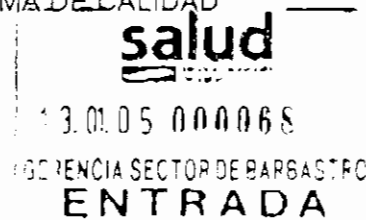
IMPLANTACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO DE UN SISTEMA DE CALIDAD
TOTAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Amado Tapia Lanuza

Profesión: Analista Clínico

Centro de trabajo: Hospital de Barbastro



OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y Apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concha López Gómez	Microbióloga	H. Barbastro
Otilia Gairín Nicolau	A.T.S.	H. Barbastro
M ^a José Catena Lacomá	T.E.L.	H. Barbastro
Mercedes Sánchez González	Analista Clínico	H. Barbastro
Milagros Esteve Morlán	A.T.S.	H. Barbastro
Josefina Carrillo Prada	T.E.L.	H. Barbastro
Miguel Angel Ruiz Salvador	Auxiliar de Clínica	H. Barbastro
Fina Lalueza Escario	Auxiliar administrativo	H. Barbastro
Francisco Llinares San Juan	Hematólogo	H. Barbastro
Rosa Coreá Nasarre	A.T.S. Supervisora	H. Barbastro
Caqui Mora Chaparro	T.E.L.	H. Barbastro

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Enero 2004

Fecha de actualización: Enero 2005

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Los objetivos generales planteados en el proyecto de 2004 están plenamente vigentes para este año:

- Mejorar la calidad global del servicio que prestamos mediante la implicación de todos los miembros del Laboratorio en la gestión de la calidad y en la cultura de la mejora continua, y la autoevaluación periódica según el modelo de la EFQM.
- Mejorar la percepción de los usuarios (médicos y pacientes) de los servicios que reciben del Laboratorio, aumentando la accesibilidad y la fiabilidad.
- Consolidar nuestro Sistema de Calidad mediante su certificación según la norma ISO 9001:2000 y avanzar hacia la acreditación según la norma ISO 15189:2003.
- Conseguir el apoyo institucional para desarrollar nuestro proyecto desde el punto de vista formativo y actuar como referencia para la difusión del modelo de excelencia en nuestro Sector Sanitario.

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

La metodología de trabajo de la Comisión de calidad quedó ampliamente descrita en el proyecto original. Se basa en líneas generales en la autoevaluación, detección de áreas de mejora y priorización para establecer objetivos. Uno o varios miembros de la Comisión se responsabilizan del desarrollo y cumplimiento de cada uno de ellos.

Los objetivos específicos para el año 2004, de acuerdo a la evaluación y priorización que se realizó eran los siguientes:

1. Elaboración de un mapa de procesos. Esquematizar el trabajo de la organización distinguiendo los diversos procedimientos que concurren susceptibles de ser documentados por separado, detectar las tareas clave de la organización. Redactar los textos correspondientes de acuerdo al modelo de documentación del Sistema de Calidad y actualizar los ya existentes
2. Editar un manual de usuario. Compendio en el que se reúna de forma esquemática toda la información requerida por un facultativo a la hora de realizar una solicitud de análisis o interpretar un resultado: cartera de servicios, formulario de solicitud, preparación del paciente, magnitudes con posibilidad de determinación urgente, tiempo de respuesta, tipo de muestra, rango de referencia, notas interpretativas, etc. Esta información se pondrá a disposición

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

de todo el personal médico y de enfermería del Sector Sanitario por escrito y publicándola en la Intranet.

3. Información a los pacientes. Desarrollar un ciclo de mejora en cuanto a la información que el paciente recibe del laboratorio, tanto desde el punto de vista de la percepción de lo que el laboratorio hace por él, como de la información relevante en cuanto al análisis: horario, ubicación, preparación, dietas, etc. Se editará un documento con todas las determinaciones que precisen una dieta o preparación especial por parte del paciente, se revisarán todas las hojas de información existentes y se elaborarán las que sean precisas. Esta información se facilitará por escrito y a través de la Intranet a todo el personal médico y de enfermería, para que pueda ser puesta a disposición del paciente en las respectivas consultas.
4. Manual de seguridad. Elaborar un texto que incluya todos los aspectos de la seguridad en el laboratorio clínico, tanto desde el punto de vista del paciente como del trabajador. Se incluirán en él apartados relativos a la seguridad física, seguridad química y seguridad biológica haciendo especial hincapié en lo relativo a la prevención.
5. Formación continuada. Establecer un programa de formación continuada en el que prevalezca la accesibilidad a todo el personal. Se centrará en aspectos relativos a la actividad diaria y a sus bases teóricas desde el principio de la autoformación mediante exposiciones de miembros del servicio al resto y de la formación externa mediante la asistencia a conferencias, cursos congresos etc.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

De acuerdo con las tareas y el calendario previsto se ha seguido un plan de continuado de actuación que ha ofrecido los siguientes resultados:

- 1- Se han elaborado y registrado un total de veintinueve documentos nuevos del sistema de calidad. Se ha elaborado el mapa de procesos, en el que se han encontrado veintiún procesos clave, de los cuales diez están documentados.

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

Indicador:

- Porcentaje de procesos clave revisados y documentados del total de los descritos en el mapa. Objetivo: 60 % al final de 2004.
Resultado: 48% (Cumplimiento del objetivo 80%).

2- Se ha elaborado, editado y publicado en la intranet del Sector Sanitario de Barbastro la cartera de servicios del laboratorio. Proyectada como manual de consulta para los profesionales sanitarios, contiene información básica sobre los recipientes, muestras, tiempo de respuesta, rangos de referencia, etc de los magnitudes que se determinan en nuestro laboratorio. Se ha publicitado convenientemente a través de la Intranet para generalizar su consulta.

Indicadores:

- Porcentaje de puntos de atención médica con acceso a la información.
Objetivo: 75% al final de 2004.
Resultado: accesible en todos los centros de atención primaria, centros de especialidades y servicios del hospital (Objetivo cumplido).
- Relación entre el número de errores preanalíticos detectados en muestras extraídas procedentes de Atención Especializada y Atención Primaria en el primer y segundo semestre del año.
Resultado: no evaluable por el poco tiempo de aplicación.

3- Se ha elaborado un documento de información general dirigido al paciente que requiere los servicios del laboratorio clínico. Por falta de tiempo no ha sido posible su edición y distribución. Queda por definir el formato y la vía de transmisión a los usuarios.

4- Se ha publicado un manual de seguridad del servicio y se ha puesto a disposición de todos los miembros. Incluye un registro de firmas para que conste que ha sido leído, comprendido y existe el compromiso de cumplirlo por cada uno de los miembros de la plantilla.

Indicadores:

- Índice de accidentes laborales ocurridos durante el año
Resultado: 1 inoculación accidental / 34 personas expuestas.

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

- Porcentaje de personal de Laboratorio con acceso a la información.
Objetivo: 100% al final de 2004.
Resultado: 100%. (Objetivo cumplido)
- 5- El programa de formación continuada intra laboratorio se ha desarrollado mediante ocho sesiones presentadas por el propio personal del servicio para el resto de los miembros. Los temas se han elegido por orden de preferencia en la encuesta realizada el personal.
- La formación extra laboratorio ha comportado la participación de quince miembros de la plantilla en una o varias de las actividades formativas tales como cursos, congresos reuniones científicas, etc hasta un total de quince diferentes.
- Indicadores:
- Número de sesiones de formación continuada intralaboratorio
Objetivo: 8 sesiones de formación
Resultado: 8 sesiones formativas (objetivo cumplido)
 - Número de personas que participa en actividades de formación continuada extra laboratorio.
Resultado: quince personas han participado en diversas actividades externas de formación de un total de 34 personas en plantilla.
- 6- Se ha realizado una encuesta de satisfacción al personal del servicio con resultados muy positivos y se han emprendido acciones de mejora en dos aspecto concretos que denotaban preocupación.
- 7- La Comisión de Calidad ha efectuado una nueva evaluación EFQM considerando todos los criterios y se han aplicado los criterios de priorización que ya se utilizaron en el ejercicio pasado.

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Las conclusiones de la evaluación y el subsiguiente proceso de establecer prioridades ha conducido a seleccionar las siguientes acciones para 2005:

- 1- Elaborar un diagrama organizativo del laboratorio incluyendo funciones tareas y responsabilidades. Debe incluir un organigrama jerárquico de los puestos de trabajo y una definición pormenorizada de las funciones inherentes a la persona que desempeña cada puesto.

Indicador: evidencia documental.

- 2- Documentar todos los procesos clave definidos en el mapa de procesos. Tomando como referencia el mapa de procesos ya elaborado desarrollar la documentación de cada uno de ellos.

Indicador: porcentaje de procesos clave documentados.

Objetivo: 80 %.

- 3- Completar el manual de calidad. Documento donde se establece la política y estrategia de la calidad y se describe el sistema de gestión de la calidad.

Indicador: evidencia documental.

- 4- Escribir todos los procedimientos de trabajo que falten y revisar los existentes.

Indicador: porcentaje de procedimientos de trabajo documentados y revisados.

Objetivo: 80 %.

- 5- Finalizar el manual de información al paciente y editarlo.

Indicador: evidencia documental.

Aunque no se mencione en los apartados anteriores, está implícito en la filosofía de nuestro proyecto continuar con el programa de formación continuada.

El periodo de realización de las tareas programadas es todo el año 2005. El Coordinador de la Comisión realizará un seguimiento continuado de todas ellas a lo largo del año. Se valorarán los progresos en las reuniones mensuales de la Comisión de Calidad mediante la exposición por los responsables de cada grupo de trabajo de los avances realizados y comparación con los objetivos previstos. Semestralmente se emitirá un informe de situación del proyecto a la Unidad de Calidad Hospitalaria.

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

El objetivo inmediato de nuestro proyecto es conseguir la certificación de nuestro sistema de gestión de la calidad por la norma UNE- EN ISO 9001:2000.

El principal problema que encontramos es la interpretación de la norma para adecuarla a las características de un laboratorio clínico. Probablemente algunos de los aspectos contemplados en la norma no procede aplicarlos a nuestra organización y podrían ser excluidos.

Por otro lado, desconocemos con qué detalle y profundidad exige la entidad certificadora el cumplimiento de los requisitos en el momento de superar la auditoría. Por todo lo anterior consideramos que deberíamos contar con un servicio de consultoría que nos asesore para completar la documentación del sistema de calidad y nos acompañe en el proceso de obtener la certificación.

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Servicios de asesoría para completar documentación y superar la certificación del sistema de calidad según la norma ISO 9001:2000.</u>	<u>20.000</u>
TOTAL	20.000 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Berlín, 15 de Enero de 2005



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

DETECCION Y ASISTENCIA AL RIESGO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a Luciana González González / Juan Coll Clavero

Profesión. **Trabajadora Social – Jefe del S^o de Informática** Centro de trabajo:
Hospital de Barbastro

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Solicitud al Programa de Calidad Febrero de 2004 . Inicio del Programa de R.S. Febrero 2003	Fecha de actualización: Enero de 2005
--	---------------------------------------

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

OBJETIVOS GENERALES DEL PROYECTO:

- *Desarrollar una metodología de trabajo en equipo, que garantice la atención integral de todos los pacientes que se encuentren en una situación de riesgo social*
- *Analizar las características poblacionales de la demanda detectada con Riesgo Social*

VARIACIONES

- *Los responsables del Programa continúan manteniéndose, al igual que todo el equipo de trabajo, a excepción del cambio de supervisora en el servicio materno- infantil, que en este momento es **D^a Julia Minguez Sorio**.*
- *En cuanto a objetivos, plazos y resultados se han ido ajustando a lo propuesto con bastante exactitud, sin desfases significativos.*
- *Los indicadores propuestos en el anterior programa se han podido ampliar sobre los previstos*
- *Los resultados esperados han estado equiparados a la programación inicial*

PARA EL PROXIMO PERIODO SE HA PROPUESTO LA AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA INFORMATICO SOBRE LOS SIGUIENTE INDICADORES:

- **Detección de Riesgo Social de Pacientes atendidos en Consultas**
- **Registro Informatizado desde la Unidad de Trabajo Social sobre la situación de la demanda de R. S.: Resuelto, Pendiente, Otros.**
- **Demora Media de Comunicación del R.S. entre el Ingreso del Paciente y el Registro Informatizado**
- **Inclusión y Registro en el Programa Informático de los Recursos Sociales aplicados a los pacientes**
- **Desglosar el Registro de la Demanda de R.S.:**
Intrahospitalaria: S.I. / Facultativo / Paciente / Familia
Extrahospitalaria: SSB / ONG / C. de Salud / SS Especializados

METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

* La Metodología aplicada ha sido la propuesta, es decir el diseño del programa informático para el registro de Riesgo Social en TIEMPO REAL, EN EL MOMENTO DEL INGRESO

* Reuniones periódicas sobre el calendario propuesto del Equipo de Trabajo: Supervisor@s / Jefe del Sº de Informática / Trabajadora Social

* Memoria Escrita del desarrollo del programa y Tabulación de Datos Poblacionales, con los indicadores ampliados sobre los propuestos inicialmente del primer año de puesta en marcha del programa, de Febrero de 2003 a enero de 2004, estando en elaboración la segunda fase, de Enero a Diciembre de 2004.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- **Inicio del Programa: Febrero de 2003, con la incorporación del Sº de T. Social**
- **Período de Recogida de datos: de Febrero de 2003 a Enero de 2004**
- **Nº de Ingresos Hospitalarios en este período: 6.725**
- **Población Total de sector de Salud: 104.276 habitantes**
- **Casos de R.S. Detectados y Atendidos, en números absolutos: 320**

Características Poblacionales de pacientes detectados con R.S. por hospitalización: -Algunos Indicadores-

- **Alertador de R. Social: SAPL 60% - H50 15% - H41 14% - H31 7,2% - H51 1,6% . H40 0,6% - Urg 0,6%**
- **Tasa de Alerta Agrupada: R.S. U. Enfermería: 40% - R.S. SAPL.: 60%%**
- **Demanda de R.S. por Sexo: se ha repartido al 50% entre Hombres y Mujeres**

Se puede adjuntar memoria pormenorizada

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**1.- En cuanto a la implantación del programa de Riesgo Social**

La incorporación del Área Social al conjunto hospitalario supone estimular a los distintos profesionales con el objetivo de ofrecer una asistencia de mayor calidad a los pacientes ingresados, favoreciendo la atención precoz e integral que supera la dimensión puramente clínica.

2.- En cuanto al Análisis de Funcionamiento

En el primer año la tasa de alerta de R.S. por U. de enfermería ha sido del 40%. Aporta una medida sobre el grado de utilización del programa por parte del personal sanitario y proporciona una valoración sobre su efectividad.

3.- En cuanto al Análisis Poblacional

Se ha detectado una población envejecida y con nivel de dependencia

En el Primer año se ha detectado el 5% de R.S. en los ingresos por hospitalización

La demanda se ha repartido al 50% entre hombres y mujeres

No han quedado acciones pendientes en el calendario

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

- *La incorporación de una nueva figura laboral al conjunto hospitalario y las tareas que desarrolla ha precisado de un período de conocimiento y adaptación mutuo en el equipo de trabajo.*
- *El desarrollo de las tareas y actividades en el área social está limitado con un solo profesional.*

9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
BECA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA INFORMATICO	1.500
CURSOS DE FORMACION	1.500


Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	---

	<p>TOTAL 3.000</p> <p>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo</p>

Fecha y firma: Barbastro, a 14 de Enero de 2005

Lucy González

Juan Coll



7.0.05 000094

Anexo 2 PRECENCIA SECTOR DE BARBASTRO de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
ENTRADA Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MODIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE PACIENTES A PARA REALIZAR LA ENCUESTA POST-HOSPITALIZACIÓN

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

JOAQUÍN COLL CLAVERO

Nombre y apellidos

Profesión (Graduado Social) **JEFE SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE**
 Centro de trabajo. **HOSPITAL DE BARBASTRO**

Correo electrónico: *atepac.hrb@salud.aragob.es*

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Marian Rams	Directora Enfermería	HOSPITAL DE BARBASTRO
Lucy González González	Asistente Social	Hospital de Barbastro
Inma Giron Cónsul	Administrativo	Idem
Juan Coll Clavero	Medico e Informático	Idem
Juan Carlos Carrión	Médico	Coordinador de calidad

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

En estos momentos la encuesta de post-hospitalización se realiza a través de dos cortes aleatorios anuales que en el Hospital de Barbastro totalizan el envío a los usuarios de unos centenares de encuestas para que sean respondidas en su domicilio. La sistemática del corte retrasa hasta en más de dos meses las respuestas lo que hace que descienda el número de encuestas respondidas (en ocasiones menos del 40 % de los encuestados) y convierta sus resultados en poco representativos .

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- *Mayor fiabilidad de la información*
- *Mayor peso de la opinión de los usuarios en el proceso de toma de decisiones.*

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados				•	
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas		•			
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos		•			
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	•				

7.- ANALISIS DEL PROBLEMA

En estos momentos la encuesta de post hospitalización se realiza a través de dos cortes aleatorios anuales que totalizan unas trescientas encuestas. La sistemática del corte retrasa hasta en más de dos meses la respuesta, lo que hace que el número de respuestas sea inferior al 40 % de los encuestados

8.- METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- 1. Entregar la encuesta SERVQHOS y un sobre franqueado dentro del sobre cerrado que se entrega al paciente en el momento del alta y con las instrucciones visibles de realización de la misma. Se entregarán en cada control de enfermería un número fijo de encuestas ponderadas ex-ante, por cada área de hospitalización.*
- 2. Entregar las encuestas correlativa y aleatoriamente a los pacientes dados de alta en los controles de enfermería a partir el día primero de cada mes.*
- 3. Elaborar o adecuar un programa informático para que estas encuestas puedan ser tratadas cuatrimestralmente desde el mismo Servicio de Atención al Usuario y puedan ponerse los datos correspondientes a disposición de los órganos de decisión.*

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La Evaluación y seguimiento de este proyecto será realizado por la Coordinación de Calidad de este Hospital, al final de cada fase de las que se indican en el punto siguiente

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Calendario:	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análisis ex ante acerca de la dimensión de la encuesta (Servicios SAP. Informática Hospital de Barbastro y Calidad). Hasta marzo de 2005.</i> • <i>Elaboración de una aplicación informática que facilite el tratamiento estadístico de las encuestas. Hasta septiembre de 2005</i> • <i>Inicio de las acciones que se han diseñado, desde Abril 2005</i> 	

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>Beca para un administrativo con cualificación informática a nivel de usuario para que colabore con el Servicio de Informática y el de atención al paciente, en la puesta en marcha del proyecto y en el desarrollo de la aplicación</i>	500
TOTAL	500
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Barbastro a 17 de enero de 2005.



Joaquin Coll. Responsable del Proyecto

17.01.05 000095

AGENCIA SECTOR DE BARBASTRO

Anexo 2

ENTRADA
 Servicio de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
 Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

NUEVO PROCESO DE DEPURACIÓN, CANALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS, A TRAVÉS DE SUS RECLAMACIONES.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

JOAQUÍN COLL CLAVERO

Nombre y apellidos

Profesión (Graduado Social) JEFE SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE
 Centro de trabajo. HOSPITAL DE BARBASTRO

Correo electrónico: atepac.hbrb@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Lucy González González	Asistente Social	HOSPITAL DE BARBASTRO
Inma Giron Cónsul	Administrativo	Idem
Juan Coll Clavero	Medico- Informático	Idem
Juan Carlos Carrión	Coordinador Calidad	Idem

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Carece la C.A. de una aplicación informática que trate adecuadamente la información derivada de las reclamaciones de los usuarios. En la actualidad el tratamiento de los datos que aportan las reclamaciones es diferente para cada Servicio de atención al paciente. Ello genera numerosos leguajes y dificulta la creación de políticas sanitarias que tengan en cuenta la voz de los usuarios

Por otro lado la información deducida del proceso tampoco recorre un circuito que lo haga eficaz.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mayor implicación de los servicios sanitarios en el proceso de las reclamaciones que les afectan
- Valoración más depurada y real del contenido de las reclamaciones
- Mayor presencia de la opinión de los usuarios en el proceso de toma de decisiones.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto					
Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados				•	
Disminuir los riesgos de error o problemas originados por las actuaciones realizadas			•		
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	•				
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado		•			

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El tratamiento de las reclamaciones de los usuarios comporta a los S.A.P., al menos dos problemas que guardan estrecha relación con los planteamientos de calidad del SALUD:

- 1) *En la actualidad los servicios hospitalarios causantes o interesados no conocen los términos en los que se resuelven las reclamaciones que les afectan.*
- 2) *No existe una aplicación informática capaz de tratar las reclamaciones de lo usuarios en los términos que fueron elaborados y acordados en 2002 por los responsables de los S.A.P. de Aragón y cuyo detalle se muestra en Anexo a este escrito.*
- 3) *Se trata concretamente de depurar esa "fuentes de información" indisolublemente ligadas a la calidad de los procesos sanitarios*

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- *Rediseñado del circuito de información que siguen las reclamaciones, para que ésta llegue a los puntos que la hacen más eficaz*
- *Adecuación o elaboración de un programa informático-estadístico capaz de procesar de manera frecuente y objetiva la información resultante del nuevo proceso.*
- *Introducción en el circuito informativo de las variables que fueron elaboradas y acordadas en 2002 por los responsables de los servicios de atención al paciente de Aragón y que se muestran en Anexo a este escrito*

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	---

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La Evaluación y seguimiento de este proyecto será realizado por la Coordinación de Calidad de este Hospital, al final de cada fase de las que se indican en el punto siguiente

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Calendario:	
<ul style="list-style-type: none"> <i>Análisis de las variables que se van a tratar (Servicios SAP e informática Hospital de Barbastro) Hasta marzo de 2005.</i> <i>Elaboración de una aplicación informática que facilite el tratamiento. Junio de 2005</i> <i>Puesta en marcha del Proyecto a partir de Septiembre de 2005</i> 	

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<ul style="list-style-type: none"> Dos ordenadores sobremesa (uno de ellos con lector de CD) 	1.400
<ul style="list-style-type: none"> Beca para un administrativo con cualificación informática a nivel de usuario para que colabore con el Servicio de Informática, en el desarrollo de la aplicación 	1600
TOTAL	3.000
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Barbastro a 17 de enero de 2005



Joaquín Coll.
Responsable del Proyecto

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

- Revisión de la labor realizada hasta la fecha y actualización del Protocolo de Lactancia Materna, con el objetivo de conseguir que el mayor número de población infantil sea lactada de manera natural y que ésta sea eficaz.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Valoración del número total de madres que han dado lactancia materna en el año anterior (2004) a niños nacidos en el Hospital de Barbastro por número de partos totales en dicho año.
2. Actualización y modificación, si fuera preciso, del Protocolo de Lactancia Materna e implantación del mismo.
3. Formación del personal sanitario.
Número total de asistentes al Curso de Formación por el número total de personal de enfermería de las Unidades de Materno-infantil, Partos y Consultas Externas de Obstetricia

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		X			

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

1. Estadísticamente se observa una disminución de madres que amamantan a sus hijos y las que lo hacen han reducido el tiempo natural de la misma (La OMS aconseja un mínimo de 6 meses de LM)
2. Nos encontramos que, en la actualidad, hay madres que quieren dar de amamantar a sus hijos y demandan información que reciben, a veces, de modo contradictorio por falta de una correcta formación u coordinación del personal de enfermería que les atiende.
3. En la actualidad la mujer que desea dar de mamar necesita más ayuda que en épocas anteriores, ya que se ha perdido la cultura de la Lactancia Natural.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Valoración de la situación actual con la evaluación previa que se va a realizar mediante encuesta y datos registrados con anterioridad.
2. Revisión y Actualización del Protocolo
3. Curso de Formación de 40 horas

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

1. Encuesta al personal de Enfermería que atiende a la mujer embarazada y a la puérpera (personal de los servicios de Materno-Infantil, partos y Consultas externas de Ginecología y Obstetricia) para valorar su nivel de preparación.
2. Encuesta a la mujer embarazada y puérpera sobre la información previa y posterior recibida.
3. Valoración de los conocimientos adquiridos por el personal de Enfermería formado, mediante test realizados antes y después del Curso de Formación

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

--

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 17 Enero de 2005	Fecha de finalización: Diciembre 2005
<p>Calendario:</p> <p>Fecha de Inicio: 17 Enero 2005</p> <p>Primer Trimestre 05: Curso Formación.</p> <p>Segundo Trimestre 05: Elaboración y puesta en marcha de encuestas realizadas a madres y personal de Enfermería.</p> <p>Tercer Trimestre 05: Revisión y Actualización del Protocolo de Lactancia Materna</p> <p>Cuarto trimestre 05: Preparación e Implantación de la Hoja de Alta de Enfermería del Servicio de Materno-infantil</p>	

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u> Mejora del tratamiento loco-regional del cáncer de mama en el Hospital de Barbastro: Incorporación de la biopsia selectiva del ganglio centinela y de técnicas oncológicas</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos: José Antonio Carrasquer Sesé</p> <p>Profesión: Médico J. de Sección Centro de trabajo: Hospital de Barbastro Unidad de Mama Servicio de Cirugía General y Digestiva</p> <p>Correo electrónico: jacarrasquer@salud.aragob.es</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Andrés Biltrán del Cacho	Médico Jefe de Servicio	Servicio de Radiología. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Rosa Oncins Torres	Médico. FEA	Servicio de Anatomía Patológica. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Paula Gambo Grasa	Médico. FEA	Servicio de Anatomía Patológica. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Maria Soledad Matute Najarro	Médico. FEA	Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Maria Ángeles Aragón Sanz	Médico. FEA	Servicio de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Miguel Ángel Rueda	Médico Jefe de Servicio	Servicio de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Jesús Florián Jericó	Médico. FEA	Servicio de Oncología Médica. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Pilar Bueso Inglar	Médico. FEA	Servicio de Oncología Médica. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Juan Villalta Cabero	Médico. Jefe de Servicio	Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Barbastro

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

El tratamiento loco-regional del cáncer de mama actual incluye la cirugía conservadora y la mastectomía radical modificada en los casos en los que no es posible conservar la mama. Ambos se asocian con la linfadenectomía axilar de niveles I y II.

Las recomendaciones de consenso en los últimos años se enfocan en aumentar la tasa de cirugía conservadora (añadiendo la quimioterapia neoadyuvante en tumores grandes), en mejorar los resultados estéticos de la mama afecta mediante procedimientos plásticos, en ofertar a las pacientes la reconstrucción inmediata tras la mastectomía y la remodelación de la mama contralateral cuando sea conveniente, y en disponer de un procedimiento validado de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC).

En la Unidad de Mama del Hospital de Barbastro se ha desarrollado, desde el año 2000 al 2004 un estudio prospectivo de BSGC axilar hasta alcanzar los estándares de la validación.

Adicionalmente se han incorporados procedimientos plásticos, tanto de técnica como de uso de prótesis, que se han aplicado fundamentalmente a la cirugía conservadora y en menor medida a la reconstrucción inmediata y la remodelación contralateral.

Por ello, entre las oportunidades de mejora de tratamiento loco-regional del cáncer de mama en el Sector de Barbastro hemos seleccionado dos:

1. *Ofertar a las pacientes afectas de cáncer de mama del Sector de Barbastro la biopsia selectiva del ganglio centinela axilar.*

Se pretende evitar una morbilidad importante relacionada con la linfadenectomía axilar (seroma postoperatorio, síndrome doloroso axilar, linfedema, deformidad, etc.) y ocasionar un menor gasto de tiempo quirúrgico, en los casos que no tengan infiltración ganglionar.

Se estima que el 80% de los casos de cáncer diagnosticados en el programa de cribado tienen ganglios axilares negativos y no precisarían de la linfadenectomía.

2. *Incorporar progresivamente técnicas oncoplasticas en la cartera de servicios de la Unidad de Mama.*

El objetivo será reducir la deformidad quirúrgica a la vez que se mantiene la seguridad oncológica en la amplitud de la resección quirúrgica.

Se pretende incrementar la tasa de cirugía conservadora hasta niveles recomendados en los países occidentales (60-70%) por el menor impacto psico-social que sufren las pacientes, respecto a las mastectomizadas. Cuando sea necesaria la mastectomía se pretende ofertar a las pacientes procedimientos de reconstrucción inmediata o diferida con un nivel de complicaciones menor, y en coordinación con procedimientos de apoyo psicológico.

Se considera que las amplias diferencias de tasa de cirugía conservadora y de reconstrucción mamaria entre diversos países y dentro de un mismo país dependen fundamentalmente de la formación oncológica y capacitación técnica de los cirujanos de mama, mas que de las características intrínsecas del tumor al diagnóstico o de la disponibilidad de Servicios de Radioterapia.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Respecto al ganglio centinela:
 - a. Protocolizar la BSGC axilar en el Hospital de Barbastro, ofertándola a todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La estimación de BSGC anual puede ser de 25 a 30 casos, lo que supone del 50 al 60% de la incidencia quirúrgica de cáncer de mama.
 - b. Desarrollar un consentimiento informado de la BSGC personalizado para a Unidad de Mama del Hospital de Barbastro.
 - c. Mantener el registro informativo de los casos clínicos de BSGC e incrementar los ítem relativos al seguimiento y detección de recurrencias locoregionales.
 - d. Acreditar a los facultativos de la Unidad de Mama en la técnica del ganglio centinela. Al menos tres facultativos quirúrgicos y dos radiólogos deberían estar acreditados para mantener la estabilidad de la prestación.
 - e. Incluir los casos clínicos en alguno de los ensayos clínicos sobre BSGC en curso en nuestro país, a fin de colaborar en la investigación y puntos no resueltos de la BSGC (micro metástasis, quimioterapia neoadyuvante, etc).
2. Respecto a las técnicas oncoplásticas.
 - a. Conseguir una formación técnica y capacitación del equipo quirúrgico que permita realizar con resultados aceptables los siguientes procedimientos:
 - Cuadrantectomías y mamoplastias del defecto sin secuelas estéticas
 - Trasposición del complejo areola pezón para centrar la mama
 - Mamoplastias de reducción para la mama afecta y la contralateral.
 - Manejo de los expansores / prótesis mamarias.
 - Colgajos miocutáneos, principalmente el dorsal ancho.
 - b. Alcanzar una tasa de cirugía conservadora de alrededor del 60% en tres años, descontado así el sesgo que produce la mayor detección bianual de casos debidos al programa de cribado poblacional del Gobierno de Aragón.
 - c. Realizar técnicas de mamoplastia y centrado del complejo areola pezón en todos los casos de cirugía conservadora.
 - d. Ofertar la reconstrucción inmediata / diferida (en función de la necesidad de Radioterapia postoperatoria) a todas las pacientes no seniles que precisen mastectomía. La estimación anual es de 10 / 12 casos considerando el envejecimiento de la población asistida en nuestro Sector.
 - e. Ofertar la remodelación contralateral a todos los casos con una desproporción evidente. La estimación incluye al 80% de las reconstrucciones de mama y 15% de la cirugía conservadora, alrededor de 15 casos anuales.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>			X		
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>			X		

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. En el conjunto de los países occidentales desarrollados la incidencia está entre 200 a 250 de nuevos casos por 100.000 mujeres y año. En España la incidencia informada oscila entre 40 a 75 casos por 100.000 habitantes año, según los diversos registros de cáncer de base poblacional, con una tendencia creciente.

En la década de los 80 los ensayos clínicos dirigidos por Veronesi en Italia (Milan I y II) y Fisher en USA (NSABP B6) produjeron una teoría alternativa a la teoría halstediana clásica sobre el progreso natural del cáncer de mama y validaron el tratamiento conservador. A la vez convirtiendo el tratamiento del cáncer de mama en un proceso multidisciplinario donde colaboran radiólogos, cirujanos y ginecólogos oncológicos, cirujanos plásticos, radioterapeutas, oncólogos médicos, patólogos y psicólogos.

Este cambio de conceptos ha incidido sobre el tratamiento loco-regional significativamente. Como ha descrito Veronesi en la San Antonio Breast Conference de 2003 el tránsito ha sido "del máximo tratamiento tolerado en 1970 al mínimo tratamiento efectivo en 2000". Ha propiciado la aparición de nuevas técnicas acordes con estos principios, especialmente los procedimientos plásticos asociados a la resección tumoral y la BSGC, y ha aminorado las secuelas que sufren las pacientes tratadas de cáncer de mama.

La implementación de estos nuevos paradigmas en la labor asistencial diaria es desigual entre países y hospitales y ha supuesto un esfuerzo continuado de actualización y capacitación técnica a los equipos sanitarios.

La biopsia selectiva del ganglio centinela.

La correcta estadificación del cáncer de mama precisa del conocimiento del status ganglionar axilar. La BSGC tiene un alto valor predictivo y permite evitar la disección axilar en los casos negativos. Antes de ofertar la BSGC cada equipo debe validar los resultados de su técnica. Los puntos relevantes de esta validación son:

- El método de marcaje del ganglio. Se utiliza colorante vital (isoscintilografía) y/o radiotrazador.
- El estudio anatómopatológico intraoperatorio o diferido.
- La curva de aprendizaje, que debe ser una acreditación de grupo y personal.

Las sucesivas conferencias de consenso han dado validez de ambos métodos de detección (colorante vital y/o radiotrazador), remarcando una mayor sensibilidad cuando se utilizan ambos. También han disminuido los requerimientos para la curva de aprendizaje. El consenso actual es que la curva de aprendizaje para cada cirujano no tutelado precisa de 20 a 30 casos, y 10 casos para el tutelado, con una tasa de falsos negativos menor del 5% y una tasa de detección superior al 90% de los casos.

Fuentes:

- Ganglio Centinela y Cáncer de Mama. Reunión Nacional Consenso de Salamanca Octubre 2001. Disponible en www.aecirujanos.es.
- Schwarz Gf, Giuliano AE, Veronesi J. Proceeding of the consensus conference on the role of sentinel lymph node biopsy in carcinoma of the breast, april 19-22, 2001, Philadelphia, Pennsylvania. Cancer 2002;94:2542-51.
- The American Society of Breast Surgeons. Consensus Statement on Guidelines for Performance of Sentinel Lymphadenectomy for Breast Cancer. October, 19, 2003. Disponible en www.breastsurgeons.org.
- Schwartz GF. Clinical practice guidelines for the use of axillary sentinel lymph node biopsy of the breast: current update. Breast J 2004;10:85-88.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

Situación de la Unidad de Mama del Hospital de Barbastro

⇒ Los datos asistenciales relevantes sobre el tratamiento loco-regional son:

En el Hospital de Barbastro se diagnosticaron 75 casos nuevos de cáncer de mama en el año 2003.

Durante el año 2004 se han practicado 120 intervenciones, 50 de ellas sobre nuevas pacientes oncológicas.

En los últimos cuatro años (2000-2004) se han practicado 190 linfadenectomías axilares; en *mas del 50% de ellas los ganglios axilares estaban libres de enfermedad.*

La cirugía conservadora, en el mismo periodo (2000-2004), se ha realizado en 71 pacientes (37%) y se han practicado 119 mastectomías. Se han reconstruido 26 pacientes mediante 38 procedimientos quirúrgicos, 5 de ellos colgajos miocutáneos del dorsal ancho. Las complicaciones más frecuentes han sido los hematomas, sin ninguna extrusión de las prótesis utilizadas. Los resultados estéticos son mejorables.

Se ha cumplido con los tiempos de lista de espera para patología benigna y maligna, salvo en los casos de mamoplastias de reducción por macromastia sintomática, cuya inclusión en la cartera quirúrgica esta en debate.

⇒ Las características de funcionamiento de la Unidad incluyen:

- ✓ Actividades conjuntas:
 - Una sesión quirúrgica semanal conjunta entre Cirugía y Ginecología.
 - Una reunión semanal del Comité de Mama.
 - Un protocolo de Cáncer de Mama
- ✓ Cada Servicio desarrolla el resto de actividades separadamente (Mamografías, biopsias, estudios patológicos, consultas, QT, seguimientos oncológicos, curas postoperatorias, etc).
- ✓ El coordinador y representante ante las instituciones extrahospitalarias es el Dr. Bitrian. La programación quirúrgica se realiza semanalmente por el Dr., Carrasquer.
- ✓ Existe una colaboración efectiva entre los Servicios de Cirugía y Ginecología en las actividades conjuntas de la Unidad.
- ✓ Se registra la actividad en bases de datos a cargo de Oncología Médica, Anatomía Patológica, Radiología y Cirugía, sobre sus respectivos campos, sobre la base del sistema informático del Hospital.

⇒ Entre los puntos débiles de funcionamiento de la Unidad destacan::

- ✓ La necesidad de mas sesiones quirúrgicas dado el incremento de patología mamaria y la mayor duración de los procedimientos oncoplasticos.
- ✓ La falta de una coordinación efectiva con A. Primaria sobre las indicaciones de asistencia en consulta de mama. Falta protocolizar las derivaciones e indicaciones.
- ✓ La demora en la actualización del Protocolo sobre Cáncer de Mama y el desarrollo de los consentimientos informados sobre las nuevas prestaciones quirúrgicas.
- ✓ La conveniencia legal y profesional de obtener la acreditación de especialista en Senología / Mastología para todos los facultativos clínicos de la Unidad de Mama y el mantenimiento de una acreditación actualizada en procedimientos quirúrgicos mamaros.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

⇒ La biopsia selectiva del ganglio centinela.

En el año 2000 se inició un estudio prospectivo de BSGC axilar hasta alcanzar los estándares de la validación de la técnica a finales del 2004 (55 casos con tasa de detección y de falsos negativos dentro de los límites de validación). En la actualidad consideramos que estamos validados como grupo. En el ámbito individual un facultativo quirúrgico, un radiólogo y dos patólogas cumplen los estándares de acreditación.

La singularidad del procedimiento respecto a la técnica realizada en otros hospitales consiste en: a) la determinación intraoperatoria de la afectación ganglionar, y b) el uso exclusivo de colorante. Ambas suponen un mayor desafío técnico. Por otro lado tienen las ventajas de evitar segundas intervenciones y ser menos costosas económicamente al prescindir de los radioisótopos.

Los resultados se han publicado en Octubre de 2004. La proyección de futuro sobre la técnica incluye:

- La acreditación del Hospital en enero / febrero del 2005 a fin de aplicar la técnica protocolariamente.
- La acreditación tutelada de dos facultativos quirúrgicos más, a fin de evitar distorsiones asistenciales.
- La inclusión de algunos casos clínicos (ganglios con afectación microscópica) en el estudio nacional multicéntrico sobre esta condición.

Fuente: Carrasquer Sesé JA, Matute Najarro MS, Bitrián del Cacho A, Oncins Torres R, Aragón Sarz MA, Gambo Grasa P, Bueso Inglan P y Florián Jericó J. Validación de biopsia selectiva del ganglio centinela de la mama en un hospital comarca. Rev Oncol 2004; 6(supl 1):88-89.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Acreditación del Hospital en BSGC. Informes Dr. Carrasquer y Comité Unidad de Mama.
- Protocolización y aplicación técnica de la BSGC: Dr. Carrasquer, Dr. Bitrián, Dra. Oncins, Dra. Gambo.
- Coordinación quirúrgica de la BSGC: Dr. Carrasquer
- Acreditación tutelada en BSGC de Dra. Matute, Dra. Aragón y un radiólogo a cargo del Dr. Carrasquer y Dr. Bitrián respectivamente.
- Registro de datos BSGC: Dr. Carrasquer.
- Seguimiento evolutivo de eventos loco-regionales y sistémicos: Dr. Florián y Dra. Bueso.
- Incorporación a ensayo clínico de algún subgrupo de pacientes con BSGC, y evaluación final de resultados, Dr. Carrasquer y Comité de Mama.
- Acreditación en Senología / Mastología para los facultativos pendientes de obtención: Dra. Aragón / Dr. Rueda.
- Formación continuada gradual en procedimientos oncoplasticos: Dr. Carrasquer, Dra. Matute, Dra. Aragón.
- Aplicación de procedimientos oncoplasticos: Dr. Carrasquer, Dra. Matute, Dra. Aragón
- Evaluación de resultados: Dr. Carrasquer.
- Planificación de quirófanos : Dr. Rueda y Dr. Villalta.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Evaluación anual del número de BSGC realizadas. La tasa de BSGC realizadas sobre los casos con indicación debería ser superior al 90%.
2. Determinar la tasa anual de cirugía conservadora sobre el total de cirugía oncológica primaria. La tasa promedio en tres años debería alcanzar el 60%.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: febrero 2005

Fecha de finalización: diciembre 2007

Calendario:

	2005				2006		2007	
	1T	2T	3T	4T	1S	2S	3S	4S
Acreditación del Hospital en BSGC	X							
Actualización de consentimientos y protocolo de cáncer de mama	X							
Aplicación protocolizada BSGC		X	X	X	X	X	X	X
Incorporación a ensayo clínico			X					
Evaluación y publicación resultados a tres años								X
Registro bases de datos BSGC	X	X	X	X	X	X	X	X
Formación y acreditación en Senología / Mastología				X	X	X	X	X
Formación y acreditación en Procedimientos oncológicos			X	X				
Cirugía conservadora oncológica	X	X	X	X	X	X	X	X

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Libros</u>	
Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editores. Diseases of the breast, 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2004	228,04 euros
Bostwick J editor. Tratado de Mamoplastia 2 Vol. Editorial Amolca, 2001	388,64 euros
Bostwick J. Editor. Plastic and reconstructive breast surgery 2 vols. 2ª ed. Editorial Quality Medical publishing; 2000. Precios librerías web	535,09 euros
<u>Bolsa de viajes</u>	
Asistencia (1, Dra. Oncins) al V Simposio internacional del GEICAM. 7 y 8 de octubre de 2005. San Sebastián. (Tema principal: Ganglio centineia en cáncer de mama: ¿un paso necesario?) Precios del congreso pendientes de conocer. Estimado	900 euros
Asistencia (1, Dra. Matute) a Breast Cancer: Oncologic and Reconstructive Surgery. 13 – 15 June, Milan, Italia. European Institute of Oncology. Alojamiento(485) + Inscripción (700) + Viaje (700) Precios agencia oficial curso	1885 euros
Estancia (1, Dr. Carrasquer) de un mes en el Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori. Scuola di Oncologia Chirurgica Ricostruttiva, Dr. Maurizio Nava. Viaje y estancia, evaluación personal del precio	2800 euros
Matricula (1, Dra. Aragon) en el Curso de especialista en Mastología librado por la Fundación de Estudios Mastológicos y la UIMP durante los cursos 2005 / 2007 Gastos matricula primer año	3000 euros
<u>Material</u>	
Ordenador portátil para programación quirúrgica, registro bases de datos y presentaciones (Adscrito a unidad de mama, Dr. Carrasquer y Dr. Villalta) Precios casas comerciales	1100 euros
SUBTOTAL	10836,75 euros

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

<u>Otro Material relacionado con la dotación de la Unidad</u>	
Mamótomo. Aguja de biopsia gruesa para mamógrafo digital. (Adscrito al Sº de Radiología., Dr Bitrian)	6000 euros
Congelador hasta - 80°C para muestras tisulares. (Adscrito a Oncológica Medica, Dr. Florián y Dra. Bueso)	6000 euros
TOTAL	22836.75 euros

Fecha y firma:

Batista 25. Enero. 2005

