

INDICE PROYECTOS BARBASTRO_2007

036_2007 “Desarrollo de la coordinación sociosanitaria para mejorar la atención integral al paciente con necesidades en ambos ambitos“ del CS Castejón de Sos	Pág. 2 a 7
051_2007 “Ciclo de mejora continua de la calidad: aplicación del modelo EFQM de excelencia en la gestión del Centro de Salud Lafortunada”	Pág. 8 a 16
190_2007 “Ordenamiento de un Servicio de Atención Continuada en un E.A.P.: generación de una guía de procedimiento” del CS Monzón Urbano	Pág. 17 a 20
238_2007 “Establecer la prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica mediante espirometría y puesta en marcha de la consulta de deshabituación tabáquica” del CS Monzón Rural	Pág. 21 a 23
239_2007 “Mejora de la estructura y registro de la consulta programada de enfermería con pacientes crónicos diabéticos mediante la mejora de la estructura y registro de la consulta de enfermería con paciente diagnosticados de intolerancia a hidratos de carbono” del CS Binéfar	Pág. 24 a 29
240_2007 “Mejora en el estudio de contactos de tuberculosis (TB) en un Centro de Salud. (Gestión del proceso TB en Atención Primaria-Salud Pública)(Act-93-2006)” del CS Binéfar	Pág. 30 a 35
191_2007 “Detección de un nivel de sobrecarga del cuidador y orientación en pautas de cuidado a cuidador” del H. de Barbastro	Pág. 36 a 42
197_2007 “Valoración precoz del estado nutricional en mayores de 70 años que ingresan por fractura de cadera en un Servicio de Traumatología” del H. de Barbastro	Pág. 43 a 50
200_2007 “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. 51 a 59
225_2007 “Integración del registro de úlceras de presión del Hospital de Barbastro en la intranet del Salud”	Pág. 60 a 65
226_2007 “Programa de Atención Analgésica Postoperatoria en Cirugía con ingreso en el Hospital de Barbastro”	Pág. 66 a 70
227_2007 “Mejora de la calidad asistencial de los pacientes hemipléjicos remitidos al Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro”	Pág. 71 a 78
228_2007 “Implantar el cribado combinado de cromosomopatías del primer trimestre en las embarazadas del Sector Barbastro”	Pág. 79 a 83
229_2007 “Mejorar necesarias en el Programa Informático para el tratamiento informático de reclamaciones, desarrollado en 2005” del H. de Barbastro	Pág. 84 a 87
230_2007 “Control de accidentes biológicos en personal de AP y Especializada del Sector Barbastro-Salud” del H. de Barbastro	Pág. 88 a 91
231_2007 “Fomento de la lactancia. Formación específica sobre la lactancia materna en cada uno de los Centros de Atención Primaria del Sector Barbastro. Puesta en marcha del metodo madre canguro (M.M.C)” del H. de Barbastro	Pág. 92 a 97
232_2007 “Puesta en marcha de un Programa de Formación Continuada en el SET (Sistema Español de Triaje” del H. de Barbastro	Pág. 98 a 103
234_2007 “Diseño y elaboración de una Guía del circuito quirúrgico basada en la gestión por procesos en el Hospital de Barbastro”	Pág.104 a 110
236_2007 “Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada. Programa de Atención a la mujer” del H. de Barbastro	Pág. 111 a 117
237_2007 “Plan de estabilización de cesáreas en el Hospital de Barbastro	Pág.118 a 123

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La coordinación socio sanitaria es sumamente importante sobretodo en nuestra población, envejecida, aislada, solitaria, donde la detección de una necesidad debe ir seguida de la puesta en marcha de los mecanismos necesarios para solventarla. Los Servicios Sociales de nuestra Zona de Salud no pertenecen al SALUD, sino a la Comarca, por lo que se hace más necesario establecer un cauce de comunicación y coordinación.

Las situaciones de necesidad pueden ser puestas de manifiesto por el propio paciente, la familia, los vecinos, o el personal sanitario que detecta un problema que requiere la actuación de los trabajadores sociales o viceversa.

Posteriormente puede ser necesaria la coordinación con otros estamentos, como Ayuntamientos, Consejo de Salud, Juzgados, Policía, Comarca, Diputaciones Provinciales, Consejerías –Sanidad, Educación,...-

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Fomento la detección de los problemas.
2. Agilización la puesta en marcha de los mecanismos de solución.
3. Seguimiento, mediante reuniones periódicas.
4. Explotación adecuada de los recursos existentes.
5. Disminución de las situaciones de riesgo.
6. Mejora de la calidad de vida del usuario.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables.

1. Reunión conjunta EAP/Trabajadores Sociales para puesta en común de los campos de actuación de cada uno.
2. Reuniones periódicas de los miembros del EAP, teniendo como asunto los problemas sociales detectados en los distintos cupos.
3. Reuniones con los trabajadores sociales para tratar problemas concretos.
4. Registro de los problemas detectados, fecha detección, fecha reunión con T.S. y actuaciones.
5. Sesiones periódicas autoformativas entre el equipo socio-sanitario.
6. Modificación de impresos –ayuda a domicilio, apoyo al cuidador- con el fin de simplificarlos y hacerlos más comprensibles.

Responsables:

Médico: M^a Jesús García Bello

Enfermera: Raquel Alonso Berges

Aux. Admva. : Rosa M^a Espier Llorens

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 para su monitorización

Al cabo del año de la puesta en funcionamiento, se analizarán los registros existentes en la hoja de cálculo diseñada al efecto.

$$\frac{\text{Nº reuniones EAP tratando Asuntos Sociales} \times 100}{\text{Nº reuniones EAP}}$$

Resultado esperado: 10%

Nº reuniones con Servicios Sociales para problemas concretos

Resultado esperado: >10 anuales

$$\frac{\text{Nº intervenciones en las que se ha actuado en el año}}{\text{Nº registrado de Necesidades de actuación en el año}}$$

Resultado esperado: >90%

¿Se han modificado los impresos de Ayuda a domicilio y apoyo al cuidador?

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: Abril 2007

Fecha de finalización: Abril 2008

Calendario:

Abril 2007: Reunión conjunta EAP/TT.SS.

Abril 2007: Creación del Registro.

Abril 2007: Reunión del EAP para presentar el proyecto y que cada cupo colabore identificando casos susceptibles de actuación.

Septiembre 2007: Reunión conjunta EAP/TT.SS. para ver la evolución del Proyecto y posibles medidas correctoras.

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Días de sustitución para Coordinación y actividades de puesta en común. Precio/día médico: 149,50 € X5 días Precio/día enfermera: 92,10 € X5 días Precio/día Aux. Admva.: 59,11 € X5 días (año 2006)	1.500 €
Material fungible: DIN-A4 de colores DIN-A4 blanco Sobres Sellos	6,15 € por paquete 3,99 € por paquete 0,29 € c/u V, global: 200 €
1 Ordenador portátil	1.000 € i.i.
1 impresora que imprima a doble cara color	900 € i.i.
1 cámara digital	200 €
5 Pen Drive de 2 Gb.	150 €
TOTAL	3.950 €

Anexo 2

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)*

Fecha y firma: 22 de enero de 2007

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a horizontal line across the middle, positioned above the name.

Fdo.: M^a Jesús García Bello

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: APLICACIÓN DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD "LAFORTUNADA".

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Guillermo Bernués Sanz

Profesión

Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

C.S. Lafortunada

Correo electrónico:

gbernues@salud.aragon.es, cs20.gaphu01@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974504031, 974504070

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Maria Gracia Marco	Enfermera	C. S. "Lafortunada"
Mercedes Cabañuz Latorre	Médico	C. S. "Lafortunada"
Paula Rubio	Enfermera	C. S. "Lafortunada"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La importancia del proyecto viene avalada porque las políticas sanitarias actuales destacan como prioridades de mejora la consecución de avances en materia de *calidad asistencial* (percibida y prestada), en materia de *eficiencia de costes* y en materia de mejora de tiempos de los *procesos*.

Para aprovechar el potencial de movilizar a toda la organización en la consecución de los logros se utiliza como referente de trabajo el *modelo europeo de gestión de calidad* (EFQM), referente de excelencia y calidad total y guía para la mejora integral del centro de salud y del Salud.

La utilidad del proyecto:

1. Proporciona una visión integral de la gestión de la organización.
2. Define *que hacer* (agentes) y *que conseguir* (resultados) así como sus *indicadores* de medida.
3. Sitúa el control en *resultados*, no en esfuerzos: pasar de lo que hay que hacer (tareas) a lo que debemos conseguir (objetivos).
4. Elabora autodiagnósticos consensuados cíclicos y sistemáticos.
5. Convierte áreas de mejora en *planes de acción*.
6. Es un instrumento de comunicación y gestión del *rendimiento* de la organización.
7. Proporciona consenso didáctico, a través de la autoevaluación, de las prioridades estratégicas.
8. Da reconocimiento social y corporativo a través del sello de excelencia europea.

La situación de partida de nuestro programa surge a raíz de la autoevaluación EFQM del EAP realizada en el año 2005; en las que detectamos puntos críticos y áreas de mejora. Para ello pusimos en marcha unos proyectos de mejora de la calidad durante el año 2006.

Método de detección del problema : *GRUPO NOMINAL*.

Método de priorización: *COMPARACIÓN DE PARES*.

Fuentes de información:

Modelo EFQM de excelencia en gestión, versión centros sanitarios.

Guía para la elaboración de memorias EFQM. Premios a la excelencia en la gestión.

Proceso de implantación del plan de calidad y excelencia orientado a resultados para hospitales.

Autoevaluación EFQM del EAP 2005.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

En la convocatoria del año 2006 presentamos el "*Ciclo de mejora continua de la calidad de la atención sanitaria al usuario en relación con el derecho a la intimidad*" en la zona de salud de Lafortunada, este proyecto está incluido en el de este año 2007 dentro del criterio de *resultados en los clientes*.

El proyecto del año 2006 en la actualidad se encuentra en fase de ejecución debido a la envergadura de algunas de las actividades propuestas y dependientes en su ejecución de otras instituciones.

Entre las actividades propuestas que si se han llevado a la práctica, destacamos:

- La posibilidad del cobro de la asistencia sanitaria a terceros con tarjeta de crédito, al estar dotados de datáfono y procurar un lugar con privacidad, en el mostrador de admisión.
- La sala de espera del Centro de Salud está ambientada con música de fondo, con un tablón de anuncios accesible al usuario y con información clara, se ofertan folletos de consulta de educación sanitaria, que se reponen y actualizan periódicamente (cada mes).

- Respecto al consultorio local de Bielsa se solicitó subvención para obras en los consultorios locales del Gobierno Aragón, la cual fue concedida y se encuentran en ejecución con finalización en un breve plazo. La población ya siente la mejora en el bienestar de la asistencia.
- En el consultorio local de Parzán se propuso la instalación de un tabique móvil para aislar una dependencia, sin obtener ninguna respuesta. Tenemos constancia de que se están planteando la remodelación total del edificio para crear una zona exclusiva para la asistencia sanitaria. Hasta entonces hemos habilitado unos biombos que aíslan la zona de asistencia.
- El material mobiliario para custodiar los datos de salud (archivadores y estanterías) están pendientes de recibir al finalizar las obras.
- La participación comunitaria ha sido satisfactoria a través de las encuestas del Salud durante los años 2005-2006, donde se recoge el estado de las infraestructuras del centro sanitario.
- Se ha canalizado la comunicación, por temas de salud, con los usuarios, en los lugares destinados a tal fin: consultorios locales, Centro de Salud, teléfono y no en la calle.

La evaluación del proyecto le realizaremos al dar por concluidas las actividades propuestas, mediante la medición de los indicadores fijados para tal fin.

Los resultados serán comunicados en el seguimiento del proyecto.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos a conseguir son:

OBJETIVO GENERAL:

Todos los trabajadores del Centro de Salud "Lafortunada" conocerán, asumirán y aplicarán la VISIÓN (dónde vamos), la MISIÓN (para qué estamos) y los VALORES (cómo lo hacemos) del Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Los profesionales del C. S. Lafortunada tendrán conocimientos básicos del modelo EFQM.
2. Los profesionales del C. S. Lafortunada participarán en la autoevaluación del EAP y en la puesta en marcha de los proyectos de mejora durante el año 2007.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejempl o	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	25%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	25%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	25%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En reuniones del equipo del C. S. y de los equipos de mejora se llevarán a cabo las siguientes actividades.

1. Reunión inicial del EAP para presentar el ciclo de mejora del año 2007.
2. Realizaremos dos sesiones formativas del EAP en EFQM.
3. Detección de los puntos críticos y priorización de las áreas de mejora.
4. Constitución de los equipos de mejora.
5. Elaboración y desarrollo de los proyectos de mejora por cada grupo de trabajo.
6. Celebración de sesiones de seguimiento y control por parte del EAP de todos los proyectos.
7. Registro escrito de todas las actividades.

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 para su monitorización

I. CRITERIO:

Los profesionales del Centro de Salud de Lafortunada conocerán, asumirán y aplicarán la VISIÓN, la MISIÓN y los VALORES del Salud.

ESTANDAR:

El 100% de los trabajadores del EAP de Lafortunada, conocen, asumen y aplican la misión, visión y valores del Salud.

INDICADOR DE REEVALUACIÓN: (Indicador 1)

$$\text{INDICADOR I} = \frac{\text{n}^\circ \text{ profesionales conocedores M, V, V} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ profesionales del C. S.}}$$

II. CRITERIO:

Los profesionales del C. S. de Lafortunada participarán en la autoevaluación del EAP y en la puesta en marcha de los proyectos de mejora durante el año 2007.

ESTANDAR:

El 80% de los profesionales del EAP Lafortunada, participan en los proyectos de mejora del año 2007.

INDICADOR DE REEVALUACIÓN: (Indicador 2)

$$\text{INDICADOR II} = \frac{\text{n}^\circ \text{ profesionales en equipos de mejora} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ profesionales del C.S.}}$$

SEGUIMIENTO:

A fecha 30 de junio y 31 de diciembre, se realizará un corte para medir los indicadores propuestos en el logro de los objetivos.

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: FEBRERO 2007	Fecha de finalización: Ciclo Continuo
-------------------------------	---------------------------------------

Calendario:

FEBRERO presentación del ciclo de mejora al EAP

MARZO dos sesiones formativas de 2h duración cada una

ABRIL detección de los puntos críticos y priorización áreas de mejora

MAYO constitución del los grupos de mejora y adjudicación de los proyectos

JUNIO desarrollo teórico de los proyectos

SEPTIEMBRE presentación al EAP del estado de los proyectos

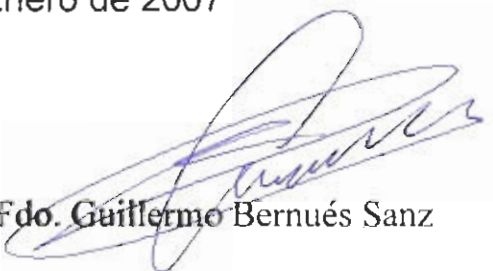
OCTUBRE NOVIEMBRE una sesión mensual de seguimiento del proyecto por el EAP

DICIEMBRE evaluación a fin del ciclo de todos los proyectos de mejora desarrollados.

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
General	1500 €
Material fungible	500 €
Formación	500 €
TOTAL	2500 €

Fecha y firma:

Lafortunada 26 de Enero de 2007


Fdo. Guillermo Bernués Sanz

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

" ORDENAMIENTO DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN UN E.A.P. GENERACION DE UNA GUIA DE PROCEDIMIENTO"

2 - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M.^a ISABEL BIASCO GONZALEZ

Profesión

MEDICO

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

EAP- MONZON URBANO

Correo electrónico:

ibiasco@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo

619-737752

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ISABELA LOPE DALMAU	MEDICO-REF	EAP-MONZON URB.
ALBERTO HERRERO FUERTES	MEDICO-REF	"
LUIS SAN JOSE WALEN	MEDICO-REF	"
FERMIN ROUERO NEVADO	MEDICO-REF	"
EIENA CAMARA ABON.	MEDICO-REF	"
MONICA PASCUAL FRANCO	SUAP	"
LUCILIANO DE LA HERRA BARTOLOME	SUAP	"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

- Detectada las lagunas en la asistencia sanitaria en urgencias referente a los aspectos médico-legales
- Inicio de sesión clínica de todos los profesionales junto con el forense que establece los bases jurídico-médicos.
- Estudio de los diferentes códigos -Penal y Civil y de los algoritmos en Urgencias y guías consensuadas.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- FACILITAR LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN CONTINUADA Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
- ESTABLECER PARÁMETROS DE ACTUACIÓN CONSENSUADA ENTRE ATENCIÓN CONTINUADA Y EL EQUIPO
- DETECTAR LA PROBLEMÁTICA NORMATIVA QUE RODEA LA ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA
- CREAR UN MANUAL DE APOYO ANTE DUDAS NORMATIVAS.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	15%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	10%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	35%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	40%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA = todo el personal.
- GRUPO " ACCIÓN SOBRE INDICUMENTADOS " = Dra. Isabel Ilope. (Responsable) (Desplazados, Inmigrantes.)
- GRUPO " ACCIÓN SOBRE EVENTOS JUDICIALES " = Responsable Dr. Romero - (Calatayud / detenidos / Juicios / Agresiones)
- GRUPO " ACCIDENTES " = Responsable Dr. Herrero (Tráfico - labor)
- GRUPO " PILDORA POST COITAL " = Responsable Dr. San José
- COORDINADOR DRA ISABEL BIASO GONZALEZ.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTOIndicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar para su monitorización

- Existir en información a los usuarios y percepción de agilidad y acceso resolutivo de la guía final.
- Aplicar medidas / estrategias para la organización burocrática de la atención continuada.

INDICADOR DE SATISFACCION DEL TRABAJADOR $\Rightarrow \frac{n^{\circ} \text{ trabajadores de A.C. satisfechos}}{\text{Total trabajadores A.C.}}$

INDICADOR DE PROCESO CORRECTO $\Rightarrow \frac{n^{\circ} \text{ historias correctas}}{\text{Total historias}}$
 GUÍAS ENTREGADAS / TOTAL GUÍAS. $\times 100$

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: 1- MARZO- 2007 Fecha de finalización: 31- DIC- 2007

Calendario:

- Inicio 1 marzo - 2007.
- Mayo = final de Revisión de las diferentes guías. actualización y primera reunión establecida.
- Desarrollo y consenso en Octubre.
- Noviembre desarrollo de guía de uso útil para entregar al personal que se incorpore o al que ya trabaja.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

ESTABLECER LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, MEDIANTE ESPIROMETRÍA, Y PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Carmen Alastrué Pinilla, Médico

Francisco Alcay Marín, Médico

Mº Jesús Martín Vidal, Enfermera

Centro de trabajo C.S. MONZÓN RURAL

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha inicio: Enero 2006

Fecha actualización: Enero 2007

4.- VARIACIONES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO (En cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, resultados esperados, relación con las líneas de intervención)

-Componentes del equipo:

BAJAS: Santiago Arnal Urroz, Gonzalo Nasarre Jordán, Cristina Montori

ALTAS: José Luis Pérez Albiac, Raquel Cortina, Carmen Marco

- La consulta de deshabituación tabáquica ha sido asumida por el SALUD en su Cartera de Servicios.
- La calidad de las espirometrías realizadas, a pesar de su dificultad, ha aumentado, así como la correcta interpretación de los resultados, realizada por los facultativos.
- La hoja de registro "HISTORIA CONSULTA DE TABACO" se ha asumido, aunque se detectan algunos fallos:
 - . Falta el dato "Nº paquetes/año", importante como factor de riesgo de EPOC
 - . Falta el dato de control de la tensión arterial (TA), que puede ser relevante en relación con los fármacos utilizados en deshabituación tabáquica
 - . Falta el test de Richmond, que figura en la Norma Técnica 2 de la Cartera de Servicios de SALUD
- Actualmente contamos con cooxímetro
- Es necesario un buen registro de las espirometrías realizadas

5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Diseño y revisión de las hojas de registro
Curso de realización de espirometrías
Curso de interpretación de espirometrías
Realización de espirometrías
Consulta de deshabituación tabáquica, no en todos los consultorios.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Desconocemos el porcentaje de espirometrías realizadas durante el primer año, por falta de un buen registro
- Las 6 enfermeras del Equipo participaron en el curso de realización de espirometrías, que supone un resultado del 100 % el primer año.
- 8 médicos del equipo participaron en formación sobre interpretación de espirometrías, lo que supone un resultado del 100 % el primer año.
- En el servicio 319: atención al paciente dependiente del tabaco, se encuentran incluidas 270 personas, que supone el 9 % de la población mayor de 14 años
- El nº de personas incluidas en el servicio 307: atención al paciente con EPOC, es de 81 personas, que supone el 48 % de los casos esperados.

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

- | | |
|--|--------------|
| - Sistema de registro de las espirometrías realizadas | Enero 2007 |
| - Sesión formativa sobre el Cooxímetro | Enero 2007 |
| - Sesión formativa sobre EPOC: dto. Tto, derivación con un Neumólogo | Febrero 2007 |
| - Incorporar la cooximetría a la práctica diaria, realizándola simultáneamente a la espirometría | 2007, 2008 |

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

- No hemos llevado un buen registro de las espirometrias realizadas
- La técnica para realizar la espirometria es muy difícil, principalmente para pacientes ancianos. Esto puede dar lugar a falsos positivos
- Durante 3 meses del año 2006 el espirómetro ha estado en el servicio técnico, por avería. Esto ha retrasado el desarrollo del proyecto.

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
Ordenador portátil	1.400
Cañón de proyección	1.000
Pantalla	150
TOTAL	2.550 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

10
[Firma manuscrita]
17.1.07

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. - TÍTULO: ACTUALIZACION PROYECTO DEL AÑO 2006:
MEJORA DE LA ESTRUCTURA Y REGISTRO DE LA CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERIA CON PACIENTES CRONICOS DIABETICOS.
MEDIANTE: MEJORA DE LA ESTRUCTURA Y REGISTRO DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INTOLERANCIA A HIDRATOS DE CARBONO.

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos CARMEN CHAVERRI ALAMAN
Profesión D.U.E.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.) CS BINEFAR
Correo electrónico: cchaverri@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974-429065

3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LOURDES ALTEMIR CAMPO	DUE	BINEFAR
FRANCISCA VALDIVIA BARRALES	DUE	BINEFAR
JOSE BAILAC COSTA	MEDICO	BINEFAR
JAVIER GUTIERREZ MARTINEZ	MEDICO	BINEFAR
PAZ PEREZ HUGUET	DUE	BINEFAR
MARTA ALLUE CIUTAD	DUE	BINEFAR

SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
 Centro de Salud de Binefar
 21 JUN 2007
67
 REGISTRO GENERAL DE
SALIDA

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Durante el tiempo de implantación del proyecto de mejora con pacientes diabéticos hemos detectado la falta de criterio que tenemos en nuestra actuación con pacientes diagnosticados de intolerancia a la glucosa (I.T.G.) careciendo de registro unificados ya que no pertenecen al Programa de diabético tipo 2(DM). Es importante establecer estos criterios teniendo en cuenta factores de riesgo y la importancia de nuestra actuación con este grupo de pacientes en cuanto a prevención de la DM.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

- -Pacientes con Glucómetro: registro de al menos 4 perfiles al año=80%
- -Registro de hipoglucemia: prevención, detección, trº =80%
- -Registro de revisión de técnica sanitaria, una vez al año =80%
- -Pacientes Insulinizados, registro de información sobre glucagón.=60%

Nota: este indicador será evaluado nuevamente en Marzo, por corresponder a los 12 meses de su implantación.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Registro actualizado de pacientes con I.T.G. controlados en consulta de enfermería.
- Unificar criterios de registro y de actuación con estos pacientes según FACTORES DE RIESGO.
- Educar al paciente en prevención de DM y trabajar según factores de riesgo.
- Proporcionar al profesional de enfermería y medicina la formación adecuada sobre la actuación en consulta con el paciente diabético

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	30%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	15%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Mediante técnica de grupo nominal se priorizan las siguientes actividades:

- Actualización del listado de pacientes controlados por personal sanitario.
- Marcar pautas de citación para estos pacientes según protocolo de actuación en programa DM con pacientes I. T.G.
- Abordaje de Factores de Riesgo en consulta programada de enfermería, desde el punto de vista preventivo, con Educación Sanitaria individualizada, adaptada siempre a los factores de riesgo del paciente.

Captación: en consulta a demanda y programada de medicina y enfermería.

Cada enfermera realizara estas actividades de mejora en consulta programada de enfermería.

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 para su monitorización

- **Crear listado** de pacientes con I.T.G. y registro de sus Factores de riesgo, controlados en consulta de enfermería.

Criterio de inclusión: glucemia Basal entre >110 y <126 mg/dl.

- **Indicador:** nº de pacientes con I.T.G.; con 2 visitas año registradas en Hª clínica / nº total de pacientes registrados con I.T.G. Obejetivo=80%

Registro en historia clínica de nº de actuaciones al año según protocolo: > de 2 y <de 4.

- **Indicador:** nº de pacientes con registro de Factores de riesgo / Nº total de pacientes registrados con I.T.G. Objetivo= 80%.

Registro de antecedentes y factores de riesgo: Antecedentes familiares de DM, y Factores de riesgo (obesidad, HTA, dislipemia.)

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: 01-02-2007

Fecha de finalización 01-02-2008

Calendario: FEBRERO, MARZO: Elaboración del listado de pacientes I.T.G.

ABRIL: sesión de formación al equipo del Centro de Salud, recordando el protocolo de actuación del proyecto elaborado en el 2006 sobre los pacientes DM.

Implantación de nuevas actuaciones con pacientes I.T.G.

MAYO: Educación a grupos de pacientes DM.

JUNIO: Evaluación Indicadores del proyecto de 2006, y evaluación de Indicadores de actualización 2007. Análisis y establecer medidas correctoras según resultados.

SEPTIEMBRE: Sesión de formación sobre el papel de la enfermería ante el paciente diabético(organización y contenido de la consulta).

DICIEMBRE –ENERO: Evaluación, análisis de resultados

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

Fecha y firma:

30-1-07
C. Choveri N.

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La TB es una enfermedad en expansión en el mundo en los últimos años, por la coincidencia de diversos factores, inmigración, pobreza, ocio, VIH. , movilidad de la población, cambios del germen....

En nuestra zona de salud la incidencia de la enfermedad es de las más altas de Aragón y supera a la incidencia nacional.

Nuestro centro de salud lleva dos años trabajando en la mejora de estudio de contactos TB avanzar en este tema es prioritario para el control de la enfermedad

Priorizamos:

- Disminuir el tiempo de diagnóstico de los contactos de TB,
- Facilitar el recorrido del paciente.
- Captar e investigar el mayor número posible de contactos.
- Elaboración correcta del censo de contactos.
- Coordinación en el Centro de Salud y con Salud Pública y Atención Especializada.

5. - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Implantación del registro unificado y de la hoja de contactos.

Coordinación y supervisión de los casos y contactos con una frecuencia semestral por el coordinador médico, interlocutor con Salud Pública, contrastando datos y actuaciones.

Hemos realizado formación, dos profesionales de medicina y uno de enfermería, asistiendo al X Taller Internacional sobre Tuberculosis UITB-2006 en Barcelona.

Hemos pedido colaboración con el servicio de informática de la gerencia del Sector para resolver los problemas de confidencialidad, la elaboración del registro informatizado está en fase de análisis. Puede estar listo en Agosto de 2007.

Mejora de los registros.

Se ha incluido en la agenda de enfermería y realizado el seguimiento mediante llamada telefónica a pacientes en estudio de contactos de TB, cuyo primer PPD fue negativo, para la realización del 2º PPD a los dos meses.

Se ha establecido protocolo de colaboración con la Asistente social que establece su intervención, cuando sea necesaria, en la entrevista social, la localización y el seguimiento de los casos en los que exista riesgo de abandono o incumplimiento.

Con respecto a la educación sanitaria a la población se realizan dos trípticos, uno para información a la población general y otro para información al enfermo de tuberculosis.

Traducidos a diversos idiomas.

Hemos tenido una reunión en el Centro de Salud, con el Subdirector de Salud Pública del Área para coordinar actuaciones.

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

los objetivos para el 2007 serán los siguientes:

1-Poder disponer del registro informatizado, mejorando y ampliando las variables con respecto a encuesta epidemiológica y actuaciones realizadas con contactos.

2-elaborar junto con Salud Publica, la gestión del proceso de confeccionar, identificar y localizar a las personas expuestas y valorar el estado de infección, del cual se derivaran las posteriores.

3-Diagnóstico precoz de las infecciones tuberculosas para minimizar las secuelas en los pacientes y disminuir la probabilidad de diseminación de la infección en la comunidad.

4-Mejorar la elaboración del censo de contactos, acortar los tiempos en la captación, estudio y tratamiento o derivación.

5-elaboración con especializada, neumólogo de referencia, de protocolo de actuación cuando las pruebas sean positivas. En este proceso se verían implicados diferentes niveles asistenciales, de la buena coordinación de estos niveles depende la celeridad en la instauración del tratamiento, lo que llevaría mejor control de la TB en nuestra zona.

6-control y seguimiento de indicación y administración de quimioprofilaxis.

7- colaboración en la organización de unas jornadas, mesa o taller de habilidades en estudio de contactos de TB del Sector de Barbastro.

8--actualización y formación en TB. De los profesionales del equipo.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	30%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	25%

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	10%
TOTAL	100%	100%

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Mejorar los sistemas de registro (ampliar datos, encuesta epidemiológica y datos clínicos). Acabar e instaurar el registro informatizado. Elisa Torres y Juan Coll (informático del Sector)

Evaluación semestral de los indicadores. Cristina Lueza

Equipo de trabajo para elaborar conjuntamente con Subdirección de salud pública de Huesca, la gestión de procesos de Tuberculosis. Cristina Lueza, Elisa Torres.

Equipo de trabajo para elaborar protocolo de actuación junto con el Servicio de Neumología o/y Medicina Interna. Esmeralda Puyol, Elisa Torres Y Cristina Lueza. J. Angel Buil. Marta Allue.

Con esto queremos mejorar en:

- Disminuir el tiempo de elaboración del censo de contactos del caso índice y la localización.
- Disminuir el tiempo de clasificación del estado de infección de los posibles contactos. Seguimiento de los tratamientos de TB activa y quimioprofilaxis
- Realización de cursos de formación.
- Establecer con especialización la vía de derivación más eficaz en caso de pruebas positivas para valorar al paciente

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 para su monitorización

A los ya existentes en el proyecto del 2006:

Nº de pacientes con PPD inicial negativo repetido a los 2 meses// Nº de pacientes con PPD inicial negativo:

Nº de Rx tórax realizadas en el estudio de contactos//Nº pacientes con PPD positivo mas Nº de pacientes con PPD negativo que sean contactos íntimos.

Nº de casos registrados en el centro//Nº de casos declarados en la D.G.A.

Nº de casos registrados en el centro//Nº de casos declarados en la D.G.A.

AÑADIMOS para 2007:

1- Nº de contactos de un caso índice que se localizan y administra PPD antes del séptimo día//Nº total de contactos.(Objetivo=80%)

Los siete días los mediremos a partir de la fecha de diagnóstico TB

2- Nº de contactos citados en consulta de enfermería y medicina a las 72 h. De administrar el PPD.//Nº total de PPD administrados. (objetivo=90%)

Excepción PPD(-) y contacto < de 7h. /DIA, se citara a los dos meses en consulta de enfermería para realizar 2º PPD.

3- Nº de pacientes con quimioprofilaxis con datos en la Hª Clínica de seguimiento// Nº de pacientes con quimioprofilaxis. (objetivo=90%)

Observación: los datos a evaluar son analíticas, y/o registro de tratamiento Y/o cumplimiento del tratamiento, abandono

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: 01- 01- 2007

Fecha de finalización: 31-12-2007

Caleandario:

ENERO –FEBRERO: Formación equipo de trabajo. 1ª reunion y distribuir tareas.

MARZO- JUNIO: Implantación registro informatizado.

2ª reunión de equipo de trabajo. Y elaboración de protocolos y flujogramas de pacientes.

Posibles jornadas de TB.

JULIO: Evaluación de los resultados de los indicadores.

AGOSTO –DICIEMBRE: Implementación del proceso de TB y protocolo de derivación a especializada.

Asistencia al Congreso Internacional de TB.

DICIEMBRE: Evaluación de los resultados de los indicadores

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"DETECCIÓN DEL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y ORIENTACIÓN EN PAUTAS DE CUIDADO AL CUIDADOR"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ALODIA ABAD RUIZ

Profesión

TRABAJADORA SOCIAL

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

HOSPITAL DE BARBASTRO: Equipo de Valoración Socio Sanitaria del Sector (EVSS)

Correo electrónico:

aabadr@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974313511 Ext 1126

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Cristina Sanjoaquín	GERIATRA DEL EVSS	H. BARBASTRO
Goretti Lordán Ibarz	ENFERMERA DEL EVSS	H. BARBASTRO

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad tienen como consecuencia el envejecimiento de la población, que va asociado a múltiples enfermedades crónicas e incapacitantes. Es evidente que el número de personas que necesiten algún tipo de ayuda en las actividades de la vida diaria aumentará progresivamente con el paso de los años y ello irá acompañado del crecimiento paralelo de cuidadores.

Estudios sobre la evolución de la población mayor y estimaciones de dependencia señalan que según el INE en el año 2000 había más de 7 millones de personas mayores de 65 años, y se estima que en el año 2020 serán más de 8 millones y en 2050 más de 12.

En cuanto a la presencia de dependencia en población mayor de 65 años en Aragón se estima en un total de 267.453 personas en esta situación. Si concretamos en nuestro sector, el de Barbastro las estimaciones señalan que son 25.374 el total de mayores de 65 años.

El Consejo de Europa (1.998) define como persona dependiente aquella que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica ó intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/ o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.

Esta definición contiene 3 características fundamentales:

- 1.- la limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona
- 2.- La necesidad de asistencia o cuidados por un tercero
- 3.- La incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria

Son aquellas funciones que se realizan de forma habitual encaminadas al autocuidado y movilidad que le dotan de autonomía e independencia y que le permiten vivir sin precisar ayuda de otros

El grado de dependencia es medido por distintos tipos de escalas. Según quedan definidos en la nueva Ley de Dependencia y Autonomía Personal

GRADO I: Dependencia MODERADA ayuda para ABVD, al menos 1 vez al día

GRADO II: Dependencia SEVERA ayuda para ABVD 2 ó 3 veces al día. No requieren apoyo permanente de cuidador.

GRADO III: GRAN Dependencia Necesitan apoyo continuo de otra persona.

Al lado de toda persona dependiente tenemos por lo general un cuidador principal que por tradición es la familia, que ha asumido una parte importante en los cuidados de las personas mayores, de pacientes con enfermedades crónicas incapacitantes, que viven o no, en el mismo domicilio. Pero dentro del núcleo familiar estas tareas nunca han estado repartidas de forma ecuánime entre sus miembros.

El abordar el tema del cuidador de personas mayores nos plantea numerosas cuestiones como quienes son, como influye en sus vidas la tarea del cuidar, como ayudarles...

A grandes rasgos se puede decir que:

- El 83% de los cuidadores son mujeres.
- De éstas un 43% son hijas, el 2% son esposas y el 7.5% son nueras de la persona cuidada
- La edad media de los cuidadores es de 52 año, el 20% tiene más de 65 años.
- El 77% están casados
- Un 60% viven con la persona cuidada.
- En el 80% de los cuidadores no existe ocupación laboral remunerada.
- El 85% de los cuidadores presta ayuda diaria. A su familiar

- El 60% no recibe ayuda de otras personas.
- Sólo en el 20% de los casos se rota con el cuidador o se le sustituye.
- El 17% de los cuidadores comparten esta actividad con el cuidado de hijos.

Los cambios sociales que vienen marcados por el menor tamaño de las familias con menor hijos, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la dispersión geográfica... hacen que el cuidado de enfermos y personas dependientes sea más complicado.

Dentro de la familia y la organización que ésta haga para atender a la persona dependiente, aunque todos participen siempre va a haber una persona sobre la que recaerá principalmente el cuidado del enfermo, y que asumirá ese papel por decisión propia o por acuerdo familiar.

La vida del cuidador principal se suele ver afectada en distintas áreas:

- Cambios en las relaciones familiares.
- Cambios en la situación laboral y económica.
- Cambios en el tiempo libre.
- Cambios en la salud.
- Cambios en el estado de ánimo.

El cuidador principal ha de ejercer distintos papeles en su función de cuidador: enfermero, consejero, psicólogo, abogado... y cumplir las funciones que debe ejercer como cuidador además de las adquiridas con anterioridad como pueden ser las relacionadas con el hogar, la familia, el trabajo.... Tiene muchas responsabilidades y repercute pudiendo causar sobrecarga en el cuidador.

Como vemos en este último apartado, es muy importante que el "cuidador esté cuidado y se deje cuidar". Existen muchos factores de riesgo a la hora de sufrir sobrecarga: ser mujer, patología conductual en el paciente, bajos niveles de apoyo, edad avanzada del cuidador.

La sobrecarga se puede traducir en problemas físicos (cefaleas, astenia, fatiga crónica, alteraciones del ciclo de sueño, deterioro del sistema inmune más predisposición a úlceras pépticas o enfermedades cardiovasculares), psíquicos (depresión, ansiedad, descenso de la autoestima...) o sociofamiliares (aislamiento social, sentimientos de culpabilidad...).

Existe una Escala que mide el grado de sobrecarga del cuidador: ESCALA DE ZARIT Y ZARIT.

Esta escala a escala de Zarit fue desarrollada con la finalidad de medir el grado en que el cuidador percibía que su trabajo de asistencia al enfermo con demencia alteraba su propia salud física y emocional, así como su situación económica (Gerontologist 1980; 20: 649-654). Explora el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos.

Es un instrumento autoadministrado del que existen varias versiones, la más extendida de las cuales consta de 22 ítems, los cuales se encuentran organizados en las subescalas de integración social (5 ítems), ocupación y orientación (5 ítems),

independencia física (16 ítems) y movilidad (3 ítems).

Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 22, y la máxima, 110. Se han establecido los siguientes puntos de corte: entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve, y de 56 a 110, sobrecarga intensa.

Independientemente del nivel de sobrecarga que aparezca, no tendremos que plantear intervención con el cuidador.

En cualquiera de los tres casos, se informará y orientará sobre trámites para acceder a recursos sociales y ayudas técnicas. En los casos necesarios se brindará apoyo psicosocial y pautas de organización para el cuidado.

Lo normal es que los distintos miembros de la familia no claudiquen a la vez, pero cuando esto sucede nos encontramos ante la CLAUDICACIÓN FAMILIAR. Si no apoyamos a la familia que cuida al paciente correremos el riesgo de que claudiquen.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Definir el perfil del cuidador principal en nuestro Sector.
- Determinar la prevalencia de la sobrecarga existente en el cuidador principal.
- Determinar las causas y consecuencias de la sobrecarga en el cuidador.
- Evitar el uso indiscriminado de recursos socio-sanitarios.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	30%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	30%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	20%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	20%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Detección a través del programa informático de riesgo social y dependencia del hospital y búsqueda activa de éstos en los pacientes hospitalizados.

Una vez detectados emplearemos la siguiente metodología:

- Valoración geriátrica completa:
 - Escala de valoración funcional y cognitiva (Índice de Barthel y escala de Cruz Roja Funcional para la valoración funcional, y escala de Cruz Roja Mental y Test de Pfeiffer para valoración cognitiva)
 - Escala Sociofamiliar de Gijón para valoración social .
- Comorbilidad: Demencia, ACV, Parkinson, IC, EPOC, neoplasias, disminución de agudeza visual, DM, HTA...
- Datos sociodemográficos: Sexo, edad, estado civil, núcleo de convivencia, domicilio habitual, red de apoyo y cuidador principal (CP).

Una vez detectado quien es el CP, estudiaremos:

- Su perfil (sexo, edad, ocupación laboral, tiempo que lleva de cuidador y cuanto tiempo al día dedica, motivación por la que realiza los cuidados)
- Parentesco con la persona que cuida.
- Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador
 - Entrevista de sobrecarga (E. Zarit)
 - Área en la que puede afectar
 - Relación familiar, en el trabajo y en la situación económica, tiempo libre, salud, estado emocional
 - Trastornos físicos y psicológicos

Se adjuntan escalas de valoración funcional, cognitiva, social y escala de Zarit y Zarit, conjuntamente con la ficha de recogida de datos (anexo 1)

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 para su monitorización

- % de evaluaciones de cuidadores de pacientes dependientes incluidos en el riesgo social/dependencia y por búsqueda activa de casos.
- % de cuidadores principales con sobrecarga de todos los casos incluidos
- % de cuidadores principales con sobrecarga ligera de todos los casos incluidos
- % de cuidadores principales con sobrecarga intensa de todos los casos incluidos
- % de cuidadores a los que se les da la orientación/pautas para prevenir la sobrecarga.
- % de cuidadores con sobrecarga a los que se les da la orientación/pautas para actuar sobre la sobrecarga.
- % de cuidadores con sobrecarga ligera a los que se les da la orientación/pautas para actuar sobre la sobrecarga
- % de cuidadores con sobrecarga intensa a los que se les da la orientación/pautas para actuar sobre la sobrecarga.
- % de coordinaciones con Servicios Sociales de Base y centros Socio sanitarios.

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: 01-02-2007

Fecha de finalización: 01-02-2008

CALENDARIO:

- Fecha de inicio: 1 de febrero de 2007
- Fecha de finalización: - de inclusión de nuevos pacientes: 1 de febrero de 2008
- de análisis de datos: 1 de junio de 2008.

CRONOGRAMA

Actividades	E n 0 7	F b r 0 7	M r 0 7	A b r 0 7	M a y 0 7	J u n 0 7	J u l 0 7	A g o 0 7	S e p 0 7	O c t 0 7	N o v 0 7	D i c 0 7	E n 0 8	F e b r 0 8	M a r 0 8	M a y 0 8	J u n 0 8	J u l 0 8
Elaboración ficha recogida de datos	X	X																
Revisión bibliográfica	X	X	X															
Inclusión de pacientes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Monitorización de indicadores						X			X							X		
Monitorización de resultados (evaluación)						X			X						X	X		
Divulgación de resultados															X		X	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

VALORACIÓN PRECOZ DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MAYORES DE 70 AÑOS QUE INGRESAN POR FRACTURA DE CADERA EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ana Cristina Sanjoaquin Romero

Profesión

Geriatra

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

Hospital de Barbastro: Equipo de Valoración Sociosanitaria del Sector (EVSS)

Correo electrónico:

acsanjoaquin@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974313511, Ext: 1126

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Goretti Lordan Ibarz	DUE EVSS	Hospital de Barbastro
Luis Paniagua Royo	Traumatólogo Jefe de Servicio	Hospital de Barbastro
Alodia Abad Ruiz	Trabajadora Social EVSS	Hospital de Barbastro
Esther Santorromán Jovellar	DUE Supervisora de Traumatología	Hospital de Barbastro
Concepción Martínez Cornago	Traumatólogo	Hospital de Barbastro
Angel Larriba Jaime	Traumatólogo	Hospital de Barbastro
Gloria Martín Ruiz	Traumatólogo	Hospital de Barbastro
M ^a Jesús Calvo de Mora Rebollo	Traumatólogo	Hospital de Barbastro
Francisco Javier Modrego Aranda	Traumatólogo	Hospital de Barbastro
José María Mallén Albir	Traumatólogo	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Debido al progresivo envejecimiento de la población, la fractura de cadera es una patología cada vez más frecuente, que además conlleva un importante coste económico, una gran morbimortalidad y un enorme deterioro funcional. Estas fracturas ocurren sobre todo en edades tardías de la vida y según estadísticas españolas, en los últimos años se ha pasado de una edad media de 73 a 80 años. Nuestros mayores poseen ciertas características personales:

- 1.- La propia edad acarrea una menor capacidad de adaptación funcional a las nuevas situaciones y una menor tolerancia al estrés de cualquier tipo
- 2.- Alto índice de comorbilidad: presentan con mayor frecuencia patologías crónicas o multisistémicas, más o menos controladas en el momento de sufrir la fractura y que contribuyen a aumentar la situación de equilibrio inestable
- 3.- A causa de la patología de base estos pacientes suelen ser consumidores de diferentes medicaciones de forma simultánea (polifarmacia).
- 4.- Es de esperar que en estos pacientes la recuperación clínica y funcional sea más lenta que a edades anteriores.

La fractura de cadera supone una enfermedad aguda que junto con la propia hospitalización comportan para los ancianos una serie de riesgos especiales como la desnutrición, delirium, deterioro en las actividades básicas de la vida diaria, la pérdida de control de esfínteres, la iatrogenia a causa de las técnicas cruentas hospitalarias e incluso el desarraigo y los problemas sociales. A causa de todo lo anterior se calcula que tienen un exceso de mortalidad que oscila entre el 12 y el 20% más que el resto de personas de su misma edad^{1,2,3}. Por ello la valoración global (médica, nutricional, funcional, cognitiva y social), el tratamiento correcto e integral de la fase aguda posee una gran importancia en la evolución posterior del paciente y en su ubicación tras el alta hospitalaria.

Dentro de los factores que influyen en la evolución de la fractura de cadera queremos hacer especial hincapié en la malnutrición, dado que sigue siendo un problema escasamente reconocido en los hospitales e infravalorado. Los estudios confirman que muchos ancianos se encuentran desnutridos en el momento del ingreso en el hospital y que la malnutrición se agrava durante su estancia hospitalaria. Y diversos estudios han demostrado la elevada incidencia de desnutrición en los pacientes quirúrgicos. Clásicamente se han descrito 5 causas de desnutrición en servicios quirúrgicos:

- 1.- Situación previa y prolongada de ayuno o semiayuno
- 2.- Aumento no compensado de requerimientos nutricionales impuesto por la enfermedad de base
- 3.- Complicación del tratamiento médico/quirúrgico de la enfermedad de base
- 4.- Nutrientes administrados por la vía inadecuada
- 5.- Infravaloración por parte de los profesionales que atienden al paciente

Entre los pacientes ingresados por fractura de cadera la prevalencia de malnutrición oscila entre el 31 y el 88%, en función de la procedencia geográfica de los estudios y de los métodos empleados para su valoración (clínicos y/o analíticos)⁴. Dos revisiones sistemáticas recientes han concluido que la administración de suplementos nutritivos (energía no proteica, proteínas, vitaminas y minerales) en enfermos con fractura de cadera puede reducir el riesgo de complicaciones intrahospitalarias así como el tiempo de estancia en unidades de rehabilitación, aunque no modifica la mortalidad^{5,6}. No está claramente definida ni la dosis ni el tiempo de administración de los suplementos, aunque parece razonable pensar que éste dependerá del estado de nutrición basal del paciente y de su evolución clínica.

Desde el inicio de la colaboración del Equipo de Valoración Sociosanitario del Sector de Barbastro con el Servicio de Traumatología del Hospital de Barbastro, hemos objetivado una elevada prevalencia de malnutrición en la población mayor de este sector que ingresa por fractura de cadera. Por ello creemos necesario planificar acciones de mejora en este campo:

- A) de detección al ingreso de pacientes hospitalizados por fractura de cadera en riesgo de desnutrición y desnutridos.
- B) De seguimiento clínico.
- C) De información nutricional al alta
- D) De seguimiento en Consulta externa tras el alta hospitalaria
- E) Elaboración de un protocolo de valoración nutricional entre el Equipo de Valoración sociosanitario y el Servicio de Traumatología

Bibliografía consultada:

1. Sosa M, Segarra MC, Limiñana JM, et al. Morbilidad y mortalidad de la fractura osteoporótica de la extremidad proximal del fémur tras un año de seguimiento. *Med Clin (Barc)* 1993; 101:481-83.
2. Pages E, Cuxart A, Iborra J, et al. Fractura de cadera en el anciano: determinantes de mortalidad y capacidad de marcha. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 687-91.
3. González-Montalvo JI, Alarcón T, Sáez P, et al. La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 1-5.
4. García M, Montero M, Carpintero P. Importancia de la malnutrición y otros factores médicos en pacientes con fractura de cadera. *An Med Intern* 2004; 21: 557-63.
5. Avenell A, Handoll HH. A systematic review of protein and energy supplementation for hip fracture aftercare in older people. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 895-903.
6. Avenell A, Handoll HH. Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1):CD001880.
7. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP y cols. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN* 1987; 11:8-13.

8. Detsky AS, Smalley PS, Chang J. Is this patient malnourished? JAMA 1994; 271:54
9. Villamayor Blanco L et al. Valoración nutricional al ingreso hospitalario: iniciación al estudio entre distintas metodologías. Nutr Hosp. 2006; 21 (2): 163-72

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar **este apartado** sólo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con las acciones descritas se espera conseguir la detección precoz de los pacientes desnutridos y con mayor riesgo de sufrir complicaciones de la enfermedad o del tratamiento instaurado, para intervenir **precozmente**. Esta intervención precoz tiene unos objetivo claro disminuir las complicaciones que puedan **aparecer** en el postoperatorio (sepsis, infecciones, dehiscencia de sutura, mortalidad) y por supuesto disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.

Otro de los resultados a conseguir es la elaboración de un protocolo en el que se estandarice la metodología para la valoración nutricional, la detección de la malnutrición y la instauración de una **dieta** adecuada. Un protocolo que se convierta en un instrumento de trabajo útil y práctico en nuestra práctica diaria.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	35
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	35
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En cuanto a las acciones de mejora en este campo que hemos descrito previamente las desarrollaremos de la siguiente forma:

A) Detección al ingreso de pacientes mayores de 70 años hospitalizados por fractura de cadera en riesgo de desnutrición y desnutridos mediante la realización de una valoración que integre los siguientes ítems: 1) factores asociados a malnutrición, 2) valoración geriátrica integral (VGI) y multidisciplinar de las esferas funcional, cognitiva, afectiva y social, 3) valoración nutricional, mediante: historia dietética, exploración física, parámetros antropométricos y bioquímicos (albúmina, transferrina, colesterol, recuento de linfocitos) y encuesta de valoración nutricional (**Valoración Subjetiva Global**).

La Valoración Subjetiva Global (VSG) descrita por Baker y Detsky es un método clínico de evaluación nutricional, con capacidad para predecir el riesgo nutricional, el cual se basa en la evaluación de cambios ocurridos en el peso corporal, en la ingesta/absorción de alimentos, en los requerimientos nutricionales de la enfermedad actual, en la capacidad funcional del paciente y en la detección de signos de desnutrición en el examen físico²⁵. Su objetivo es identificar a los pacientes desnutridos y con mayor riesgo de sufrir complicaciones de la enfermedad o del tratamiento instaurado, y que además serán los que más se beneficien con la administración de nutrición artificial. Sus resultados han sido validados en varios grupos etiológicos (cirugía, diálisis, HIV, trasplante hepático, etc). Este proceso de valoración nutricional es dinámico, estructurado y sencillo y además nos permite clasificar a los pacientes en tres categorías:

- categoría A: bien nutridos
- categoría B: desnutrición moderada
- categoría C: desnutrición severa

Una vez realizada la valoración se clasificará a los pacientes en 4 grupos de cara al abordaje terapéutico: bien nutridos, en riesgo de malnutrición, desnutrición moderada, desnutrición severa.

En este apartado los responsables de valorar los factores asociados a la malnutrición, realizar la VGI y de llevar a cabo la encuesta de valoración nutricional serán todos los integrantes del equipo de valoración sociosanitaria y la supervisora de la planta de Traumatología.

El responsable de solicitar los parámetros bioquímicos, será el traumatólogo que realiza el ingreso en planta del paciente.

La categorización de los pacientes de cara al abordaje terapéutico será realizada por el médico geriatra del equipo de valoración

B) Seguimiento clínico durante todo el ingreso hospitalario e intervención nutricional en casos en que ésta sea necesaria (recomendaciones dietéticas, soporte nutricional).

El seguimiento clínico del paciente será llevado a cabo por el médico geriatra (integrante del equipo de valoración) conjuntamente con los traumatólogos.

La intervención nutricional, en caso que se precise, será llevada a cabo por el médico geriatra (integrante del equipo de valoración) conjuntamente con los traumatólogos.

C) Información nutricional al alta. En todo paciente valorado por el Equipo de Valoración Sociosanitaria se realizará un informe dirigido al médico de Atención Primaria responsable en el que se incluirá la valoración geriátrica (funcional, nutricional, cognitiva, afectiva y social).

En caso de precisar suplementación nutricional y/o recomendaciones nutricionales se adjuntará este informe al informe de alta del servicio de traumatología.

El responsable de la realización de este informe será médico geriatra (integrante del equipo de valoración).

D) Seguimiento en Consulta externa tras el alta hospitalaria. Todos aquellos pacientes que hayan precisado de recomendaciones nutricionales y/o suplementación nutricional serán citados en consulta externa de geriatría para realizar nueva evaluación nutricional y control de parámetros analíticos al mes del alta hospitalaria.

E) Elaboración de un protocolo de valoración nutricional entre el Equipo de Valoración Sociosanitario y el Servicio de Traumatología. De todas las medidas propuestas, se desprende la necesidad de estandarizar una metodología para la valoración nutricional, la detección de la malnutrición y la instauración de una dieta adecuada, realizada con la ayuda de unas hojas de recogida de datos (anexo 1) e interpretación de datos y un soporte informático que permita sistematizar el trabajo. El grupo de trabajo pretende posteriormente elaborar un protocolo de valoración nutricional que se convierta en un instrumento de trabajo útil y práctico en nuestra práctica diaria.

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 para su monitorización

1. La monitorización del proyecto consistirá en el análisis de :

- estancia media en relación con los parámetros predeterminados para pacientes malnutridos severos y malnutridos moderados (categorizados mediante la VGS)
- análisis de mortalidad en relación con los parámetros predeterminados para pacientes malnutridos severos y malnutridos moderados
- análisis de los factores más frecuentemente asociados a desnutrición en el anciano
- análisis de los parámetros bioquímicos, antropométricos y de las clasificaciones de los pacientes en las tres categorías del VGS
- análisis de la valoración funcional en los pacientes malnutridos severos y moderados
- análisis de las incidencias (complicaciones de la NE, ingresos hospitalarios, infecciones...) y modificaciones en la esfera funcional tras alta hospitalaria al mes.
- Análisis de los parámetros bioquímicos al mes del alta hospitalaria.

2. Los Indicadores que emplearemos serán de grado de cumplimiento:

- $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes a los que se realiza valoración nutricional completa}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el estudio}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes a los que se determinan parámetros antropométricos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el estudio}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes a los que se determinan parámetros bioquímicos nutricionales}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el estudio}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes a los que se instaura Nutrición Enteral}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes malnutridos severos (según la VGS) incluidos en el estudio}} \times 100$

- Nº de ptes a los que se instaura nutrición enteral x 100
Nº de pacientes en malnutridos moderados (según la VGS) incluidos en el estudio
- Nº de ptes con recomendaciones nutricionales al alta x 100
Nº de pacientes malnutridos severos (según la VGS) incluidos en el estudio
- Nº de ptes con recomendaciones nutricionales al alta x 100
Nº de pacientes malnutridos moderados (según la VGS) incluidos en el estudio
- Nº de informes remitidos a EAP x 100
Nº de pacientes valorados incluidos en el estudio
- Nº de pacientes reevaluados en consulta externa al mes del alta hospitalaria x 100
Nº de pacientes valorados incluidos en el estudio

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: 1 de febrero de 2007

Fecha de finalización: 1 de julio de 2008

CALENDARIO:

Fecha de inicio: 1 de febrero de 2007

Fecha de finalización: De inclusión de nuevos pacientes.....1 febrero de 2008

De seguimiento de pacientes.....1 de marzo de 2008

De análisis de los datos..... 1 de mayo de 2008

De elaboración del protocolo.....1 de julio de 2008

CRONOGRAMA

Actividades	E n 0 7	F e b 7	M a r 7	A b r 7	M a y 7	Ju n 7	Ju l 7	A g 7	S e p 7	O c 7	N o v 7	D i c 7	E n 0 8	F e b 8	M a r 8	M a y 8	Ju l 0 8
Elaboración ficha recogida de datos	X	X															
Revisión bibliográfica	X	X	X														
Inclusión de pacientes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Seguimiento al mes del alta hospitalaria			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitorización de indicadores						X				X						X	
Monitorización de resultados (evaluación)						X				X					X	X	
Elaboración de protocolo																	X
Divulgación de resultados															X		X

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Antonio Carrasquer Sesé

Profesión

Médico. Jefe de Sección de Cirugía General y Digestiva. Especialista en Mastología.

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.)

Hospital de Barbastro. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Mama.

Correo electrónico:

jacarrasquer@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974313511, Ext. 1351 (secretaria de Cirugía)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Andrés Bitrián del Cacho	Medico Jefe de Servicio	Servicio de Radiología. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Rosa Oncins Torres	Medico. FEA	Servicio de Anatomía Patológica. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Paula Gambo Grasa	Medico. FEA	Servicio de Anatomía Patológica. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Maria Soledad Matute Najarro	Medico. FEA	Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Maria Ángeles Aragón Sanz	Medico. Jefe de Servicio	Servicio de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Beatriz Rojas Perez-Ezquerria	Medico FEA	Servicio de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Jesús Florián Jericó	Medico. FEA	Servicio de Oncología Medica. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Pilar Bueso Inglan	Medico. FEA	Servicio de Oncología Medica. Unidad de Mama. Hospital de Barbastro
Juan Villalta Cabero	Medico. Jefe de Servicio	Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Barbastro

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. En 2005 el equipo de la Unidad de Mama se acreditó para realizar la BSGC, aplicándolo a las pacientes con indicación desde ese momento.

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 contra lateral.

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

- a) *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.
- b) *Incorporar progresivamente técnicas oncológicas 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, más que de las características intrínsecas del tumor al diagnóstico o de la disponibilidad de Servicios de Radioterapia.

Una información más extensa sobre la situación de partida del tratamiento locoregional del cáncer de mama en el Hospital de Barbastro y la oportunidad de mejora está desarrollada en el Proyecto de Mejora de la Calidad de 2005.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- a) En el 2005 se acreditó la BSGC, mediante la presentación y aprobación en la Comisión de Tejidos, Tumores y Mortalidad del Hospital de Barbastro, así como la comunicación a la Dirección Médica (Anexo I).

A lo largo del 2006 se aplicó la técnica a los casos con indicación. Hubo 1 caso de ganglio no localizado, 2 casos positivos intraoperatorios y 1 diferido. Lo más significativo ha sido la fluidez del procedimiento, con menos tiempo perdido y más seguridad en el procedimiento.

En total llevamos realizados 41 casos de aplicación terapéutica con 1 caso no localizado y 7 ganglios invadidos. Se exponen en la tabla siguiente:

Casos de cáncer de mama con biopsia selectiva del ganglio centinela axilar realizado durante el proceso de acreditación y en su aplicación terapéutica			
	2000-2004	2005	2006
Numero de BSGC axilar en acreditación	56	-	-
Numero de BSGC axilar terapéuticas	2	18	21
• Linfadenectomias axilares evitadas	2	14	17
• Reintervenciones para completar la linfadenectomía por afectación (diferidos)	0	3	2

- b) La acreditación personal en BSGC se ha completado para el Dr. Carrasquer, Dr. Bitrian, Dra. Matute y Dra. Aragón, estando próxima a completarse para la Dra. Rojas. Sigue pendiente la incorporación de otro Radiólogo para dar estabilidad al proceso, objetivo difícil dada la precariedad de personal en el servicio de Radiología..
- c) Las técnicas de cirugía oncológica y los resultados cosméticos, son complejas de medir. Se han incorporado progresivamente técnicas básicas de cirugía plástica en el hábito quirúrgico diario, facilitadas por la disponibilidad de instrumental quirúrgico adecuado. Mas específicamente en mama se ha realizado:
- Procedimientos de mamoplastia en el cierre del defecto de la cuadrantectomía, con remodelación completa en algunos casos (técnicas de mamoplastia de reducción en T invertida, y abordajes en doble aro). Tres casos de cuadrantectomía central, en casos de tumores retroareolares que habitualmente tratábamos con mastectomía.
 - Reconstrucción postmastectomía, sobre todo en carcinomas in situ. La técnica de expansor-prótesis ha sido la más utilizada. La baja tasa de mastectomía ha hecho que el número de reconstrucciones sea pequeño (8 casos con expansor prótesis y 1 caso con injerto del dorsal ancho) en 2005 y 2006, lejos de la estimación que habíamos realizado.
 - Simetrización de la mama contra lateral mediante mamoplastia de aumento o reducción, tanto en cirugía conservadora como en reconstrucción.
 - Reconstrucción del complejo areola pezón. Se realizaron 4 procedimientos en 2006, posponiendo su continuidad por los resultados insatisfactorios (falta de proyección del pezón). La capacitación actual para realizar una nueva técnica abre expectativas de reiniciar la reconstrucción.

- d) La tasa de cirugía conservadora ha sido especialmente exitosa en el último año, debido al diagnóstico precoz (programa de screening del Gobierno de Aragón y la eficacia diagnóstica del servicio de Radiología del hospital), la concienciación / capacitación técnica de los facultativos de la Unidad y la incorporación de la quimioterapia neoadyuvante a algunos casos, abocados anteriormente a mastectomía de necesidad. Se muestran en la tabla siguiente:

Tipo de cirugía final (conservadora vs. mastectomía) en nuevos casos de cáncer de mama en el periodo 2000 a 2006.			
	2000-2004	2005	2006
Total de casos	215	51	43
Total de procedimientos terapéuticos	225	56	46
• Casos con Mastectomía	111	21	8
• Casos con Cirugía conservadora	104	30	35
Porcentaje de Cirugía conservadora	48,4%	58,8%	81%

La tasa de cirugía conservadora es el mejor indicador del diagnóstico precoz y de la capacidad técnica del equipo quirúrgico.

Los puntos débiles de la cirugía conservadora son las reintervenciones por afectación de los bordes y las recidivas.

- La tasa de reintervenciones por afectación de los bordes ha sido muy baja, debido a la incorporación de la RNM mamaria en todos los casos de cirugía conservadora, debido al estudio patológico intraoperatorio y debido a la mayor experiencia técnica del equipo. Durante el 2006 hemos reintervenido a tres pacientes para transformar la cirugía conservadora en mastectomía por afectación de bordes en el resultado patológico final (dos de ellas se reconstruyeron tras la mastectomía).
- La tasa de recidiva hay que verla con perspectiva de más de tres años, y los datos disponibles en este momento son aceptables. En una revisión hasta diciembre del 2003, de 141 casos de cirugía conservadora hubo dos recidivas locales (1.4%) con un seguimiento de 65.5 meses (mediana).

Sobre ambos hemos realizado comunicaciones científicas:

- Estudio de los bordes de resección en la cirugía conservadora del cáncer de mama. Experiencia en el Hospital de Barbastro. Oncins Torres R, Florián Jericó J, Carrasquer Sesé JA, y col. *V Simposio Internacional del GEICAM*, San Sebastián, 7 y 8 octubre 2005.
- Cirugía conservadora del cáncer de mama con invasión de bordes. Carrasquer Sesé JA. Ponencia en panel de expertos. *XV Jornadas Quirúrgicas Internacionales Hospital Torrecardenas*. Almería, 2 y 3 junio 2005.
- Estudio de los bordes de resección en la cirugía conservadora del cáncer de mama. Experiencia en el Hospital de Barbastro. Rosa Oncins, José Antonio Carrasquer, Jesús Florián y col.. *Remitido para evaluación en Oncología Médica*.

- e) La documentación clínica sobre los procedimientos se ha mejorado parcialmente.
- a. No se ha actualizado el Protocolo General del Cáncer de Mama, siendo una necesidad apremiante.
 - b. Los consentimientos informados utilizados son los facilitados por las sociedades científicas (AEC, SEGO y Radiología) adaptados al hospital de Barbastro. Hemos

realizado uno específico de mamoplastia de reducción para los procedimientos de simetrización y las gigantomastias. Queda pendiente ajustar el consentimiento de la BGC a nuestra casuística así como de completar los de plastias con injertos autologos (TRAM y dorsal) por la previsible utilización.

- c. Se confeccionaron dos documentos de vía clínica peri operatoria (cirugía mayor y cirugía menor de mama, Anexo II). La aplicación desde enero del 2006 ha tenido las dificultades habituales, estando actualmente operativas.
- f) La Inversión económica del 2005 y 2006 ha permitido adquirir material académico (libros), un ordenador portátil y una cámara digital para microscopio. Adicionalmente la Dirección Gerencia del Hospital ha sufragado casi totalmente una estancia de cinco semanas en un centro internacional de prestigio en cirugía mamaria (Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, Italia) de un facultativo (Dr. Carrasquer) Queda pendiente la acreditación en Senología / Mastología de dos miembros del equipo quirúrgico

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Generales al inicio del proyecto 2005 / 2007

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 la 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 loco regionales.
 - 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:
 - Cuadrantectomias y mamoplastias del defecto sin secuelas estéticas
 - Transposición del complejo areola pezón para centrar la mama
 - Mamoplastias de reducción para la mama afecta y la contra lateral.
 - Manejo de los expansores / prótesis mamarias.
 - Colgajos mio cutáneos, 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 contra lateral 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.

Específicos para el año 2007

Durante el año 2007 las obras de ampliación del Hospital, especialmente la remodelación de los quirófanos, seguirán incidiendo negativamente en la capacidad quirúrgica de la Unidad de Mama, siendo un buen momento para completar la formación de sus facultativos, y desarrollar los procesos de informatización y protocolización.

Por otro lado un número importante de los objetivos iniciales se han alcanzado o están en fase de completarse, por lo que nos centramos en los siguientes durante el año 2007:

1. Publicar los resultados de la BSGC al completar los 50 casos de aplicación clínica.
2. Incluir la técnica de la BSGC en el programa Focuss. Pensamos que puede tener interés para centros hospitalarios con difícil acceso a los servicios de medicina nuclear.
3. Mejorar la informatización de los procesos asistenciales, especialmente los informes de alta y la actualización de los consentimientos informados (BSGC y plastias)
4. Conseguir una acreditación en Mastología / Senología para los integrantes clínico-quirúrgicos que no la disponen. Es una exigencia legal y profesional.
5. Facilitar la formación en procedimientos oncológicos para los facultativos de la Unidad. Aunque en 2006 el Dr. Carrasquer realizó una estancia de 5 semanas en el INT de Milano, sería deseable que el resto de los facultativos contaran con oportunidades similares.
6. Actualizar el protocolo del Cáncer de Mama entre todos los facultativos que participan en el Comité.
7. Completar y aprovechar el proyecto existente en el hospital, de conectividad telemática, para conectarse con Radioterapia del hospital de Lérida, que son los proveedores del tratamiento radiante de nuestras pacientes. La asistencia y opinión de los radioterapeutas en las reuniones del Comité de Mama son decisivas para el decidir y aconsejar el tratamiento loco-regional. Actualmente se desarrolla por conexión telefónica extemporánea y esta en fase de pruebas la conexión telemática on line con Radioterapia.

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	40%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	15%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	15%
TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Acreditación del Hospital en BSGC. Informes Dr. Carrasquer y Comité Unidad de Mama. Completado.
- Protocolización y aplicación técnica de la BSGC: Dr. Carrasquer, Dr. Bitrian, Dra. Oncins, Dra. Gambo. Realizándose.
- Coordinación quirúrgica de la BSGC: Dr. Carrasquer. Realizándose.
- Acreditación tutelada en BSGC de Dra. Matute, Dra. Aragón, Dra. Rojas y un radiólogo a cargo del Dr. Carrasquer y Dr. Bitrian respectivamente. Completado parcialmente: (acreditadas Dra. Matute, Dra. Sanz, en curso Dra. Rojas).
- Registro de datos BSGC: Dr. Carrasquer. Realizándose.
- Seguimiento evolutivo de eventos loco-regionales y sistémicos: Dr. Florián y Dra. Bueso. Realizándose.
- Incorporación a ensayo clínico de algún subgrupo de pacientes con BSGC, y evaluación final de resultados, Dr. Carrasquer y Comité de Mama. No realizado

- Acreditación en Senología / Mastología para los facultativos pendientes de obtención: Dra. Aragón / Dra. Rojas. No realizado.
- Formación continuada gradual en procedimientos oncoplasticos: Dr. Carrasquer, Dra. Matute, Dra. Aragón. Realizándose: (Dr. Carrasquer)
- Aplicación de procedimientos oncoplasticos Dr. Carrasquer, Dra. Matute, Dra. Aragón, Dra. Rojas. Realizándose.
- Evaluación de resultados y publicación de resultados: Dr. Carrasquer, Dra Oncins y Comité de mama. Realizándose.
- Planificación de quirófanos: Dra. Aragón y Dr. Villalta. Realizándose.

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

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Libros</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scott Spear editor. Surgery of the breast 2 vols. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. 	
Precios librerías Web	362,50 €
<u>Bolsa de Viajes y Formación</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matricula (1, Dra. Aragón) en el Curso de especialista en Mastología librado por la Fundación de Estudios Mastológicos y la UIMP/ o / Master de Senología de la universidad de Barcelona. 	
Gastos matricula primer año	2500 €
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estancia (1, Dra. Matute) de 4 a 6 semanas en el Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori. Scuola di Oncologia Chirurgica Ricostruttiva, Dr. Mauricio Nava. 	
Viaje y estancia, evaluación personal del precio	2500 €
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matricula (1, Dra. Rojas) en el Curso de especialista en Mastología librado por la Fundación de Estudios Mastológicos y la UIMP/ o / Master de Senología de la universidad de Barcelona. 	
Gastos matricula primer año	2500 €
<u>Material</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cámara digital de 5 mega pixel x 3 óptico. Uso clínico de resultados estéticos y seguimiento clínico. (Dr. Florian y Dr. Bueso). 	
Precio aproximado, variable	300 €
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kil de 30 unidades anticuerpo monoclonal: Anti-BCRA1 Clon GLK-2, laboratorio DakoCytomation SA. Uso en Anatomía Patológica (Dra. Oncins y Dra. Gambo). 	
Precio aproximado	600 €
TOTAL	8762.00 €

Fecha y firma:

Barbastro a 31 de enero de 2006


 Fdo : Dr. José A. Carrasquer Sesé

4.- PROBLEMA U implantación DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la implantación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La calidad de la atención de enfermería en el Hospital se evalúa a través de diferentes parámetros, de entre ellos uno de los más representativos es el índice de Úlceras por Presión.

La existencia de un *protocolo* de cuidados Enfermeros de las Úlceras por Presión y de un **registro** adecuado, son imprescindibles para desarrollar de forma íntegra la atención del paciente afecto de este problema salud.

En la actualidad en nuestro hospital no disponemos de una herramienta práctica y accesible que permita realizar este registro. Creemos necesaria la implantación de un registro que permita la recogida fiable de información y que sea una herramienta útil de atención de enfermería, que exceda el ámbito hospitalario y permita una continuidad de cuidados en los diferentes niveles de asistencia de nuestro Sector.

Sería óptimo el desarrollo de este registro en entorno web e integrarlo en el sistema informático del hospital para mejorar la accesibilidad y eficacia.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea implantación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

1.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Confeccionar un formulario de Úlceras por Presión (UPP) en la Intranet del Salud del sector de Barbastro que permita de una forma ágil el registro y control de este problema de salud en las diferentes Unidades de Enfermería del Hospital.

Resultados concretos:

- Integración del registro en el sistema de información hospitalario
- Mejora de la accesibilidad al registro. Acceso desde cualquier estación de trabajo del hospital.
- Facilitar y automatizar la explotación de los datos registrados.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsab

- El servicio de informática del hospital diseñará el nuevo registro y lo ubicará dentro de la Intranet del Sector.
- La Comisión de Cuidados de Enfermería, realizará una revisión del diseño y contenido del registro.
- Se realizará una presentación del documento aprobado inicialmente, en las distintas Unidades de hospitalización.
- Puesta en marcha del nuevo documento en la Intranet del Sector.
- Monitorización trimestral de indicadores por la Supervisora de Calidad.
- Evaluación del registro y aprobación definitiva.
- Presentación del registro definitivo a las diferentes unidades asistenciales intra y extra- hospitalarias del Sector.

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 la llevará a cabo la Comisión de Cuidados de Enfermería con periodicidad trimestral.

Indicadores:

Número de pacientes con UPP registradas en el nuevo documento x100

Total de pacientes con UPP ingresados en el Hospital

Número de accesos fallidos a la aplicación x100

Número total de accesos

Número de consultas de enfermería realizadas al registro x100

Número total de consultas de enfermería a los documentos de la intranet

Grado de satisfacción del personal de Enfermería con la nueva aplicación informática. En este caso se mediría a través de una encuesta de satisfacción entre el personal de las diferentes unidades.

--

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: 12 de febrero de 2007

Fecha de finalización: 30 de 2007

Calendario:

- Diseño informático del nuevo registro y ubicación dentro de la Intranet del Sector: febrero y marzo de 2007.
- Revisión del diseño y contenido del registro: marzo 2007.
- Presentación inicial del documento en las distintas unidades de hospitalización: abril 2007
- Puesta en marcha del nuevo documento en la Intranet del Sector: abril 2007.
- Monitorización de indicadores y evaluación periódica del registro: julio y octubre del 2007.
- Presentación definitiva del documento: noviembre 2007.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El dolor postoperatorio se trata todavía de forma insuficiente por varias razones :

- por una deficiencia en la formación de los profesionales sanitarios en el tema de control del dolor.
- por una insuficiente sensibilidad de los profesionales implicados en el gesto quirúrgico.
- por la ausencia habitual de protocolización de los procedimientos de analgesia postoperatoria y postraumática
- por la cultura de muchos de los pacientes de nuestro ámbito que asumen que el dolor es un síntoma normal después de una intervención quirúrgica.

Detección del problema.

Como resultado del establecimiento consensuado de prioridades sobre las áreas de mejora detectadas en el SAR y TD con respecto del mismo, se destaca una situación en el tratamiento del dolor postoperatorio reconocida como claramente poco eficaz.

Situación inicial.

Prescripción de la analgesia postoperatoria por parte de los servicios quirúrgicos, como un aspecto secundario del tratamiento, sin utilizar opiáceos o técnicas loco – regionales y sin seguimiento específico de la analgesia. Todo lo anterior se relaciona con una analgesia poco eficaz y por ello con un sufrimiento inútil además de las complicaciones derivadas del dolor postoperatorio.

Causas.

- Dedicación de escasa atención al problema del dolor postoperatorio.
- Desconocimiento del uso de los opiáceos mayores y otras técnicas analgésicas.
- Falta de recursos; formativos, materiales y humanos.

Importancia de la mejora.

- Evitar los efectos fisiopatológicos y psicoemocionales adversos del dolor.
- Disminuir el sufrimiento innecesario que comporta la agresión quirúrgica y
- Disminuir la morbilidad postoperatoria y el coste socioeconómico que genera.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Implicar a la dirección y a todos los servicios y unidades que participan en la atención quirúrgica, tanto médicas como de enfermería
- 3.- Impulsar e implantar el proyecto por parte del SAR y TD así como por la unidad de enfermería del bloque quirúrgico
- 4.- Elaborar un **protocolo-guía analgésica escalonada** basada en fármacos y técnicas eficaces adecuadas a las características del hospital e iniciar su aplicación en la URPA.
- 5.- Inicio de la aplicación del protocolo de analgesia postoperatoria en la URPA para lograr un control de dolor post-operatorio en reposo con valores de la escala EVA < 4.
- 6.- Mejorar la eficacia de la analgesia postoperatoria: utilizando la medición del dolor y el ajuste individual de fármacos, buscando oportunidades de mejora y siguiendo criterios de accesibilidad, efectividad, seguridad y eficiencia.
- 7.- Reducir la morbimortalidad relacionada directamente con el dolor postoperatorio: una práctica eficaz y segura de la analgesia postoperatoria implica una reducción de la morbimortalidad postoperatoria.
- 8.- Mantener la seguridad del paciente quirúrgico durante el postoperatorio: la formación, el seguimiento continuado y la mejora continua aportan un alto grado de seguridad a la asistencia.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	35%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Fase de promoción.

Realización de **cursos** orientados a las divisiones médicas y enfermería sobre el problema del **dolor postoperatorio**, las técnicas para su tratamiento eficaz y la organización del mismo.

Realización de reuniones en el SAR y TD para consensuar el protocolo y el modelo de organización de la atención.

Realización de reuniones con la dirección y los servicios y unidades implicados.

Realización de actividades formativas especialmente centradas en las unidades de enfermería de la URPA y de las salas de hospitalización quirúrgicas.

Fase de iniciación de la actividad asistencial.

Prescripción y seguimiento de la analgesia postoperatoria.

Evaluación del procedimiento.

Evaluación de los resultados del procedimiento.

Revisión y ajuste según el cumplimiento de los mismos o su mejora.

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 para su monitorización

1.- Evaluación del proceso**1.1 – En la Unidad de PRA**

Porcentaje de pacientes en los que no se ha seguido el procedimiento

1.2 – En la sala de hospitalización

Porcentaje de pacientes en los que no se ha seguido el procedimiento

2.- Resultados**2.1 – Eficacia**

Incidencia del dolor postoperatorio inadecuadamente tratado.

2.2 – Seguridad.

2.2.1 – Incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios.

2.2.2 – Incidencia de efectos adversos graves.

Atención y seguimiento de las incidencias rutinariamente por el equipo de anestesiólogos de guardia, y durante la jornada laboral por una persona de enfermería y otra del equipo de anestesiología, mediante pase de visita en la sala, en donde la

medida del dolor se sigue considerando como una constante más, el objetivo para la intensidad del dolor en reposo es EVA < 4.

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: 08/01/2007

Fecha de finalización: 31/01/07

Caleandario:

Febrero 07: Realización de actividades formativas dirigidas al personal de la URPA.

Marzo 07: Reuniones de equipo para diseñar y consensuar el Protocolo de actuación.

Reunión con la gerencia Médica y de Enfermería para presentar el proyecto.

Abril 07: Presentación del Protocolo a las distintas unidades implicadas y puesta en marcha del procedimiento.

Julio y Diciembre 07: Evaluación del proyecto y monitorización de indicadores.

Enero 08: Evaluación de resultados y procedimiento

Revisión, ajuste y mejora del proyecto, si fuese necesario.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES HEMIPLÉJICOS REMITIDOS AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE BARBASTRO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Rut Fernández Sánchez

Profesión

Fisioterapeuta

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.)

Hospital de Barbastro. Servicio de Rehabilitación

Correo electrónico:

rutfernandezsanchez@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974313511. Extensión 1144

3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Beatriz Ruiz Torres	F.E.A.Rhb.	HOSPITAL BARBASTRO
Manuel Navarro Echevarría	F.E.A.Rhb.	HOSPITAL BARBASTRO
Amaia Urrutia Díez	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Antonio Mozas Paláin	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
María Muñoz Diestre	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Rosario Ramón Buisan	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Agustín Loscertales Sesé	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Jesús Broto Bestué	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
David Brota Manzano	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Pilar Suelves Montes	A.E.	HOSPITAL BARBASTRO
Pilar Franco Montes	A.E.	HOSPITAL BARBASTRO
Concepción Sanmartín Satué	A.E.	HOSPITAL BARBASTRO
Pilar Medrano Martínez	D.U.E. Esp	HOSPITAL BARBASTRO
Beatriz González Pelegrín	D.U.E. M.I.	HOSPITAL BARBASTRO

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En el año 2006 ingresan en el Hospital de Barbastro 134 pacientes por Accidente Cerebrovascular Agudo, de los cuales 66 fueron tratados por el Servicio de Rehabilitación (49 %).

Desde dicho Servicio se detecta la necesidad de formar e informar al personal del centro hospitalario, así como a los cuidadores, en cuanto al manejo, ubicación y tratamiento postural del paciente hemipléjico.

A partir de la observación en las plantas de hospitalización, llegamos a la conclusión de que las movilizaciones y colocación del paciente no resultan adaptadas a sus necesidades y, en general, no se fomenta su implicación ni participación en las mismas.

El modo de ejecutar dichas técnicas debe atender a los principios de ergonomía y cuidado postural, ya que podría terminar siendo nocivo tanto para el paciente como para el personal.

A pesar de la buena voluntad de los profesionales y de los familiares implicados, para llevar a cabo su labor lo mejor posible, la falta de material y el mobiliario inadecuado, dificultan su tarea.

Por otro lado, se percibe la demanda de formación por parte de la familia y cuidadores, con el objetivo de conocer el manejo idóneo del paciente en el ámbito tanto hospitalario como domiciliario.

En cuanto a los profesionales de las áreas de hospitalización, ponen de manifiesto el interés por recibir una formación específica orientada al paciente hemipléjico y a sus propios autocuidados.

Durante el mes de Diciembre de 2006, se ofertó un curso de formación que cubría estas necesidades, al que sólo accedieron dieciocho personas entre enfermeras, auxiliares y celadores, de varios Servicios hospitalarios. Como consecuencia del diálogo con todos ellos y por nuestra propia experiencia en el Hospital, se ha constatado la falta de comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales implicados en la atención al paciente hemipléjico, y por consiguiente, la posibilidad de mejorar para hacer posible un enfoque de trabajo multidisciplinar.

En consecuencia, y como dice Berta Bobath en su libro "Hemiplejia del adulto", *La cooperación no sólo es deseable sino también vital. El manejo que hace la enfermera no debe ser diferente del efectuado por el fisioterapeuta, ni por el resto de profesionales. Todo se puede obtener por medio de una buena comunicación entre los diferentes Servicios.*

Revisión bibliográfica:

- "Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejia. P.M. Davies. Ed. Panamericana

- "Hemiplejia del adulto. Evaluación y tratamiento". B. Bobath. Ed. Panamericana

- "Manipulación de pacientes". Paul Dotte.

- "Tratamiento de las algias". Feldenkrais.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Prevenir patologías secundarias a un manejo inadecuado del paciente: hombro doloroso (*síndrome hombro – mano* , *subluxación*), aumento de la espasticidad (*pie equino, mano en garra*), ...
- Procurar un control postural adaptado a las necesidades individualizadas de este tipo de pacientes.
- Adquisición del material necesario para mantener la posición correcta y evitar las complicaciones mencionadas anteriormente.
- Potenciar al máximo la autonomía e intervención activa del paciente hemipléjico.
- Prevenir la aparición de algias u otras patologías que repercuten en el personal hospitalario y cuidadores mediante el aprendizaje de normas de higiene postural y autocuidados.
- Hacer viable el encuentro y comunicación entre los distintos profesionales que van a intervenir en la atención y cuidados del paciente.
- Intercomunicación con la familia y cuidadores facilitando información que les oriente a cerca de las particularidades de manejo y forma de desarrollar las Actividades de la Vida Diaria del paciente hemipléjico.
- Favorecer la mejora en la evolución, en la calidad de vida del paciente y su entorno.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	40%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10%
TOTAL	100%	100%

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1) Los pacientes hospitalizados que presenten como diagnóstico de ingreso un ACVA, o que lo padezcan durante su estancia hospitalaria, podrán ser derivados a través de una hoja de consulta al Servicio de Rehabilitación. En estos casos, el médico rehabilitador decidirá la inclusión en el presente estudio.

Con cada paciente se cumplimentará una *ficha* que integrará los siguientes ítems:

- a) Motivo de derivación.
- b) Servicio que deriva al paciente.
- c) Valoración :
 - Tono muscular (escala de Espasticidad de Asworth)
 - Balance articular
 - Índice motor.
 - Existencia de complicaciones vasculares.
 - Patología del hombro hemipléjico: subluxación, hombro doloroso, síndrome hombro mano (Escala analógica visual).
 - Valoración Funcional (Incice de Barthel)

Se realizara dicha valoración al inicio del tratamiento rehabilitador, al alta hospitalaria y al alta de tratamiento rehabilitador en caso de mantenerlo después del alta hospitalaria.

- 2) Se elaborará una *Hoja de Control Postural*, de forma individualizada y se incluirá en la Historia Clínica del paciente en la Unidad. El fisioterapeuta que trate a dicho paciente se encargará de entregarla a la enfermera responsable de la planta y se compartirá la información pertinente
- 3) Se impartirán dos ediciones del *Curso "Manejo del paciente hemipléjico durante el ingreso hospitalario. Autocuidados para el profesional"*, dirigido a enfermeras, auxiliares y celadores del hospital
- 4) Acuerdo con la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, para la detección y tratamiento de patologías en el personal, asociadas a la movilización de pacientes hemipléjicos.
- 5) Diseño del *folleto sobre control postural y AVD* del paciente hemipléjico, para entregar al cuidador principal o familiares al alta.
- 6) Diseño de un *póster alusivo al control postural* del paciente hemipléjico, como elemento de soporte al trabajo en las unidades.
- 7) Presentación del Proyecto a las diferentes unidades de hospitalización.
- 8) Implantación del Proyecto.

Dentro del Equipo de mejora se harán grupos de trabajo para repartir y agilizar las actividades propuestas. Los responsables de estos grupos se irán decidiendo a lo largo de las reuniones mantenidas en el año, de forma que se fomentará la participación de todo el Equipo por igual.

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 para su monitorización

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Cuantificación del número de pacientes que se han incluido en el estudio.
- Grado de cumplimentación de registros .
- Cuantificación de lesiones relacionadas con manipulaciones del paciente hemipléjico.
- Cuantificación del número de familiares y cuidadores que reciben información sobre movilizaciones y AVD del paciente hemipléjico a su cargo.
- Porcentaje de patologías asociadas al control postural, tomando como referencia:
 - Hombro doloroso,/ subluxación.
 - Patrones espásticos que favorecen pie equino, flexo de cadera,...
 - Episodios venosos agudos.
- Incidencia de episodios traumáticos del paciente en relación con su movilización.
- Grado de utilidad y satisfacción del personal implicado en la atención.

Los indicadores de medida que se utilizarán serán de grado de cumplimiento:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA incluidos en el estudio}}{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA ingresados en el Hospital de Barbastro}}$	x 100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA incluidos en el estudio}}{\text{N}^\circ \text{ de fichas cumplimentadas por el médico rehabilitador}}$	x 100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prof. afectos de patología aguda relacionada con mov de ptes con ACV}}{\text{N}^\circ \text{ de profesionales implicados en la movilización de estos pacientes}}$	x 100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores/ familiares que reciben la información}}{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA incluidos en el programa}}$	x 100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA con hombro doloroso}}{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA incluidos en el programa}}$	x 100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA con pie equino}}{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA incluidos en el programa}}$	x 100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA con flexo de cadera}}{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA incluidos en el programa}}$	x 100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA con episodios venosos agudos}}{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA incluidos en el programa}}$	x 100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de episodios traumáticos del paciente con ACVA}}{\text{N}^\circ \text{ de ptes con ACVA incluidos en el programa}}$	x 100

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: 01-01-2007

Fecha de finalización: 31-12-2008

Calendario:

- Revisión bibliográfica y elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Enero de 2007
- Elaboración de Ficha y de la Hoja de control postural: Febrero, Marzo, Abril de 2007.
- Cursos de "Manejo del paciente hemipléjico durante el ingreso hospitalario. Autocuidados para el profesional": uno en Marzo y otro en Junio.
- Diseño y elaboración del folleto sobre control postural y las AVD, para entregar a familiares y cuidadores: Mayo de 2007.
- Diseño y elaboración del Póster para las unidades hospitalarias: Junio de 2007.
- Presentación del proyecto: Junio- Julio de 2007.
- Implantación del Proyecto: Julio de 2007.
- Monitorización de indicadores y resultados: Diciembre de 2007, Junio y Diciembre de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO IMPLANTAR EL CRIBADO COMBINADO DE CROMOSOMOPATIAS DEL PRIMER TRIMESTRE EN LAS EMBARAZADAS DEL SECTOR BARBASTRO
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos: Dra. Montserrat Roca Arquillue Profesión: Ginecóloga Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Hospital de barbastro Correo electrónico: Arquillue01@yahoo.com Teléfono y extensión del centro de trabajo: 313511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos:	Profesión	Centro de trabajo
Maria Angeles Aragón Sanz.	Ginecólogo. Jefe de servicio	HOSPITAL DE BARBASTRO
Javier Nogués Tomás.	Ginecólogo Jefe de sección.	HOSPITAL DE BARBASTRO
Ana Julia García Lasheras	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Agustín López Bonilla	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Juan José Pescador	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Montserrat Roca Arquillué	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Fernando Roldán Rivas	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerro	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Amado Tapia Lanuza		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Con el screening del segundo trimestre que aplicamos en la actualidad en nuestro Servicio, durante el año 2005 se realizaron 192 Amniocentesis.

El número embarazadas a las que se realizó Diagnostico Prenatal fue de 755, contando las controladas en Fraga, que son atendidas en el Hospital Arnau de Villanova, en el momento del parto.

Se han realizado técnicas invasivas al 26.4% de las gestantes el Sector.

Las indicaciones de las amniocentesis fueron:

Edad materna un 63,54% Entre los subgrupos de edad el más importante es el de 35 años (27,86%), seguido del de 36 años (23,77%).

Screening metabólico positivo (23,43%)

Ansiedad materna (9,89%)

Translucencia nucal aumentada (2,08%),

Antecedente malformativo (1,04%)

La tasa de procedimientos invasivos, con el cribado del segundo trimestre que estamos realizando en la actualidad es muy elevada (26,4%) y además del riesgo de pérdida fetal y ansiedad materna que supone someterse a estas técnicas, el coste de las mismas es elevado.

Se ha valorado la necesidad de instaurar el cribado del primer trimestre por que:

Tiene buena **sensibilidad** (70-90% según diferentes grupos de estudio ajustado a una TFP del 5%).

Su coste es menor que el del *screening* integrado, sin que la efectividad sufra grandes reducciones.

La **determinación precoz del nivel de riesgo** permite anticipar las actitudes diagnósticas y propuestas terapéuticas, lo que beneficiarán a la madre y/o al feto.

Permite la **aplicación de técnicas invasivas más precoces** que la Amniocentesis.

La **reducción del tiempo de espera en obtener información diagnóstica** conlleva menor repercusión psicológica y morbilidad materna en caso de la realización de IVE.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el

Programa de Apoyo en la convocatoria anterior.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir el número de Amniocentésis.
Disminuir la ansiedad materna.
Disminuir el coste del cribado actual.
Disminuir la morbilidad materna.
Ofrecer un diagnóstico más temprano.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reuniones de coordinación entre el Servicio de ginecología y el de Análisis Clínicos.

Redacción del protocolo de cribado de cromosomopatías del primer trimestre.

Presentación del protocolo en los dos Servicios.

Puesta en marca del Protocolo.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTOIndicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Monitorizar el número de las Amniocentésis del año 2006 y 2007 .

Monitorizar el motivo de las Amniocentésis del 2006 y 2007

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:

Marzo iniciar la elaboración del protocolo de cribado

Abril reunión con Análisis Clínicos para poner en marcha la técnica analítica.

Mayo iniciar la puesta en marcha del protocolo

Diciembre evaluación

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El programa que se trata de mejorar fue desarrollado en 2005 en el SAP del HOSPITAL DE BARBASTRO, y trata de sistematizar, la opinión de los usuarios a través del tratamiento informático de las mismas. Basado y desarrollado de conformidad con el acuerdo alcanzado por los responsables de dichos servicios celebrado en el año 2004 en el Hospital Clínico de Zaragoza, y desarrollado en la base de datos HP Doctor, precisa ser adaptado a la actual realidad y depurado en cuanto a sus contenidos. Los criterios en que se basa la mejora, es el de adecuación del programa a cualquier centro sanitario del Servicio Aragonés de Salud, independientemente de su tamaño y hacerlo extensivo a toda la casuística de relativa al conocimiento de la opinión de los usuarios.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

En el año 2006 y por primera vez en la historia del Hospital de Barbastro ha podido ser conocida y sistematizada la opinión escrita de los usuarios del Hospital de Barbastro, con base en una herramienta, que tiene vocación de universalidad

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Un conocimiento mas depurado de la opinión de los usuarios que reclaman, solicitan, litigan, proponen mejoras, sugieren...al sistema sanitario público de Salud, sea en sus centros propios o bien en sus centros propios, o en sus centros concertados.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	33.3 (*)
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	33.3
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	33.3
TOTAL	100%	

(*)(Se trata como puede apreciarse, de una mejora de difícil cuantificación)

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reorientar y depurar la base datos, de conformidad con la experiencia acumulada a lo largo de este año 2006.

Diseño de las Mejoras: **JOAQUIN COLL CLAVERO** y **MARIA JESUS LATORRE SAVICENTE**

Operadora y manipuladora del programa informático: **YOLANDA NOGUÉS SUSIN**

Supervisión de operaciones informáticas: **JUAN COLL CLAVERO**

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 para su monitorización

- 1) **Estudio** mensual de resultados obtenidos, a cargo de los 4 responsables del proyecto
- 2) **Crear un circuito** de información periódica, permanente y crítica entre la gerencia y el S. de Atención al usuario, acerca de la utilidad de la mejora introducida y enviar una copia de esa información y los escritos que las ocasionan a los responsables de los servicios hospitalarios respectivos.

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:

LISTO EN MARZO DE 2007

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los accidentes biológicos son los más frecuentes en el medio sanitario y conllevan un importante riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

El objetivo de este proyecto es disminuir dichos accidentes, analizando sus causas para establecer medidas preventivas y correctoras.

El método empleado en la detección es la declaración urgente del parte de accidente a la UBPR (Unidad básica de Prevención de riesgos Laborales) y el IBI (Informe básico de investigación)

Al ser una unidad de nueva creación en el Sector existían deficiencias en la gestión y en los circuitos de comunicación de accidentes biológicos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Lograr la declaración y registro de todos los accidentes biológicos del personal.
- Mejorar la gestión de los accidentes biológicos, con circuitos fluidos entre los distintos servicios y la UBPR, con el fin de aplicar medidas preventivas y terapéuticas si fuera preciso y en el menor tiempo posible.
- Mejorar la seguridad de los profesionales en su puesto de trabajo, reduciendo la siniestralidad laboral.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	45%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	15%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	20%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Elaboración del "Protocolo de actuación en accidentes con material biológico"
- Presentación y divulgación del protocolo a los responsables de Atención Primaria y Especializada .
- Presentación del protocolo y entrega de documentación en papel y en formato electrónico a través de la Intranet del Sector al personal de los distintos centros de trabajo.
- Información y formación del personal en materia de riesgos biológicos por parte del médico y enfermera de la unidad.
- Comunicación por FAX y en su defecto por correo (previa comunicación telefónica) de los accidentes por el trabajador ó responsable del mismo. Mecanización progresiva de la comunicación a través de la Intranet del Sector, con el modelo existente.
- Realización de Serologías, comunicación de resultados y pautas a seguir según protocolo.
- Registro, seguimiento de casos y evaluación.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación se realizará con el registro diario de todos los accidentes declarados en la UBPRL , la monitorización trimestral de accidentes y la evaluación de resultados a final de año.

INDICADORES

- Índice de incidencia = $\frac{\text{n}^\circ \text{ acc biológicos declarados}}{\text{n}^\circ \text{ trabajadores Sector}} \times 10^3$

- Índice de correcta comunicación = $\frac{\text{n}^\circ \text{ acc bilóg comunicados antes de 72 h}}{\text{n}^\circ \text{ total acc biológicos declarados}} \times 10^2$

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 01/01/2007

Fecha de finalización: 31/12/2007

Calendario:

Registro diario de accidentes , seguimiento , control y tratamiento de casos.

Enero : elaboración de protocolo, definición de metodología a seguir.

Presentación del proyecto a las distintas direcciones (AP, AE)

Febrero : divulgación del protocolo al personal por centros de salud y a los responsables de servicios hospitalarios.

Marzo : monitorización de casos declarados en el primer trimestre

Junio : monitorización de casos del segundo trimestre

Septiembre : monitorización de casos del tercer trimestre

Diciembre : monitorización del cuarto trimestre, estadística , evaluación y conclusiones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**FOMENTO DE LA LACTANCIA.
FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN CADA
UNO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR DE
BARBASTRO
PUESTA EN MARCHA DEL MÉTODO MADRE CANGURO (M.M.C)**

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CONCEPCIÓN LUMBIERRES SUBÍAS

Profesión

ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

HOSPITAL DE BARBASTRO

Correo electrónico:

clumbierres@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 313511 extensión 1460

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Lascorz Cortina	Enfermera	HOSPITAL DE BARBASTRO
Marisol Velasco Gomara	Auxiliar	HOSPITAL DE BARBASTRO
Julia Minguez Sorio	Enfermera	HOSPITAL DE BARBASTRO
Ana Rosa Salinas Altemir	Auxiliar	HOSPITAL DE BARBASTRO
Mercedes Fenés Grasa	Matrona	HOSPITAL DE BARBASTRO
Trinidad Miranda Olivar	Enfermera	C. SALUD DE BARBASTRO
Maria Angeles Aragón Sanz.	Ginecólogo. Jefe de servicio	HOSPITAL DE BARBASTRO
M ^º José Calvo Aguilar	Pediatra Jefe de servicio	HOSPITAL DE BARBASTRO

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)</i>
---------	---

Paula Lalaguna Mallada	Pediatra	HOSPITAL DE BARBASTRO
Montserrat Roca Aquillué	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Matilde Bustillo Alonso	Pediatra	HOSPITAL DE BARBASTRO
Carmen Boldova	Pediatra	C. SALUD DE BARBASTRO
Ana M ^a Fillat Naya	Matrona	C. SALUD DE GRAUS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Conseguir que el mayor número posible de población infantil sea lactada de manera natural y eficaz y que la lactancia se prolongue el mayor tiempo posible.

Aplicación del método madre canguro en el mayor número posible de R.N. que lo requieran

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

1. Formación continuada del personal sanitario implicado en la atención del R.N. y lactante tanto del hospital como atención primaria
2. Puesta en marcha del protocolo de L.M. (desde mayo 2006)
3. Asistencia al congreso de L.M.en Sta. Cruz de Tenerife (octubre 2006)
4. Aplicación del método madre canguro (M.M.C.), en aquellos R.N. prematuros o de bajo peso cuyos padres así lo han deseado.
5. Aplicación de la hoja de continuidad de cuidados.
6. Contacto precoz de la madre y el R.N. y acompañamiento al servicio de reanimación en dos casos de cesáreas programadas.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Formación específica sobre lactancia materna en cada uno de los centros de atención primaria del sector de Barbastro como paso definitivo a completar la formación del personal sanitario implicado en la atención del R.N y lactante.
- Curso de reciclaje de lactancia materna.
- Formación para personal sobre método madre canguro.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	30%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	35%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	5%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Formación de un grupo de apoyo de madres en Barbastro que sirva de referencia para las madres al alta de la maternidad.
- Confeccionar material didáctico y formativo específico para los centros de salud.
- Difundir este material de forma personalizada mediante charlas en los 15 centros de salud del área sanitaria.
- Coordinación de la metodología para llevar a cabo un registro de lactancia materna a los 6 meses por parte de la enfermera del Centro de Salud, coincidiendo con la vacunación a esta edad.
- Información y difusión del método madre canguro.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTOIndicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Elaboración de un registro de madres y recién nacidos que realizan M.M.C. y lactancia materna.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción dirigida a las madres que realizan método madre canguro y lactancia materna para evaluar nuestras actuaciones.
- N° de Embarazos controlados correctamente en las consultas de matronas. (Objetivos: 60%)
- N° de niños con LM exclusiva al alta hospitalaria/N° de Nacimientos (Objetivos: 60%)
- N° de niños con LM exclusiva a los 6 meses de vida/N° de niños con LM exclusiva al alta. (Objetivos: 50%)

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: Enero 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Calendario:

Primer trimestre:

1. Preparar modelo de información para el personal de Centros de Salud de la necesidad de realizar curso de formación a personal en Atención directa con el recién nacido y lactante. Programación de fechas para impartir los correspondientes cursos.
2. Elaboración de cuestionario de satisfacción a los padres sobre el método madre canguro.

2º trimestre:

1. Curso formación en Centros de salud del Sector Barbastro.
2. Elaboración cuestionario satisfacción lactancia materna, a los seis meses realizado desde los centros de salud respectivos.
3. Puesta en marcha cuestionario satisfacción (Padres-madres método canguro)

3ª Trimestre:

1. Aplicación cuestionario de satisfacción en lactancia materna a los seis meses.
2. Finalización de Formación en el resto de Centros de Salud (hasta completar todo el sector)

4º Trimestre:

1. Recogida y análisis de cuestionarios.
2. Evaluación de indicadores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA
EN EL SET (SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ITZIAR ORTEGA CASTRILLO

Profesión

MEDICO (JEFE DE SERVICIO)

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

SERVICIO DE URGENCIAS (HOSPITAL BARBASTRO)

Correo electrónico: iortega@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

TEL -610899694 - 974313511 EXT 1260 - 1276

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ALICIA CAMPO SIN (Supervisora unidad)	Enfermera Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
ANABEL MUR ABENOZA	Enfermera urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
JAVIER MIRALBES CASTERA	Medico Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
SILVIA SICART LONCAN	Enfermera Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
JUAN VIDALLER BORRAS	Medico Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
ROSA LANUZA LANUZA	Aux. Enf Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
IGNACIA ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA	Medico Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
INMACULADA TORRES CLADELLES	Aux. Enf. Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Tras casi un año de experiencia desde la implantación del SET en nuestro Servicio, hemos comprobado una mejor gestión del riesgo de los pacientes atendidos. Somos conscientes que es un sistema que hay que ir adaptando a la realidad de cada hospital, con un amplio y profundo conocimiento de su contenido. Pretendemos difundirlo en forma de cursos:

- A todo el personal del Servicio, ya que hemos detectado deficiencias en su aplicación.
- Al personal de enfermería del Hospital, ajeno a la Unidad de Urgencias, que manifieste interés por acudir a este servicio; ya que su desconocimiento le puede generar reticencias a la hora de solicitar plaza en esta Unidad.
- Al personal de nueva contratación para que no interfiera en el normal funcionamiento del Servicio

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Utilización con el mayor rigor posible del programa por el personal del propio Servicio, valorando su utilidad como herramienta para dar una asistencia de calidad a los usuarios y asumiendo la responsabilidad en su correcta ejecución.
- Difusión del SET a todo el Personal de Enfermería del Hospital, ajeno al Servicio, que este interesado.
- Valorarlo en el Curriculum Vitae del personal de enfermería que vaya a ser contratado en el Servicio de Urgencias.
- Iniciar su difusión a los estudiantes de enfermería que roten por el Servicio.
- Formación en el aspecto teórico básico del personal Auxiliar de Enfermería, celadores y auxiliares administrativos perteneciente al Servicio de Urgencias, puesto que el SET es una parte muy importante en la dinámica de trabajo con implicación de todos los miembros del Servicio.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	30%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Diseño del programa docente por parte de la Comisión de Triaje del Servicio de Urgencias (Responsable y equipo de mejora del proyecto).
 - a) Programa Teórico-práctico de actualización del SET entre las enfermeras y médicos de la Unidad
 - b) Programa básico teórico de 2h. del SET dirigido a personal Auxiliar de Enfermería, Aux. Administrativo y celadores de la Unidad.
 - c) Programa teórico-práctico del SET, dirigido a personal de enfermería del Hospital, estudiantes de enfermería que realicen prácticas en la Unidad, y Enfermeras de la Bolsa de Trabajo del Salud. Su duración sería de 8h. teóricas en grupo y 7h. prácticas individuales en el servicio.
- 2.- Diseño de una encuesta de satisfacción que se entregara a los alumnos participantes en los cursos.
3. Revisión y aprobación del programa docente por la Comisión de Calidad del Servicio.
- 4.- Presentación y difusión del curso en el Hospital, Colegio de Enfermería de Huesca y Bolsa de trabajo del Salud.
- 5.- Recepción y selección de solicitudes y diseño del calendario según el esquema antes citado.
- 6.- Impartición de los cursos por personal con título de "formador en triaje" de la unidad.
- 7.- Evaluación del proyecto a través de la encuesta de satisfacción de los cursos y monitorización de indicadores, por la Comisión de Calidad de la Unidad.

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 para su monitorización

- Análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción, con reuniones del equipo después de cada curso.
- Monitorización y evaluación de los indicadores asignados por la Comisión de Calidad de Urgencias.

Indicadores:

Personal del servicio de Urgencias con formación en SET x100
Total del personal del Servicio de Urgencias

P. de Enfer. fijo del Hospital, ajeno a URG, con formación en SET en 2007 x100
Total del personal fijo de Enfermería del Hospital

P. de Enfermería contratado en la Unidad con formación en SET en 2007 x100
Total del Personal de Enfermería contratado en la Unidad en 2007

Alumnos de Enfermería, que pasen por la Unidad, con formación en SET en 2007
Total de alumnos de enfermería que pasen por la Unidad en 2007

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: 16 Enero 2007

Fecha de finalización: 15/ octubre/2007

Calendario:

-Enero y Febrero 2007: Diseño, revisión y aprobación del programa docente.
Diseño de la encuesta de satisfacción del curso.

-Febrero 2007: Presentación y difusión del curso.

-De Marzo a Junio :Impartición de los Cursos, según este calendario:

GRUPO	FECHA
1º	DEL 5 AL 9 DE MARZO
2º	DEL 19 AL 23 DE MARZO
3º	DEL 9 AL 13 DE ABRIL
4º	DEL 23 AL 27 DE ABRIL
5º	DEL 7 AL 11 DE MAYO
6º	DEL 21 AL 25 DE MAYO
7º	DEL 4 AL 8 DE JUNIO
8º	DEL 18 AL 22 DE JUNIO

-Mayo y Septiembre: Monitorización de indicadores y Evaluación del Proyecto

234

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DEL CIRCUITO QUIRÚRGICO BASADA EN LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
César Miguel Escar Arguis

Profesión
Director Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital de Barbastro

Correo electrónico:
cmescar@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974313511- Ext 1612

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M^a Ángeles Rams Claramunt	Dirección de Enfermería Atención Especializada	Hospital de Barbastro
Carmen Sahún Obis	Supervisora de Formación Continuada	Hospital de Barbastro
Ana Cristina Sanjoaquín Romero	Coordinadora de calidad del sector Barbastro	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La universalización de la asistencia, el aumento de prestaciones sanitarias eficaces y de su demanda, y el alza de los costes tanto directos como indirectos, provocan un considerable impacto económico y social para los sistemas sanitarios públicos.

Entre los objetivos básicos de la sanidad pública está garantizar la atención integral al paciente, y centrar la actividad en la gestión por procesos. El análisis de un proceso "clave" podría tener un efecto tanto desde el punto de vista sanitario como social y económico si se desarrollan medidas encaminadas a mejorar los resultados

Se entiende por proceso "el conjunto de acciones o etapas encadenadas y orientadas a generar un valor añadido en las entradas a un sistema, con la intención de conseguir un resultado intermedio o final que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente o los objetivos de la institución" ¹. Un proceso asistencial define una misión (qué, para quién y para qué), unas fronteras delimitadas y debe poder medirse (cantidad, calidad y coste) ². En definitiva, se trata de proporcionar una atención en las mejores condiciones, dentro del menor tiempo posible, así como mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad percibida, mediante la estandarización de las tareas y la protocolización de procedimientos basados en la evidencia científica ³.

Entre las actividades hospitalarias, la quirúrgica es un buen ejemplo de cómo aunando mejoras anestésicas, quirúrgicas y de organización se puede mejorar la efectividad (mejores resultados posibles), la eficacia (con medidas útiles) y con los menores inconvenientes y costes (eficiencia). Para mejorar esta actividad, el proceso quirúrgico se debe considerar como un continuo y atender a sus diversas ramificaciones y actividades asociadas.

El punto de partida del proyecto se desarrolla contextualmente dentro del proceso de renovación y crecimiento del bloque quirúrgico del hospital de Barbastro

A través del Plan de Formación del Sector de Barbastro y del Plan Estratégico del Sector de Barbastro y Contrato de gestión se ha detectado la necesidad de implantar en el hospital **la metodología de la gestión por procesos al circuito quirúrgico**. Esta necesidad de implantación se basa fundamentalmente en 3 puntos específicos:

- 1.- Estandarizar el funcionamiento del circuito quirúrgico
- 2.- Normalizar las actividades de los profesionales incorporados a este circuito
- 3.- Mejorar el funcionamiento y atención al paciente.

Por ello creemos necesario el diseño de la gestión por procesos en el circuito quirúrgico del Hospital de Barbastro durante este año 2007, para posteriormente y a partir del año 2008, llevar a cabo su implantación.

Bibliografía:

1. Cosialls D, Gil MA. Dirección por objetivos y políticas de la gestión clínica. Todo Hospital. 2001;179:561-6.
2. Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía; 2001.
3. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Guías integradas asistenciales. Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Identificar el mapa de proceso quirúrgico
- 2.- Describir las actividades del circuito
- 3.- Normalizar las actuaciones profesionales
- 4.- Monitorizar los indicadores del proceso
- 5.- Elaborar una guía de proceso del circuito quirúrgico

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	25%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	25%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Para llevar a cabo el diseño del proceso quirúrgico y lógicamente su posterior implantación en el hospital se van a llevar a cabo las siguientes acciones de mejora:

A.- Actividades formativas. Para ello se impartirá un taller "Implantación de la gestión por procesos en el circuito quirúrgico" dirigido a los profesionales sanitarios (enfermería y médicos) del Hospital de Barbastro, que por su trabajo diario necesitan conocer los diferentes dentro del circuito quirúrgico.

Los objetivos de este taller son:

- 1.- Identificar el mapa de procesos del proceso de "Circuito quirúrgico" a normalizar en el Hospital de Barbastro.
- 2.- Seguir unas pautas claras que les permitan dirigir la elaboración de las Guías de procesos del proceso Seleccionado
- 3.- Elaborar el plan de mejora de dicho proceso.

Para llegar a estos objetivos, el contenido de este taller será el siguiente:

- 1.- Conceptos claves de la Gestión por procesos en el ámbito asistencial
- 2.- Elaboración del mapa del proceso del circuito quirúrgico
- 3.- Identificación de procesos clave a trabajar
- 4.- Reparto de tareas para la normalización del proceso
- 5.- Selección del panel de indicadores globales de funcionamiento del proceso seleccionado
- 6.- Revisión de datos recogidos sobre el proceso y de desviaciones con respecto a estándares de calidad asistencial
- 7.- Identificación de subprocesos que intervienen en el proceso seleccionado
- 8.- Representación gráfica
- 9.- Revisión e integración de algoritmos elaborados
- 10.- Selección del panel de indicadores intermedios del proceso seleccionado
- 11.- Fijación de objetivos de mejora en los procesos.

Este taller, incluido en actividades presenciales de formación continuada de las profesiones de Aragón, tendrá una duración de 20 horas, iniciándose el día 22 de marzo de 2007 y finalizando el 19 de abril de 2007.

Tras su realización se llevará a cabo una evaluación del curso mediante:

- 1.- Encuesta de satisfacción del alumno: Modelo de encuesta de satisfacción normalizado del salud
- 2.- Cuestionario PRETEST-POSTEST de análisis del avance en la introducción de la gestión por procesos

B.- Tras la realización del taller, obtendremos la identificación de los subprocesos que intervienen en el proceso "circuito quirúrgico" con un objetivo claro: **Constituir grupos de trabajo para cada subproceso identificado** que interviene en el proceso. Estos grupo de trabajo se reunirán periódicamente con el fin de:

- 1.- Determinar la misión, los objetivos, los requerimientos, el alcance de dicho subproceso
- 2.- Identificar entradas, contenidos, salidas, destinatarios y expectativas de los mismos.
- 3.- Definir los indicadores de cada subproceso: de acceso, de proceso, de resultado
- 4.- Acordar el método de cálculo y la periodicidad del cálculo de los indicadores, así como su presentación y nivel de divulgación

Los responsables de cada subproceso serán las participantes en el taller de formación previamente descrito.

C.- Elaborar la guía de proceso del circuito quirúrgico

Los responsables de dicha elaboración serán el responsable y los otros componentes del proyecto de mejora, en coordinación con los jefes de servicio y supervisoras de los servicios implicados en el proceso quirúrgico.

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 para su monitorización

Los indicadores que se van a emplear en la evaluación del proyecto serán los siguientes:

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de profesionales implicados en la elaboración del proceso quirúrgico}}{\text{N}^\circ \text{ de profesionales que realizan el taller}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de subprocesos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de subprocesos identificados en el taller}} \times 100$

El estándar se considerará alcanzado de acuerdo con el requisito de haber elaborado la guía de procesos del circuito quirúrgico antes del 31 de enero del 2008

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Ordenador portátil + impresora</u>	<u>1400 €</u>
<u>Material de oficina</u>	<u>300 €</u>
<u>Memoria extraíble x4</u>	<u>200 €</u>
TOTAL	1900 €

Fecha y firma:

27 de enero de 2007



036

salud

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

ENTR

1.- TÍTULO
Coordinación Atención Primaria – Atención Especializada.
Programa de Atención a la Mujer.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
Maria Ángeles Aragón Sanz
Profesión
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia hospital de Barbastro
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Correo electrónico: maaragon@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974 313511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Patricia Millanes Gallinat	MATRONA	C.S. FRAGA
Ana Cavero Cereza	MATRONA	C.S. MONZÓN
Mercedes Montejano Fernández	MATRONA	C.S. Binéfar
Pilar Arán Giménez	MATRONA	C.S. Barbastro
Silvia Sanmartín Zaragoza	MATRONA	C.S. Barbastro
Ana M ^a Fillat Naya	MATRONA	C.S. GRAUS
Ana Isabel Lapeña Llera	MATRONA	C.S. TAMARITE
Javier Nogués Tomás.	GINE	HOSPITAL BARBASTRO
Ana Julia García Lasheras	GINE	HOSPITAL BARBASTRO
Agustín López Bonilla	GINE	HOSPITAL BARBASTRO
Juan José Pescador	GINE	HOSPITAL BARBASTRO
Monserrat Roca Arquillué	GINE	HOSPITAL BARBASTRO
Fernando Roldán Rivas	GINE	HOSPITAL BARBASTRO
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	GINE	HOSPITAL BARBASTRO
Rosa Oncins Torres	A. PAT.	HOSPITAL

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

		BARBASTRO
Paula Gambó Grasa	A. PAT.	HOSPITAL BARBASTRO
José Luis Pérez Albiac	MÉD. A.P.	C.S. MONZÓN RURAL
Ana M ^a Vázquez Torguet	MÉD. A.P.	C.S. BENABARRE
Pilar Calderón Grau	DIR. ENF.	DIRECCIÓN SECTOR
Victor Vallés Gállego	DIR. A.P.	DIRECCIÓN SECTOR
Cesar Escar	DIR. HOSP.	DIRECCIÓN SECTOR
Francisco Domínguez Sanz	SUBDIR. A.P.	DIRECCIÓN SECTOR
Miguel Zazo Romojaro	GERENTE SECT	DIRECCIÓN SECTOR

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

1. En Diciembre del 2005, detectamos un progresivo aumento de la Demanda en consultas de ginecología del Sector Barbastro, muchas de ellas para actividades preventivas. Al estudiar el número de citologías que se realizaban en el Sector, se observó que se había duplicado el número, desde que los Equipos de Atención Primaria se dotaron de matronas, sin aumentar proporcionalmente la tasa de detección de lesiones. También se observó que el cribado poblacional del cáncer de cérvix sólo llegaba al 37% de la población femenina susceptible, lo que nos indicaba una baja cobertura. Valoramos la posibilidad de estar realizando "cuidados inversos" y no estar captando adecuadamente los grupos de riesgo.

Se formó un equipo de trabajo para estudiar las causas y proponer acciones que permitieran una disminución de las citologías innecesarias sin afectar la detección de casos de CIN III y lograr por consiguiente una Atención Sanitaria más eficiente a las mujeres de Sector.

2. En el control de las embarazadas del Sector, valoramos la necesidad de unificar criterios debido a múltiples visitas sucesivas y protocolos que permitieran un control conjunto Primaria-Especializada

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

En el periodo de 1994 a 1998 se realizaron una media de 4182 citologías por año y se diagnosticaron 7,8 CIN III por año.

En el periodo de 1999 a 2003 se realizaron una media de 5754 citologías por año y se detectaron una media de 7,4 CIN III por año

En el periodo de 2003 a 2005 se realizaron una media de 6858 citologías y se diagnosticaron 8 CIN III por año. En el año 2005 se realizaron 6582 citologías (2864 en Atención Primaria y 3718 en Atención Especializada) .

En 2006 se han actualizado los protocolos de realización de cribado de cáncer de cervix, se ha comenzado a trabajar para introducir el test del VPH y se han realizado actividades formativas en Centros de Salud.

Durante el año 2006 se han realizado 4955 citologías (2743 en Atención Primaria y 2212 en Atención Especializada); son 1627 citologías menos (descenso del 24,7% respecto al año anterior), observando que esta disminución se produce sobre todo a expensas de las realizadas en Atención Especializada, donde se han realizado 1506 citologías menos que el año anterior, Así como 121 menos en AP. Además, se ha mejorado el rendimiento, diagnosticándose 10 pacientes con CIN III.

La cobertura alcanzada en grupo de mujeres de 35 a 65 (cribado poblacional) fue del 37,6%.

Valoración económica.- 1627 citologías evitadas, a 35 euros cada una (importe estimado: 20 euros de la técnica y 15 de la actividad profesional del ginecólogo o matrona, promediado), supone un **ahorro económico de: 56.945 euros**, al menos, para el año 2006.

Sin contar el **impacto emocional en las 1627 mujeres**, que se han evitado esperar durante meses un resultado preocupante, a la par que innecesario.

El tiempo de espera para una consulta ordinaria en Enero del 2006 en la consulta de Monzón era de 6 meses en septiembre de 2005, en la actualidad (dic de 2006) la **demora es de tres meses**.

En cuanto al protocolo de embarazo, el **número de consultas sucesivas de embarazo** ha disminuido en Atención Especializada un 10%(comp. Sept 2004 con sept 2006) desde que se instauró el Protocolo conjunto de embarazo Primaria – Especializada.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la satisfacción e información a las usuarias del Sector.

Mejorar la Continuidad Asistencial entre los dos niveles Asistenciales.

Promover la coordinación, formación y motivación de los profesionales

Facilitar que los Equipos de Atención Primaria asuman las actividades preventivas que les competen.

Disminuir los tiempos de espera en las consultas de Atención Especializada.

Potenciar el cribado poblacional y oportunista/mixto del cáncer de Cérvix, disminuyendo las citologías innecesarias y captación activa de grupos de riesgo.

Mantener y potenciar la colaboración conjunta Primaria -Especializada en el control de embarazo.

Unificar la información e indicaciones que reciben las mujeres por parte de los profesionales de ambos niveles asistenciales.

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

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	15%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	40%
TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Durante 2006 se realizaron reuniones con los Directivos de Atención Primaria de Sector Barbastro y Sector Huesca para valorar la incidencia y la cobertura del cribado poblacional del cáncer de cérvix y evaluar la posibilidad de implementar las pruebas de cribado con la detección del Virus del Papiloma Humano.

Se realizaron sesiones informativas en los centros de Salud de Graus, Tamarite, Binéfar, Barbastro, Monzón, Fraga, para presentar la actualización del Programa de Atención a la Mujer.

Se realizó por parte de la Dirección de Atención Primaria difusión a los Equipos de AP, del protocolo de actuación para el cribado de patología ginecológica

Se propone para el año 2007:

- Realizar un tríptico informativo y carteles, para las mujeres de Sector sobre Prevención del Cáncer de Cérvix.
- Revisión y actualización del Protocolo de Control de Embarazo. Se continuarán las reuniones con los Directivos de Atención Primaria de Sector Barbastro y Sector Huesca para valorar la incidencia y la cobertura del cribado poblacional del cáncer de cervix y evaluar la posibilidad de implementar las pruebas de cribado con la detección del Virus del Papiloma Humano.
- Elaboración de una Hoja de Acogida para las embarazadas.
- Realización del protocolo conjunto AP – Especializada del control de la gestante diabética.
- Consensuar la realización de la visita puerperal por las matronas.
- Se volverán a realizar sesiones informativas entre especialistas del hospital y los miembros de los EAP, en los centros de Salud de Graus, Tamarite, Binéfar, Barbastro, Monzón y Fraga, para presentar el tríptico y, en general, las novedades acerca del Programa de Atención a la Mujer
- Facilitar información a través de Asociaciones de usuarios del Sector.
- Se mantendrá por parte de la Dirección de Atención Primaria la difusión de notas a los Equipos de AP, del protocolo de actuación para el cribado de patología ginecológica.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Año 2006:

- Revisión del Protocolo de Atención a la mujer en Enero del 2006=si.
- % de disminución de las citologías realizadas en Atención Especializada=24%
- % de disminución de la demora media en consultas de A. Especializada= 45%
- Monitorización de cobertura la poblacional (35 a 64 a.) en A. Primaria= 37%
- Nº de reuniones con los Directivos de Atención Primaria= 3
- Nº de sesiones realizadas con las matronas= 4
- Nº de sesiones realizadas en los Centros de Salud =6
- Nº de CIN III detectados=10
- Número de consultas sucesivas en Obstetricia: variación -10%

Año 2007.

En el año 2007 se monitorizan los mismos indicadores que en el 2006 y además:

- Elaboración y difusión de tríptico informativo de cribado del cáncer de cérvix
- Costes y beneficios económicos del Programa.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: =1 enero 2007

Fecha de finalización: 31 diciembre 2007

Calendario: Enero: consensuar el tríptico informativo

Febrero - abril 2007 presentación del tríptico en los Centros de Salud a los Profesionales de Atención Primaria y en el Servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro.

Abril: consensuar el protocolo de seguimiento de la gestante diabética

Mayo 2007 Curso –taller en Atención Primaria formación en Atención a la mujer.

Junio: valoración de los indicadores antes explicados.

De mayo a Noviembre: realización de las reuniones de seguimiento del Plan de Atención a la mujer y del protocolo de control de embarazo conjunto con las matronas del Sector.

Diciembre 2007- enero 2008: evaluación final.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PLAN DE ESTABILIZACIÓN DE CESAREAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
Beatriz Rojas Pérez- Ezquerro.

Profesión
Ginecóloga

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
hospital de Barbastro

Correo electrónico: berojpe@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974 313511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Maria Ángeles Aragón Sanz.	Ginecólogo. Jefe de servicio	HOSPITAL DE BARBASTRO
Javier Nogués Tomás.	Ginecólogo Jefe de sección.	HOSPITAL DE BARBASTRO
Ana Julia Garcia Lasheras	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Agustín López Bonilla	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Juan José Pescador	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Montserrat roca Arquillué	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Fernando Roldán Rivas	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerro	Ginecólogo	Hospital de Barbastro
Marian Malo Ferrer	Enfermera	Hospital de barbastro
Patricia Millanes Gallinat	Matronas	CS Fraga
Ana Cavero Cereza	Matronas	CS Monzón
Mercedes Montejano Fernández	Matronas	CS Binéfar
Pilar Arán Giménez	Matronas	CS 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 (2007)

Silvia Sanmartín Zaragoza	Matronas	CS Barbastro
Ana M ^a Fillat Naya	Matronas	CS GRAUS
Ana Isabel Lapeña Llera	Matronas	CS Tamarite
Mercedes Fenes Gacia	Matrona	Hospital de Barbastro
Asunción Adillón Rourera	Matrona	Hospital de Barbastro
Elisa Amara Jarilla	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria Encarnación Gonzalez Guidó	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria Jesús Balachs Serés	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria José Remacha Garcia	Matrona	Hospital de Babastro
Julia Minguez Soto	Enfermera	Hospital de Barbastro
Sara de Fior Santamaría	Enfermera	Hospital de Barbastro
Yolanda Abadía Pueyo	Enfermera	Hospital de Barbastro
Concepción Lumbieres Subías	Enfermera	Hospital de Barbastro
Pilar Lascor Cortina	Enfermera	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El parto por cesárea constituye el factor de riesgo más importante de infección materna puerperal. En comparación con un parto vaginal, la posibilidad de riesgo de infección al que se ven expuestas las mujeres que se someten a una cesárea es entre 5 y 20 veces mayor. Las complicaciones infecciosas posteriores a una cesárea constituyen una de las causas fundamentales de morbilidad materna y se asocian con un aumento significativo en la duración de la hospitalización¹.

La tasa de cesáreas en nuestro medio ha pasado de un 13 % en 1996 a un 19 % en 2005.

Desde enero 2005 a Diciembre del 2005 se realizaron en el Hospital de Barbastro 110 cesáreas, lo que supone un 19,47% respecto a los partos vaginales.

Las causas más frecuentes son: Rotura Prematura de Bolsa (30%) No Progresión de Parto (18,4%) Desproporción Pélvico-Cefálica (16,3%) Fallo de Inducción (14,3%) Presentación podálica (8,2%) Otras causas (12,2%). Dentro de "otras causas" encontramos en el 58% cesárea anterior asociado a otro motivo de finalizar gestación

Al estudiar las cesáreas realizadas durante el año 2005 observamos que:

Casi un tercio de las cesáreas se complicaban en nuestro estudio, siendo la principal complicación la dehiscencia de la herida quirúrgica..

El 6,66% de las cesáreas se complicaron con infección de la herida, causadas por *E. coli*, *P. mirabilis*, *S. agalactiae* y *S. aureus*. Los factores de riesgo asociados significativamente fueron: días de estancia postquirúrgica (6 ó más), la sutura del subcutáneo y el número de consultas prenatales (menos de 5).

Únicamente en el 65.3% de las cesáreas se administró quimioprofilaxis antibiótica. En las urgentes, se administró quimioprofilaxis en el 75%, y en las Programadas en el 60% (p:0.16)

La estancia media en las cesáreas no complicadas es de 6.31 días (+-2.3), y de las complicadas es 9.74 (+-7.6), con una estancia Media de 7,3 días.

Al observar la alta tasa de complicaciones y la Estancia Media elevada, se formó un grupo de trabajo para valorar la realización de protocolos de actuación conjuntos que facilitaran la coordinación entre los diferentes profesionales y disminuyera las complicaciones en las pacientes.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Estabilizar el porcentaje de Cesáreas y mantenerlo dentro de las recomendaciones de la OMS.

Conseguir que todas las mujeres embarazadas acudan a los controles prenatales protocolizados en el Servicio.

Control y monitorización del número y complicaciones en las cesáreas realizadas.

Disminuir el número de infecciones

Disminuir la Estancia Media.

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

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Lineas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reuniones con las matronas de Atención Primaria para potenciar que las mujeres acudan a todos los controles protocolizados en el embarazo.
 Reunión con las matronas y enfermería de planta para Elaboración de una guía clínica que facilite los cuidados pre y postoperatorios.
 Unificar protocolos en la técnica quirúrgica
 Promover altas precoces

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTOIndicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Tasa de cesáreas.
 Estancia media.
 Porcentaje de cesáreas que se infectan.

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:

Febrero del 2007 Reunion con matronas y ginecologos del Servicio.
 Marzo del 2007 reunión con enfermería
 Elaboración del protocolo de control de infecciones nosocomiales con medicina preventiva. Marzo del 2006
 Abril hasta Octubre seguimiento del protocolo establecido con los profesionales implicados.
 Noviembre: Evaluación.

