

INDICE PROYECTOS BARBASTRO 2006

008_2006 "Seguimiento de los pacientes inmovilizados en Atención Continuada" del CS de Tamarite	Pág. 2 a 5
009_2006 "Registro y seguimiento de pacientes terminales en Atención Continuada" del CS de Tamarite	Pág. 6 a 9
091_2006 "Evaluación de la eficacia de una intervención activa sobre la calidad de prescripción en Atención Primaria" de la D.A.P. Barbastro	Pág. 10 a 14
092_2006 "Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada. Programa de Atención a la Mujer" de la D.A.P. Barbastro	Pág. 15 a 20
093_2006 "Mejora en el estudio de contactos de tuberculosis en un Centro de Salud (act-26)" del CS de Binéfar	Pág. 21 a 26
100_2006 "Mejora de la estructura y registro de la consulta programada de enfermería con pacientes crónicos diabéticos" del CS de Binéfar	Pág.27 a 30
191_2006 "Ciclo de mejora continua de la calidad de la atención sanitaria al usuario en relación con el derecho a la intimidad en el C.S. Lafortunada"	Pág. 31 a 38
087 "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. 39 a 45
088_2006 "Fomento de la lactancia materna. Mejora y puesta en marcha del protocolo de lactancia materna en el Hospital y Sector de Barbastro"	Pág. 46 a 51
094_2006 "Implantación de la gestión informatizada de cuidados enfermeros en una Unidad de Hospitalización del Hospital de Barbastro"	Pág. 52 a 55
095_2006 "Implantación del informe de enfermería al alta como garantía de continuidad de cuidados en el Hospital de Barbastro"	Pág. 56 a 60
176_2006 "Análisis de la mortalidad quirúrgica y no quirúrgica en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Barbastro durante el trienio 2003-2005"	Pág. 61 a 65

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES
INMOVILIZADOS EN ATENCIÓN CONTINUADA"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
NINA N^o COLLADO GASCÓN

Profesión
DUE

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
C.S. SALUD TAMARITE

Correo electrónico:
nmcollado@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974/421911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SABIDO CASIN	MÉDICO	C.S. TAMARITE
CAREN CABERO	ANADHU	"
DEODORO SALADA	DEPILLO	"
DOMESTICAT PERAZA	DUE	"
SONIA BERNAL	DEPILLO	"
OLGA SISCAT	DUE	"

Anexo 2. Solicitud de inclusión en el programa de apoyo a las iniciativas
De mejora de la calidad en el servicio aragonés de salud
(20006).

4. Problema u oportunidad de mejora seleccionada.

Dado el interés del Salud por el buen seguimiento de los pacientes inmovilizados, ya que en nuestro sector llevamos varios años consecutivos evaluando el seguimiento y los planes de cuidados de estos pacientes, creímos oportuno por parte del grupo de calidad, tener un registro que favoreciera la continuidad de cuidados en atención continuada para estos pacientes.

6. Resultados que espera conseguir.

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

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

Aumentar los beneficios derivados de la atención o servicios proporcionados: 70%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas: 30%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes con los servicios recibidos: 95%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado: 95%

8. Análisis del problema.

Muchos de los pacientes incluidos en el programa a inmovilizados precisan una continuidad en sus planes de cuidados de los que muchas veces no tiene conocimiento el equipo de atención continuada, ni acceso a su historia. En la actualidad tan sólo hay un registro donde se apuntan los domicilios programados para el fin de semana de alguno de estos pacientes.

9. Método y actividades para mejorar.

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

1. La existencia de un listado actualizado cada 3 meses por los miembros de cada cupo donde figure (anexo 1):
 - Cupo

- Nombre y apellidos.
 - NHC.
 - Dirección
 - Teléfono.
 - Diagnóstico médico.
 - Motivo de inclusión.
 - Fecha de baja.
2. Cada paciente incluido en el programa debe tener:
- Hoja de valoración inicial en la que figure (anexo 2):
 - + nombre y apellidos.
 - + motivo y fecha de inclusión.
 - + cupo y NHC.
 - + dirección y teléfono.
 - + cuidados principal y si tiene ayuda a domicilio.
 - + diagnósticos y tratamientos actualizados.
 - + plan de cuidados.
 - Hoja de evolución que será una hoja de consulta.

10. Indicadores. Evaluación. Seguimiento.

La evaluación se realizará coincidiendo con la evaluación de cartera de servicios y los puntos a medir serán:

1. Actualización real de los listados cada 3 meses.
2. Hoja de valoración deberá aparecer:
 - Nombre y apellidos.
 - Motivo de inclusión.
 - Dirección.
 - Cuidador principal.
 - Diagnósticos y tratamientos actualizados.
 - Plan de cuidados: únicamente la identificación de problemas y las actividades actualizadas.
3. Hoja de seguimiento: identificación del profesional que las realiza.
- 4.

11. Duración y calendario.

Fecha de inicio: octubre 2005

Fecha de finalización: octubre 2006.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

" REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES
TERMINALES EN ATENCIÓN CONTINUADA "

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dña M. CILLO GASCÓN

Profesión

DUE

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

C. SALUD TAMARITÉ

Correo electrónico:

amrcillo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974/421911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SASIZARIO LOUSIN	MÉDICO	C.S. TAMARITÉ
CARTEEN CABREJO	DUE ADMIN	"
ALEJANDRO GRACIA	MÉDICO	"
DONSERGIAT PERAN	DUE	"
SONIA BERNARD	MÉDICO	"
DELORS SUSCART	DUE	"

Anexo 2. Solicitud de inclusión en el programa de apoyo a las iniciativas De mejora de la calidad en el servicio aragonés de salud (20006).

4. Problema u oportunidad de mejora seleccionada.

Aprovechando que el año 2.004 uno de los programas a evaluar en cartera de servicios al equipo de refuerzos, era la creación de un listado de pacientes terminales de la zona para el adecuado seguimiento y registro en Atención Continuada, nos pareció oportuno desarrollarlo como proyecto de calidad del equipo.

5. Resultados obtenidos hasta este momento.

De un total de 44 pacientes incluidos de junio del 2.004 a octubre del 2.005:

- El 75% de las historias tenía la hoja de valoración con los mínimos establecidos cumplimentados:
 1. Nombre y apellidos.
 2. conoce su diagnóstico o no.
 3. Alergias.
 4. Motivo de inclusión.
 5. Cuidados de enfermería: portador o no de sonda vesical y el número; portador o no de SNG y el número y si lleva vía o no.
- En cuanto a la hoja de seguimiento de las 44 historias sólo la presentaban 42 y de estas el 79% reunía los mínimos establecidos:
 1. Fecha y hora.
 2. Profesional que la realiza.
 3. Valoración y tratamiento.

6. Resultados que se espera conseguir.

Esperamos que el apartado de cuidados enfermeros se sustituya por Plan de cuidados enfermeros y quede registrado en la hoja de evolución en el 40% de los pacientes incluidos a partir de enero del 2.006.

Así como conseguir en un 90% de los casos quede registrado el profesional que realiza la visita.

7. Relación del proyecto con las líneas de intervención del Salud.

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

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

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

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

8 Análisis del problema.

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

9 Método y actividades para mejorar.

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

1. La existencia de un listado actualizado cada 15 días de pacientes terminales, donde figure: Nombre y apellidos, NHC, dirección (cupos), teléfono de contacto, diagnóstico, fecha de inclusión y fecha de óbitos. (Anexo 1).
2. Cada paciente incluido en el programa debe tener:
 - Hoja de valoración inicial en la que figure: el motivo de inclusión, antecedentes personales, tratamiento inicial y cuidados de enfermería (Anexo 2).
 - Una hoja de seguimiento donde figure:
 - Visitas: fecha y hora e indicando el profesional que la realiza.
 - Llamadas telefónicas de control.
 - Evolución del paciente.
 - Cambios en el tratamiento.
 - Atención y apoyo a la familia.

(Anexo 3).

10. Duración y calendario.

Fecha de inicio: enero 2.006

Fecha de finalización: noviembre 2.006.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Evaluación de la eficacia de una intervención activa sobre la calidad de prescripción en atención primaria

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: María José Buisán Giral

Profesión: farmacéutica de atención primaria

Lugar de trabajo: Dirección Atención Primaria Sector Barbastro

Correo electrónico: mjbuisan@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974306594

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Victor Vallés Gállego: Director de AP sector de Barbastro

Esteban Sanmartin Sánchez: Médico EAP Monzón Rural

Pilar Rodrigo Val: Médico preventivista. Coordinadora de calidad del sector de Barbastro

José Manuel Aldámiz-Echevarria Iraurgui: Gerente sector 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 contrato de gestión 2005 , dentro de los resultados clave, en el punto 1.4 titulado "utilización eficiente de los recursos", se describen los Indicadores de Calidad de Prescripción (ICP) que se van a medir durante ese año en los EAP de todos los sectores de Aragón, estos son:

1. Porcentaje (%) de envases de genéricos respecto al total de los subgrupos terapéuticos que los contienen.
2. Porcentaje (%) de envases de nuevos principios activos sin aportación terapéutica relevante (novedad tipo C) respecto al total de envases prescritos.

3. Porcentaje (%) de DDD de IECA respecto conjunto total de IECA+ARAII.
4. Porcentaje (%) de DDD de omeprazol respecto al total de Inhibidores de la bomba de protones (IBP).
5. Número de DHD de antibióticos prescritos (en pediatría).
6. Porcentaje (%) de DDD de cefalosporinas orales de elección (en pediatría).

Todos los profesionales del sector reciben información mensual a través del Sistema de Información de Farmacia del Servicio Aragonés de salud sobre sus resultados en estos ICP.

Desde la dirección de AP se ha constatado después de la evaluación de dichos indicadores de forma individual y por EAP y tras la elaboración de un Índice Sintético que engloba a los 4 ICP evaluables en los contratos de gestión, una amplia variabilidad en los resultados obtenidos entre los profesionales y una alta dispersión dentro de cada EAP.

Se decide realizar una intervención activa para mejorar los resultados de calidad de prescripción, que se basa fundamentalmente en formación e información al profesional, de forma que se disminuya la incertidumbre a la hora de tomar decisiones en la prescripción. Los temas de las sesiones formativas son los siguientes:

- Variabilidad en la práctica médica
- Abordaje terapéutico de patologías que se tratan con fármacos incluidos en los ICP.

Se pretende implicar al profesional pactando con él los indicadores que quiere que se le monitoricen con el fin de mejorarlos.

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

Mejorar los indicadores de calidad de prescripción de los facultativos del sector

Disminuir la variabilidad en la prescripción farmacéutica mediante la utilización de Guías terapéuticas validadas

Disminuir la incertidumbre a la hora de tomar decisiones en la prescripción.

Fomentar entre los profesionales una actitud crítica activa frente a la información de medicamentos que reciben.

Motivar al profesional en el Uso Racional del Medicamento

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%	15
<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%	10
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-Realización de sesiones formativas en los 14 EAP .

1º Sesión formativa dirigida a todos los facultativos del EAP sobre: "variabilidad en la práctica clínica y en la prescripción". Esta sesión la realiza el Director de AP

2º Realización de una segunda sesión formativa (entre 1-2 semanas después de la primera) sobre indicadores de calidad de prescripción (ICP) , fundamentalmente los que se pactan en el contrato de gestión. Evidencias científicas que los apoyan y estrategias para mejorarlos, de 45 minutos de duración ,la realiza la farmacéutica de AP y un médico asistencial del EAP de Monzón rural

3º En la segunda sesión se pacta con cada uno de los facultativos al menos dos ICP que se monitorizarán más exhaustivamente y tras un periodo de 3 y 5 meses se volverán a medir para ver su evolución.

4º Entrega a cada profesional de la guía terapéutica de la SemFYC como soporte bibliográfico.

5º Remisión a cada profesional de los resultados obtenidos en los indicadores monitorizados.

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

- Medición de los ICP (al menos 2 a cada uno) pactados con cada profesional transcurridos 3 y 5 meses desde la primera sesión formativa.
- número de profesionales que han mejorado los ICP pactados /total profesionales
- porcentaje de mejora o empeoramiento del indicador, esta información se le remitirá por carta a cada profesional.
- Análisis antes-después que muestre la variación en cada ICP
- ICP preferidos para su monitorización
- Se valorarán los resultados por profesional y también por EAP

Para el objetivo de motivación del profesional en URM y frente a la información de medicamentos se realizarán dos encuestas sencillas. La encuesta 1 se pasará a los profesionales para que la contesten antes de la primera sesión formativa y la encuesta 2 antes de la segunda. Las encuestas se repetirán antes de la segunda medición de los indicadores.

ENCUESTA 1

1. ¿Has leído en el último año algún artículo relacionado con la variabilidad en la práctica médica?
2. En tu opinión, ¿qué porcentaje de tu prescripción puede estar condicionado por una falta de fiabilidad de la información sobre medicamentos que recibes?

ENCUESTA 2

1. ¿Te parecen bien elegidos los ICP? SI/NO
2. ¿eliges una fuente fiable de información de medicamentos? SI/NO/NO BUSCO INFORMACIÓN ¿cuál?
3. ¿crees que la formación sobre medicamentos mejorará la calidad de tu prescripción?
4. Sobre 10, ¿en que puesto crees que estaría tu prescripción en ICP?
5. ¿cuáles son los motivos por los que has elegido los dos ICP que quieres que te monitoricen?

Indicador: aumento de un 20% del SI en las preguntas 2 y 3 respecto a la primera encuesta.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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: octubre 2005	Fecha de finalización: agosto 2006
<p>Calendario:</p> <p>septiembre 05 –diciembre 05: Medición de los indicadores antes de la intervención</p> <p>octubre 05-marzo 06: 2 sesiones en cada uno de los 14 centros</p> <p>junio 06: segunda medición de los indicadores. Remisión de los resultados obtenidos a los profesionales.</p> <p>Agosto 06 tercera medición de los indicadores. Remisión de los resultados</p> <p>Evaluación de los resultados por los componentes del equipo de mejora</p>	

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
150 Guía terapéutica en atención primaria basada en la evidencia (semFYC)	4800
Gastos de docencia (3 horas x 14 centros)	3780
TOTAL	8580

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Coordinación Atención Primaria – Atención Especializada. Programa de Atención a la mujer.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Luis Pérez Albiac

Profesión

Subdirector médico de AP

Lugar de trabajo: Dirección de Atención Primaria. Sector de Barbastro.

Correo electrónico:

jlperzalbiac@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974-306594 Ext. 1616

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Patricia Millanes Gallinat	Matronas	CS FRAGA
Ana Cavero Cereza	Matronas	CS MONZÓN
Mercedes Montejano Fernández	Matronas	CS Binéfar
Pilar Arán Giménez	Matronas	CS Barbastro
Silvia Sanmartín Zaragoza	Matronas	CS Barbastro
Ana M ^º Fillat Naya	Matronas	CS GRAUS
Ana Isabel Lapeña Llera	Matronas	CS Tamarite
Maria Ángeles Aragón Sanz.	Ginecólogo. Jefe de servicio	HOSPITAL DE BARBASTRO
Javier Nogués Tomás.	Ginecólogo Jefe de sección.	HOSPITAL DE BARBASTRO
María Belén Carazo Hernández	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Ana Julia García Lasheras	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO

Agustin López Bonilla	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Juan José Pescador	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Monserrat roca Arquillué	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Fernando Roldán Rivas	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Ginecólogo	HOSPITAL DE BARBASTRO
Rosa Oncins Torres	anatomopatología	Hospital de Barbastro
Paula Gambo Grasa	anatomopatología	Hospital de Barbastro
Francisco Domínguez Sanz	médico de familia	EAP monzón urbano
José Miguel Monterde Guerrero	médico de familia	EAP Castejón de Sos
Ana M ^a Vázquez Torguet	médico de familia	EAP Benabarre
Pilar Calderón Grau	Directora de enfermería	Dirección de Atención Primaria Barbastro
Víctor Vallés Gallego	Director de AP	Dirección de Atención Primaria Barbastro
Pilar Rodrigo Val	preventivista	Sector de Barbastro
Miguel Zazo Romojaro	Director de Hospital.	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...

En el Sector de Barbastro, como en el resto de España, se está detectando una situación de "cuidados inversos" en el proceso de atención a la mujer, que supone una captación inadecuada de grupos de riesgo y un exceso de derivaciones a consulta de ginecología de mujeres con poco riesgo real de enfermar. Esta situación implica la imposibilidad de realizar un buen cribado poblacional de cáncer de cérvix, un inadecuado uso de los recursos de las consultas de ginecología y un exceso de demora en la entrega de citologías, así como de la lista de espera para consulta que han supuesto un incremento en las reclamaciones por estos motivos.

En este escenario, los médicos de Atención Primaria se habían desvinculado del programa de Atención a la Mujer, descargándolo en matronas y ginecólogos, favoreciendo el empeoramiento de esta situación.

Con este proyecto se va a comenzar un diálogo entre los niveles asistenciales, esencial para mejorar la calidad de la atención a la mujer y para intentar reconducir esta situación.

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

- Mejora de la continuidad de la asistencia en la atención a la mujer entre los distintos niveles asistenciales del Sector de Barbastro.
- Aumento de la eficiencia en el uso de recursos.
- Promover la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria (médicos, enfermeras y matronas) y Atención Especializada (circuitos de citologías, ginecólogos).
- Motivar a los profesionales en el manejo de las evidencias clínicas actuales sobre los screening en atención a la mujer.
- Mejorar la satisfacción de las pacientes

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%	15%
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%	30%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Redacción de la actualización del protocolo de Atención a la Mujer.
- Presentación del Protocolo en el Servicio de Ginecología, en el Hospital y en los Centros de Salud.
- Sesiones conjuntas formativas en los Centros de Salud.
- Curso – Taller de formación sobre anticoncepción, y patologías ginecológicas dirigido a médicos de Atención Primaria.
- Reuniones de coordinación entre Servicio de Ginecología, Dirección de AP, y matronas de AP.

Responsables: JL Perez, MA Aragón, P Calderón.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Redacción del protocolo de atención a la mujer
2. Presentación del protocolo en AP y en AE
3. Número de sesiones formativas realizadas en los centros / total de centros de salud
4. Número de sesiones conjuntas entre matronas y Servicio de Ginecología
5. Número de asistentes al curso – taller / total de médicos a los que se oferta
6. Número de mujeres cuya pauta de citología se adapta a protocolos / muestra de 50 mujeres (cada 9 meses, base poblacional)

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 enero 2006

Fecha de finalización: 31 diciembre 2007

Calendario:

Octubre 2005: Realización del Protocolo.

Diciembre 2005: Presentación del Protocolo

Enero 2006: Reunión organizativa entre servicio de Ginecología y DAP sobre la realización de sesiones formativas.

Febrero 2006 – abril 2006: sesiones formativas en Centros de Salud

mayo 2006: Curso – Taller en Atención Primaria

enero-junio 2006. seguimiento del uso del protocolo por los profesionales sanitarios de AP y ginec. Entrevistas, llamadas, micromuestras de pacientes , etc.

Octubre _ evaluación.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/ Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Desplazamientos a centros de salud</u>	<u>400 €</u>
<u>Ordenador portátil Ginecología</u>	<u>1100€</u>
<u>Cámara de fotos digital Ginecología</u>	<u>300€</u>
<u>Formación de profesionales, asistencia a congresos(ginecología, Anatomía Patológica, matronas)</u>	<u>1100 €</u>
<u>Contrato de expertos de AP en el tema de otras comunidades autónomas, para formación en los equipos</u>	<u>500 e</u>
TOTAL	3400€

Fecha y firma:

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 aumento de la tasa de incidencia en nuestra zona de salud de la TBC y la mayor sensibilización de los profesionales hacia el problema de salud pública que genera, se seleccionó como proyecto de mejora, a través de la técnica de priorización de grupo nominal, la oportunidad de mejora del estudio de contactos de los pacientes con TBC.

Las dificultades en el seguimiento de los contactos, debido a las características de la población que atendemos en el centro(inmigrantes, con dificultad para su localización, temporalidad)sobretudo en lo que respecta al seguimiento de contactos.(administración de 2º mantoux a los 2 meses).

El seguimiento de quimioprofilaxis en contatos y tratamiento de los casos de TBC no se está realizando de forma organizada y sistemática. Seguimos sin coordinación efectiva con el servicio social ante pacientes con distocias sociales, inmigrantes, sin recursos, malos cumplidores, tratamiento observados)

Los resultados obtenidos hasta el momento reflejan un avance en el control de la enfermedad en nuestro medio, siendo conscientes del trabajo que queda por hacer.

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. Registro unificado en el centro en soporte de papel.
2. Elaboración y utilización de hoja de registro de contactos(anexo I).
3. Se ha mejorado la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales, E.A.P. Especializada y Epidemiología
4. La existencia de un profesional que coordina y centraliza los resultados de los estudios de contactos de forma periódica con una visión global del problema.
5. Se ha mejorado la formación de los profesionales y las habilidades en el estudio de casos y contactos TBC mediante sesiones clínicas entre el equipo. Una sesión con especializada(neumología) y dos con epidemiología(D.G.A)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos para el año 2006, son los siguientes:

- 1.- Registro informatizado de contactos de TBC. Mediante la Introducción de datos en la hoja de registro específica donde se recogen variables importantes como son: dirección y teléfono de contacto, realización de Mantoux, Rx, Bk,

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>analítica y control de quimioprofilaxis (anexo 1), por parte del personal sanitario responsable de la asistencia realizada.</p> <p>2.- Incluir en la agenda de enfermería el seguimiento mediante llamada telefónica a pacientes en estudio de contactos de TBC cuyo primer Mantoux fue negativo para la realización de segundo PPD.</p> <p>3.- Establecer pautas de actuación y colaboración con servicios sociales, en los casos que presenten distocias sociales.</p> <p>4.- Educación sanitaria a la población mediante consejos de hábitos de vida saludable en enfermedades de transmisión aérea.</p>

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	<i>Ejemplo</i>	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	35%	
<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>	30%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	
TOTAL	100%	

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Sistema unificado de registro para todo el centro de salud. Registro informatizado de casos índice y contactos (anexo I).
- Sesiones clínicas conjuntas entre el EAP y los servicios de epidemiología y de neumología, para mejorar conocimientos en el estudio epidemiológico, la enfermedad tuberculosa, métodos de diagnóstico e indicación de quimioprofilaxis.
- Supervisión periódica de los datos informatizados que permita tener una visión global del problema e intercambio de información entre los miembros del EAP.
- Captación y seguimiento activo de casos.
- Mejorar la accesibilidad de las pruebas complementarias y facilitar el proceso diagnóstico de la infección/enfermedad, acortándolo en el tiempo.
- Coordinación con el servicio social de base.

Responsables del proyecto de mejora:

Médicos: C. Lueza Lampurlanes

E. Torres Clemente

E. Puyol Rami

I. Pablo Gimeno

JA. Buil Vidaller

D.U.E.s: C. Chaverri Alaman

F. Valdivia Barrales

P. Ledo Blasco

Trabajadora Social: Berta Guillén Coll

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores:

Nº DE PACIENTES CON PPD INICIAL NEGATIVO REPETIDO A LOS 2 MESES / Nº DE PACIENTES CON PPD INICIAL NEGATIVO (Objetivo:95%)

Nº de Rx DE TORAX REALIZADAS EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS / Nº DE PACIENTES CON PPD POSITIVO + nº DE PACIENTES CON PPD NEGATIVO QUE SEAN CONTACTOS ÍNTIMOS. (Objetivo:95%)

Nº DE CASOS REGISTRADOS EN EL CENTRO / Nº DE CASOS DECLARADOS EN D.G.A (comprobar que sean los mismos) (Objetivo:100%)

Nº DE CONTACTOS REGISTRADOS CON VARIABLES CUMPLIMENTADAS / Nº DE CONTACTOS (Objetivo:95%)

Nº DE HOJAS DE REGISTRO BIEN CUMPLIMENTADAS (TODAS LAS VARIABLES DE INTERÉS REALIZADAS)/ Nº TOTAL DE HOJAS DE REGISTRO REALIZADAS (Objetivo:95%)

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--

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:01-01-2006

Fecha de finalización:31-12-2006

Calendario:

ENERO – FEBRERO 2006: Informatización de las Hojas de Registro

FEBRERO – MARZO 2006: inclusión en agendas de enfermería

MARZO – NOVIEMBRE 2006:

- Sesiones clínicas
- Reevaluación de los Registros
- Intervención comunitaria, educación sanitaria

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Impresión de 1000 tripticos. Informativos de educación sanitaria.</u>	<u>300 euros</u>
<u>Pantalla retráctil, de techo para proyeccion</u>	<u>1000 euros</u>
<u>Asistencia a cursos y congresos</u>	<u>1000 euros</u>
TOTAL	2300 euros

Fecha y firma:

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 un intento de mejorar la calidad de vida del paciente diabetico se hace necesario unificar criterios de registro en la historia de estos pacientes. Es importante mejorar la flexibilidad del sistema de informacion y de registro, que aumente la aceptabilidad de los profesionales sanitarios y la necesidad de incluir en programa de DM a todo paciente que disponga de glucometro.

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

Unificar criterios mínimos de educación sanitaria, en consulta de enfermería.

Unificar criterios de registro, en la consulta ordinaria

Aumentar el registro de la información en la revisión anual del paciente diabético en programa.

Educar al paciente en el adecuado manejo de recursos (glucometro), que suponga una mayor implicación del paciente en el autocuidado.

Proporcionar al profesional de enfermería y medicina la información actualizada sobre la situación del paciente, que facilite un adecuado control de su proceso-enfermedad.

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	<i>Ejemplo</i>	%
<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%	15%
<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

Mediante técnica de grupo nominal se priorizan las siguientes actividades a realizar:
Modificar hoja de registro habitual incluyendo otras variables importantes como: perfil glucémico completo, manejo de la hipoglucemia.

Elaborar guía práctica para seguimiento y control de estos pacientes en consulta de enfermería.

Registro anual de: estado de la educación diabetológica del paciente, conducta alimentaria, interpretación de datos, manejo de la hipoglucemia y manejo del entorno familiar, social, laboral

Recuerdo del glucagón: revisar con el paciente los conocimientos sobre la utilización del glucagón y comprobación de fecha de caducidad, registrando esta actividad una vez al año

Revisión de técnicas sanitarias.

Cada enfermera se responsabiliza de llevar a cabo estas actividades en la consulta ordinaria programada con los pacientes de su cupo.

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

Pacientes con glucómetro: registro de al menos 4 perfiles glucémicos al año = 80%

Registro de manejo de la hipoglucemia, prevención, detección y tratamiento = 80%

Registro de revisión de técnicas sanitarias, una vez al año = 80%

Pacientes insulinizados, registro de información sobre glucagón = 80%

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 2006

Fecha de finalización: 31 12 2006

Calendario:

Febrero y marzo de 2006, elaboración de guía y/o modificación de hojas de registro y difusión entre todos los profesionales del E.A.P.

Abril, mayo, junio de 2006 implementación

Julio de 2006, primera evaluación provisional

Agosto aplicar medidas correctoras

Diciembre 2006, evaluación y resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. - TÍTULO

"Ciclo de mejora continua de la calidad de la atención sanitaria al usuario en relación con el derecho a la intimidad" en el C.S. Lafortunada

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

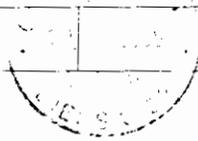
Nombre y apellidos: María Gracia Marco

Profesión: Enfermera **Centro de trabajo:** C.S. Lafortunada

Correo electrónico: cs20.gaphu01@salud.aragon.es

3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO DE TRABAJO
Guillermo Bernués Sanz	Médico	C.S. Lafortunada
Mercedes Cabañuz Latorre	Médico	C.S. Lafortunada
Santiago Marteles Casajús	D.U.E	C.S. Lafortunada
Rebeca Rubio Ruber	Aux. Advo.	C.S. Lafortunada
Josefina Tremps Bagué	D.U.E	C.S. Lafortunada
Joana Alorda Comas	Médico	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 intimidad es un valor ético y jurídico amparado por la Constitución y por la legislación vigente en nuestro país, y como tal hay que demandarlo y protegerlo por profesionales y usuarios. Ley 41/2002.
- La confidencialidad y el secreto profesional son imprescindibles en la relación sanitario-paciente.
- El profesional sanitario a quien el paciente confía sus datos, actuara como depositario, ejerciendo esos derechos como agente y responsable ante el paciente.
- Los datos de salud deben de ser tratados y custodiados con las medidas de seguridad apropiadas.
- El allanamiento de la intimidad solo puede justificarse por derechos superiores de otros o el bien común, como en el caso de la salud publica.
- Todos los profesionales que trabajan en el equipo de salud serán educados en una ética de la organización que vele por la calidad en el servicio, que asegure el derecho a la intimidad.
- La participación de la comunidad en los servicios sanitarios es posible mediante instrumentos concretos como: encuestas de satisfacción al usuario, sistemas de reclamaciones y sugerencias, contactos con asociaciones t organizaciones con representación comunitaria...
- La atención sanitaria a de realizarse con unos recursos materiales adecuados a la demanda de la población actual.

Método de detección del problema: GRUPO NOMINAL.

Método de priorización: COMPARACIÓN DE PARES.

5. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

OBJETIVO GENERAL:

Asegurar el derecho a la intimidad del usuario de la zona de salud de Lafortunada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Favorecer la confidencialidad y la intimidad del paciente durante la relación asistencial.
- Mejorar la comunicación entre usuario y profesional en un entorno adecuado.
- Ofrecer bienestar al usuario durante todo el proceso asistencial.

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

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

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

7. - ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

- Las infraestructuras de algunos consultorios locales no reúnen los requisitos mínimos para una asistencia de calidad en la sociedad actual: uso de locales sociales, aislamientos sonoros inexistentes...
- Falta de recursos mobiliarios para el depósito seguro de datos personales (Hª clínica) como archivadores con llave, consultas guardadas, ...
- Escasa participación comunitaria por desmotivación, desconocimiento de los cauces y soporte material para su realización (buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción, no-implicación activa en proceso de salud, ...
- Ausencia de elementos de distracción en las salas de espera.
- Espacios multiusos no adecuados para la espera.
- Inadecuada ubicación del tablón de anuncios público en el centro de salud.
- Nulas respuestas ante peticiones de mejora a los responsables locales.
- Facturación a terceros con cobro en metálico en el mostrador de admisión.
- Utilización de la calle y espacios públicos como lugares de comunicación con el usuario.

Fuentes de información:

Grupo de discusión de los miembros del equipo.

*Manifiesto en defensa de la confidencialidad y el secreto profesional.
filosofiyderecho.com.*

Atención primaria. A. Martín Zurro

Guía de actuación en atención primaria. Segunda edición. SemFYC.

Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Identificar y priorizar las necesidades arquitectónicas y trasmitirlas a los responsables correspondientes para su realización.
- Solicitud de material mobiliario en función de las necesidades.
- Motivar a los líderes de la población, para participar en las actividades de salud.
- Realizar encuestas de necesidades sentidas por la población, para cumplimentación en los consultorios locales de forma anónima y aleatoria.
- Ofertar sistemas de distracción en las salas de espera, como revistas, periódicos, folletos de educación sanitaria, juegos para niños, ...
- Ubicar los paneles informativos en lugares de fácil visibilidad.
- Actualizar periódicamente el contenido de los paneles.
- Crear un ambiente agradable y confortable en las salas de espera con música, luminosidad, plantas, posters de naturaleza, paredes de colores suaves, ...
- Distribución estratégica de los espacios, en función de sus diferentes usos.
- Utilización para el cobro de facturación a terceros un sistema mecanizado, realizándose el pago con tarjetas de crédito.

9. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

I. CRITERIO:

<<El usuario considera protegido su derecho a la intimidad si contesta afirmativamente en las encuestas realizadas>>

ESTANDAR:

El 70% de los pacientes encuestados responde afirmativamente.

INDICADOR DE REEVALUACIÓN: (Indicador 1)

N° usuarios respetada su intimidad / N° usuarios encuestados $\times 100$

II. CRITERIO:

<< El usuario ocupa su tiempo de espera a la asistencia leyendo folletos de divulgación sanitaria>>

ACLARACION: Se considerará leído o consultado todo folleto con señales de manipulación.

ESTANDAR:

El 75% de los usuarios consulta y toma los folletos de divulgación sanitaria ofertados.

INDICADOR DE REEVALUACION: (Indicador 2)

N° de folletos repuestos mensualmente / N° total de folletos depositados mensualmente $\times 100$

ACLARACION: Se depositaran mensualmente 15 folletos de cada uno expuestos, por consenso.

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: 01-02-2006

Fecha de finalización: 31-12-2006

Calendario:

Tarea	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS	←→														
ANÁLISIS DEL PROBLEMA PRIORIZADO		←→													
DISEÑO DEL CAMBIO Y ACCIONES DE MEJORA NECESARIAS			←→												
REEVALUACIÓN PARA VERIFICAR LAS MEDIDAS PROPUESTAS								←→							
MONITORIZAR EL PROCESO														←→	

11. - PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Suscripción anual revista	100 euros
Suscripción Periódico	400 euros
Instalación de Hilo Musical	1000 euros
Datáfono para cobro a terceros	Servicio gratuito
Buzón para sugerencias	50 euros
Tablones de corcho para información	100 euros
Elementos decorativos (posters, plantas, pintura..)	200 euros
TOTAL	1850 euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

13 de enero de 2006

Fdo. María Gracia Marco

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 oncológicas

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	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 ha acreditado, iniciando su aplicación clínica.

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

Por ello, entre las oportunidades de mejora 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 oncoplásticas en la cartera de servicios de la Unidad de Mama.*

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

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

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

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

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- a) Durante el 2005 se ha acreditado 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. Los casos realizados se exponen:

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
Numero de BSGC axilar en acreditación	56	0
Numero de BSGC axilar terapéuticas	2	18
• Linfadenectomías axilares evitadas	2	14
• Reintervenciones para completar la linfadenectomía por afectación	0	3

- b) La acreditación personal en BSGC se ha completado para el Dr. Carrasquer, Dr. Bitrian y Dra. Matute, estando próxima a completarse la Dra. Aragón. Queda pendiente la incorporación de otro Radiólogo para dar estabilidad al proceso.

- c) Las técnicas de cirugía oncoplástica y los resultados cosméticos, son complejos de medir. Se ha ofertado reconstrucción inmediata y diferida a las pacientes mastectomizadas con indicación.

Hemos normalizado la realización de Mamoplastia en el defecto de las cuadrantectomías. Menos frecuente ha sido el centrado del complejo areola pezón.

La tasa de cirugía conservadora ha mejorado respecto a los últimos 5 años; los datos 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 2005.

	2000-2004	2005
Total de casos	215	51
Total de procedimientos terapéuticos	225	56
• Mastectomía	111	21
• Cirugía conservadora	104	30
Porcentaje de Cirugía conservadora	48,4%	58,8%

- d) La tasa de cirugía conservadora esta determinada por la formación y convicción del cirujano, su capacidad técnica para conseguir una limpieza oncológica con aceptables resultados cosméticos, la disponibilidad de un servicio de Radioterapia (Hospital Arnau de Lérida en nuestro caso), y la decisión de la paciente. *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 inmediatas por afectación de bordes y las recidivas. 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. *La tasa de recidiva informada desde 1989 a 2003 ha sido el 2%.*
- 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.

e) Inversión económica del 2005.

La baja asignación sobre el importe solicitado y la tardanza en disponer de el, septiembre 2005, condicionó la inversión del mismo: la compra de un ordenador (necesario pero no prioritario) y libros (quirúrgicos y radiológicos).

Quedo relegada la formación oncoplástica y la acreditación en Senología / Mastología del equipo quirúrgico, al haberse realizado o finalizado los periodos de inscripción.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Respecto al ganglio centinela:

- a. Protocolizar la BSGC axilar en el Hospital de Barbastro, ofertándola a todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La estimación de BSGC anual puede ser de 25 a 30 casos, lo que supone del 50 al 60% de la incidencia quirúrgica de cáncer de mama.
- b. Desarrollar un consentimiento informado de la BSGC personalizado para 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 locoregionales.
- d. Acreditar a los facultativos de la Unidad de Mama en la técnica del ganglio centinela. Al menos tres facultativos quirúrgicos y dos radiólogos deberían estar acreditados para mantener la estabilidad de la prestación.
- e. Incluir los casos clínicos en alguno de los ensayos clínicos sobre BSGC en curso en nuestro país, a fin de colaborar en la investigación y puntos no resueltos de la BSGC (micro metástasis, quimioterapia neoadyuvante, etc).

2. Respecto a las técnicas oncoplásticas.

- a. Conseguir una formación técnica y capacitación del equipo quirúrgico que permita realizar con resultados aceptables los siguientes procedimientos:
 - Cuadrantectomias y mamoplastias del defecto sin secuelas estéticas
 - Trasposición del complejo areola pezón para centrar la mama
 - Mamoplastias de reducción para la mama afecta y la contralateral.
 - Manejo de los expansores / prótesis mamarias.
 - Colgajos miocutáneos, principalmente el dorsal ancho.
- b. Alcanzar una tasa de cirugía conservadora de alrededor del 60% en tres años, descontado así el sesgo que produce la mayor detección bianual de casos debidos al programa de cribado poblacional del Gobierno de Aragón.
- c. Realizar técnicas de mamoplastia y centrado del complejo areola pezón en todos los casos de cirugía conservadora.
- d. Ofertar la reconstrucción inmediata / diferida (en función de la necesidad de Radioterapia postoperatoria) a todas las pacientes no seniles que precisen mastectomía. La estimación anual es de 10 / 12 casos considerando el envejecimiento de la población asistida en nuestro Sector.
- e. Ofertar la remodelación contralateral a todos los casos con una desproporción evidente. La estimación incluye al 80% de las reconstrucciones de mama y 15% de la cirugía conservadora, alrededor de 15 casos anuales.

*Durante el año 2006 las obras de ampliación del Hospital, especialmente la remodelación de los quirófanos, puede incidir negativamente en la aplicación de técnicas conservadoras y oncoplasticas puesto que ocupan mas tiempo quirúrgico, tienen mayor complejidad táctica, y esta previsto que algunas pacientes tengan que derivarse a otros centros.
Pensamos que es un buen momento para mejorar la formación del equipo, sin repercusión en la actividad asistencial hospitalaria ni sobrecargas del resto de los facultativos de los Servicios.*

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. Bitrián, Dra. Oncins, Dra. Gambo. *Realizándose.*
- Coordinación quirúrgica de la BSGC: Dr. Carrasquer. *Realizándose.*
- Acreditación tutelada en BSGC de ~~Dra. Matute, Dra. Aragón~~ y un radiólogo a cargo del Dr. Carrasquer y Dr. Bitrián respectivamente. *Completado parcialmente.*
- 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.
- Acreditación en Senología / Mastología para los facultativos pendientes de obtención: Dra. Aragón / Dra. Rojas.
- Formación continuada gradual en procedimientos oncoplasticos: Dr. Carrasquer, Dra. Matute, Dra. Aragón.
- Aplicación de procedimientos oncoplasticos Dr. Carrasquer, Dra. Matute, Dra. Aragón. *Realizándose.*
- Evaluación de resultados: Dr. Carrasquer. *Realizándose.*
- Planificación de quirófanos : Dra Aragón y Dr. Villalta. *Realizándose.*

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Libros</u> <ul style="list-style-type: none"> Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editores. Diseases of the breast, 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2004 <p style="text-align: right;">Precios librerías web</p>	228,04
<u>Bolsa de Viajes y Formación</u> <ul style="list-style-type: none"> Estancia (1, Dr. Carrasquer) 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. <p style="text-align: right;">Viaje y estancia, evaluación personal del precio</p>	3000
<ul style="list-style-type: none"> Asistencia (1, Dra. Matute) a Breast Cancer: Oncologic and Reconstructive Surgery. 13 – 15 June, Milan, Italia. European Institute of Oncology. Alojamiento(485) + Inscripción (700) + Viaje (700) <p style="text-align: right;">Precios agencia oficial curso 2005</p>	1885
<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. <p style="text-align: right;">Gastos matricula primer año</p>	3000
<u>Material</u> <ul style="list-style-type: none"> Camara Digital Leica DC 150 con adaptador para rosca C, bloque de alimentación y software para cámara. Uso de fotografía y video adaptado al microscopia, para preparaciones tisulares. (Dra Oncins y Dra. Gambo, Anatomía Patológica) <p style="text-align: right;">Presupuesto de la casa comercial</p>	2721,65
<ul style="list-style-type: none"> Cámara digital de 5 megapixel x 3 óptico. Uso clínico de resultados estéticos y seguimiento clínico. (Dr. Florian y Dr. Bueso). <p style="text-align: right;">Precio aproximado, variable</p>	300
<ul style="list-style-type: none"> Kit de 30 unidades anticuerpo monoclonal: Anti-BCRA1 Clon GLK-2, laboratorio DakoCytomation SA. Uso en Anatomía Patológica (Dra. Oncins y Dra. Gambo). <p style="text-align: right;">Precio aproximado</p>	600
TOTAL	11734.69

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.
MEJORA Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA
EN EL HOSPITAL Y SECTOR DE BARBASTRO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos CONCEPCIÓN LUMBIERRES SUBÍAS

Profesión D.U.E.

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
UNIDAD MATERNO-INFANTIL. HOSPITAL DE BARBASTRO

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974. 31. 35. 11. EXT. 1460

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JULIA MINGUEZ SORIO	DUE	H. BARBASTRO
ESTHER VIZCARRA SORO	DUE	H. BARBASTRO
BELEN GONZÁLEZ MARTIN	DUE	H. BARBASTRO
PAZ SALAS GIRAL	DUE	H. BARBASTRO
M. JOSÉ CALVO AGUILAR	PEDIATRA	H. BARBASTRO
PAULA LALAGUNA MALLADA	PEDIATRA	H. BARBASTRO
MATILDE BUSTILLO ALONSO	PEDIATRA	H. BARBASTRO
M. SOLEDAD VELASCO GOMARA	AUX. ENF	H. BARBASTRO
ANA ROSA SALINAS ALTEMIR	AUX. ENF	H. BARBASTRO
MERCEDES FENES GRASA	MATRONA	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...

Objetivos principales:

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, como mínimo durante los 6 primeros meses de vida.

Conseguir un adecuado control del embarazo y seguimiento desde la consulta de Matronas.

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 del personal sanitario de los servicios de Materno-Infantil, Partos, Consultas Externas de Obstetricia y A. Primaria. Se ha realizado curso de FC de 40 horas
2. En el estudio realizado desde mayo hasta noviembre del 2005 obtenemos los siguientes datos:
 - Lactancia Materna exclusiva al alta hospitalaria oscila entre el 40 y 51 %
 - Lactancia mixta en el Hospital alcanza el 69%
 - Control de seguimiento de embarazo correcto es del 52 %
3. Asistencia al Simposium Internacional “ Método madre canguro “. Bilbao . 17- 18 Octubre de 2005
4. Implantación de la alimentación precoz con lactancia materna en niños nacidos por cesárea a las 2 horas de vida del RN.
5. Iniciación de la práctica “método canguro” con aquellos padres de niños prematuros y/o bajo peso que así lo desean, previa información por parte de los profesionales
6. Revisión y ampliación de la Hoja de enfermería al alta.
7. Revisión y modificación de la Hoja Anamnesis del RN.
8. Realización borrador Protocolo de Lactancia Materna

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Protocolo definitivo de Lactancia Materna.
2. Implantación y puesta en marcha del Protocolo de Lactancia Materna en el Sector de Barbastro
3. Información a la población en general sobre lactancia Materna (Conferencias, Charlas, prensa escrita y radio y televisión)
4. Adecuado control del embarazo en las mujeres del Sector de Barbastro en las consultas de Matronas

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

1. Formación Continuada a todos los profesionales del Sector
2. Educación sanitaria durante el puerperio en el ingreso . Difusión de información sobre el Método canguro
3. Información y difusión de Protocolo de Lactancia Materna

Responsables:

Comisión de Lactancia Materna

Comisión de Formación Continuada

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. N° Embarazos controlados correctamente en las consultas de matronas (Objetivos: 60%)
2. N° niños con LM exclusiva al alta hospitalaria / N° de nacimientos (Objetivos: 60%)
3. N° niños con LM hasta los 6 meses de vida / N° niños con LM exclusiva al alta hospitalaria (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 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

- Evaluación Trimestral de indicadores
- 1. Trimestre. Finalizar Protocolo Lactancia Materna
- 2. Trimestre. Información, difusión e Implantación del Protocolo de L.M.
- 3. Trimestre. Implantación definitiva de Protocolo de LM en el sector de Barbastro.
- 4. Trimestre. Evaluación final de indicadores

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...

Permitir la adquisición, por parte de los profesionales de enfermería, de los conocimientos y habilidades necesarias para utilizar, en la práctica asistencial, una metodología científica de Gestión de Cuidados de Enfermería, según Modelo de Virginia Henderson

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. Integrar Modelo de Enfermería de Virginia Henderson en el proceso de Gestión de Cuidados enfermeros.
2. Identificar las ventajas de trabajar con un Modelo de Cuidados de Enfermería.
3. Desarrollar e implantar Planes de Cuidados Estandarizados (PCE) específicos de la Unidad.
4. Aprender a utilizar e implantar Programa Informático Gacela en la Unidad, para el desarrollo de la Gestión de Cuidados

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%	35%

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<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%	30%
TOTAL	100%	100%

<p>8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formación sobre metodología a todos los profesionales de Enfermería de la Unidad. 2. Talleres para la elaboración de Planes de Cuidados (Estandarizados e Individualizados) 3. Talleres Manejo Programa Informático Gacela. 4. Implantación PCE elaborados por personal de la Unidad <p>Responsables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comisión F. Continuada. Supervisora F. Continuada • Supervisora Calidad y Cuidados • Supervisoras Unidad de M.Interna y Especialidades

<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nº Planes Cuidados Estandarizados (PCE) implantados en la Unidad . A evaluar en Junio y Diciembre de 2006 2. Nº pacientes con Planes de Cuidados por Nº pacientes ingresados en la Unidad x mes. A evaluar en 3. trimestre del año 2006

<p>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p>		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Fecha de inicio: Enero 2006</td> <td>Fecha de finalización: 31 Diciembre 2006</td> </tr> </table>	Fecha de inicio: Enero 2006	Fecha de finalización: 31 Diciembre 2006
Fecha de inicio: Enero 2006	Fecha de finalización: 31 Diciembre 2006	
<p>Calendario:</p> <p>Enero-Febrero 2006: Elaboración e Implantación de 2 PCE (ACV y HDA) elaborados por personal de la Unidad en formato papel</p> <p>Marzo-Abril 2006 : Formación teórico-práctica sobre Metodología de Enfermería.</p> <p>Abril 2006: Talleres prácticos Aplicativo Gacela</p> <p>Mayo 2006: Implantación en la Unidad del Programa Informático Gacela</p> <p>Diciembre 2006: Evaluación de resultados</p>		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDADES 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...

Objetivos principales:

Asegurar Continuidad de Cuidados de Enfermería a todos los usuarios del sistema sanitario en todos sus niveles: Hospital, A. Primaria, Socio-sanitario.

Motivar a los profesionales de enfermería en la importancia de implantar un Informe de Continuidad de Cuidados al alta del paciente.

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. Implantación Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) en formato informatizado en todas las Unidades de Hospitalización del H. de Barbastro, excepto Materno-Infantil.
2. Un 9% de las altas hospitalarias presentan ICCE (Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería) desde su implantación con fecha 1 Abril de 2005 hasta 24 de octubre de 2005

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Alcanzar un 10% de Altas hospitalarias que contengan ICCE

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%	30%

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<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%	15%
<i>TOTAL</i>	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración de Encuestas a los profesionales de enfermería tanto en el Hospital como en los Centros de destino para evaluar ,tanto el manejo del programa informático, como la utilidad del ICCE .
2. Análisis y revisión de los diferentes procedimientos de envío del ICCE
3. Normalizar el envío y el acceso a los ICCE mediante la Intranet 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

1. Nº ICCE realizados / Nº de altas hospitalarias. A evaluar a final de mes.
2. Nº ICCE enviados a sus centros de destino mediante la INTRANET del Sector / Nº total de ICCE
3. Nº de Profesionales que responden a la encuesta / Nº total de profesionales a los que se envía la encuesta (Objetivo: 50%)
4. Satisfacción con el ICCE reflejado en la encuesta / Nº profesionales encuestados (Objetivo: 80%)

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 2006	Fecha de finalización: 31 Diciembre 2006
-----------------------------	------------------------------------------

Calendario:

1. Trimestre 06:
 Análisis y revisión de los diferentes métodos de envío , problemas en la recepción de los ICCE.
 Elaboración de las encuestas a pasar a los profesionales
 Evaluación de los indicadores por trimestre
2. Trimestre 06:
 Realización de las encuestas a profesionales de A. E y A. Primaria.
3. Trimestre 06:
 Análisis de los resultados de las encuestas
 Nuevas propuestas de mejora según resultados
4. Trimestre 06:
 Evaluación de resultados

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 trascendencia del análisis y la valoración de la Tasa de Mortalidad (TM) en un Servicio de Cirugía General supone un aspecto muy relevante. No basta conocer la incidencia media anual, que en nuestro ámbito se sitúa en torno al 3%, sino que es exigible un estudio pormenorizado de cada caso registrado. Como indicador de calidad la TM permite establecer si los procedimientos diagnósticos, la práctica quirúrgica empleada, así como el resto de tratamientos de soporte y/o terapéuticos, se llevan a cabo de forma apropiada y efectiva, sin alteraciones que impliquen, de forma directa o indirecta, resultados de muerte no previsible. Sirve, además, para valorar si los recursos disponibles para el manejo y tratamiento de los pacientes resultan los idóneos en la obtención de resultados dentro de rangos admisibles. Por último, la TM, se correlaciona con el tipo de paciente y su proceso, quedando ligada a las condiciones específicas de ambas variables. Analizar los casos de mortalidad supone en definitiva un ejercicio indispensable para la mejora de resultados, e ideológicamente un recurso nato de perfeccionamiento global. Este último aspecto, ha sido explicitado por pensadores modernos de gran prestigio, como a Karl Popper en su cita: **“aprenderemos más de la reflexión en nuestros propios errores que de la incorporación de nuevos conocimientos”**.

A continuación se detallan los aspectos metodológicos básicos que se utilizarán en dicho Análisis de Mortalidad:

1. Revisión clínica y documental de los historiales clínicos de pacientes fallecidos en el Servicio de Cirugía, durante el último trienio.
2. Investigación clínico-patológica de las causas de muerte, directas e indirectas.
3. Detección de problemas en la evolución de dichos pacientes.
4. Detección de eventuales muertes evitables.
5. Establecimiento de grupos de procesos en la cohorte de los fallecidos..

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

Incidencia de mortalidad, quirúrgica y no quirúrgica, en los pacientes hospitalizados de el Servicio de Cirugía.
 Identificación de los grupos de procesos con mayor riesgo de mortalidad.
 Detección de eventuales yatrogenias.
 Extraer potenciales medidas de prevención en mortalidad hospitalaria.
 Establecer el nivel de calidad asistencial con que se han manejado los casos de mortalidad.

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%	35%
<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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Discusión en equipo, de forma protocolaria, de los problemas surgidos en paciente complicados..
 Corrección de eventuales actuaciones en la toma de decisiones.
 Cumplimiento de protocolos vigentes en prevención de morbilidad.
 Análisis de técnicas quirúrgicas empleadas y de Tratamientos no quirúrgicos.
 Identificación de pacientes de alto riesgo de mortalidad.

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

Tasa de Mortalidad quirúrgica
 Tasa de Mortalidad no quirúrgica
 Tasa de Cirugía innecesaria.
 Estimación de riesgo por APACHE II
 Planificación de Revisión Trimestral del total de casos de Mortalidad registrados en el

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 (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

trimestre precedente, a cargo de un Cirujano del Servicio en forma rotatoria. A partir de enero de 2006.

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 2006	Fecha de finalización: 30 de octubre de 2006
---------------------------------------	----------------------------------------------

Calendario:

1 de febrero a 31 de marzo, recopilación de datos de la Mortalidad en 2003
31 de marzo a 31 de mayo, recopilación de datos de la Mortalidad en 2004.
31 de mayo a 31 de julio, recopilación de datos de la Mortalidad en 2005.
31 de julio a 30 de septiembre, análisis de resultados y recopilación bibliográfica.
1 de octubre a 30 de octubre, redacción del trabajo.
Calendario de Revisión Trimestral de Mortalidad a partir de enero de 2006, a cargo de un Cirujano del Servicio de forma rotatoria.

