

INDICE PROYECTOS BARBASTRO 2004

040_2004 "Ciclo de mejora continua de la calidad de la comunicación de los miembros del E.A.P. de Lafortunada"	Pág. 2 a 7
116_2004 "Mejora de la gestión e informatización del almacén de medicamentos y material sanitario del Centro de Salud de Binéfar"	Pág. 8 a 14
120_2004 "Mejora de la calidad en la actividad de educación para la salud "escuela de espalda" del CS de Graus	Pág. 15 a 21
002_2004 "Proyecto de detección y asistencia al riesgo social en el Hospital de Barbastro	Pág. 22 a 25
023_2004 "Implantación en el laboratorio clínico de un sistema de calidad total" del H. de Barbastro	Pág. 26 a 37
065_2004 "Revisión, actualización e implantación del protocolo de vías periféricas" del H. de Barbastro	Pág. 38 a 43
066_2004 "Implantación del informe de enfermería al alta como garantía de continuidad de cuidados en el Hospital de Barbastro"	Pág. 44 a 47

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL E.A.P. DE LAFORTUNADA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: María Gracia Marco

Profesión: Enfermera

Centro de trabajo: C.S. de Lafortunada

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

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Acín Sampietro	Médico	C.S. Lafortunada
Jesús Cameo Gil	Aux. Advo.	C.S. Lafortunada
Guillermo Bernués Sanz	Médico	C.S. Lafortunada
Santiago Marteles Casajús	Enfermero	C.S. Lafortunada
Josefina Tremps Bague	Enfermera	C.S. Lafortunada
Isabel Ysebie	Médico	C.S. Lafortunada
Adoración Tena Teresa	Enfermera	C.S. Lafortunada
Joana Alorda Comas	Médico	C.S. Lafortunada
Adoración Más Sánchez	Médico	C.S. Lafortunada
M ^a Jesús Martínez García	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"

- El funcionamiento del E.A.P. está basado en una buena comunicación y adecuadas interrelaciones personales de sus componentes.
- La dirección del equipo debe desarrollar un «estilo participativo» con las siguientes funciones y actividades:
 - a) Organizativas: integrar y armonizar a los diferentes profesionales del equipo y supervisar el desarrollo de los sistemas de información, documentación y registro.
 - b) Representación y relación: del equipo con otros equipos, con otros niveles asistenciales, con la comunidad, con los servicios públicos...
 - c) Dirección y gestión: planifica las características principales de los ámbitos e instrumentos de información, técnicas de comunicación y coordinación.
- Método de detección del problema: GRUPO NOMINAL.
Método de priorización: COMPARACIÓN DE PARES.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- OBJETIVO GENERAL:

La difusión de la información a los miembros del equipo, se realizará en el lugar adecuado y el periodo de tiempo pertinente para cada situación específica.

- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Los profesionales serán informados de la atención continuada prestada a su población, al día siguiente de su prestación.
- b) Los profesionales interesados, conocerán con suficiente antelación la citación a comisiones, reuniones, cursos, ...
- c) Cada responsable de un grupo de trabajo, será el encargado de difundir la información correspondiente al equipo.
- d) Propiciar momentos para interrelación de los miembros del equipo.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al 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

- 7.1. Nuestro centro de salud es rural con dispersión de la población y consultorios locales, lo cual no facilita siempre la presencia física diaria de todos los profesionales en el centro de salud.
- 7.2. El personal de refuerzo acude al centro cada quince días.
- 7.3. La información externa llega al centro de salud, por diferentes canales: telefónico, correo, correo electrónico, fax, valija interna... y de diferentes emisores: Gerencia del Sector, Dirección de A.P., Inspección, Farmacia, Hospital de referencia de la cual, alguna no puede demorar su transmisión a la reunión semanal.
- 7.4. Se reciben comunicados del Hospital de referencia de casos clínicos urgentes.
- 7.5. Las citaciones a comisiones, reuniones, cursos... en alguna ocasión se reciben con poca antelación a su realización.
- 7.6. Las reuniones semanales se ven afectadas por faltas de asistencia, retrasos, interferencias y falta de atención o interés en ocasiones.
- 7.7. La responsabilidad en la transmisión de la información es del Coordinador, pero también de los responsables de las diferentes áreas.

Fuente de información: Grupo de discusión de los miembros del equipo.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 8.1. El personal que ha realizado la atención continuada, comunicará las incidencias relevantes de la atención continuada a los profesionales de cada cupo; telefónicamente por la mañana cada día de la semana y en la reunión del equipo del lunes las novedades del fin de semana.
- 8.2. Los profesionales del centro de salud recibirán los comunicados prioritarios de la Gerencia de Sector, Hospitales o del 061 y los harán llegar a la menor brevedad a los profesionales periféricos afectados.
- 8.3. El administrativo avisará al profesional correspondiente de la citación a cursos, comisiones, reuniones, ... que no pueden demorarse a la reunión semanal.

- 8.4. Se incluirá en la «carpeta de reuniones» toda la información recibida durante la semana, que puede ser de interés para el equipo, recibida por los diferentes canales. Esta carpeta será accesible permanentemente a todos los miembros del E.A.P.
- 8.5. En la reunión semanal se difundirá al equipo todas las notificaciones recibidas, tanto por parte del coordinador, en los temas que afecten a todo el E.A.P. como por parte de los responsables de las diferentes áreas.
- 8.6. La reunión semanal del lunes, se desarrollará estructuralmente según el orden siguiente:
 - Comienzo a las 9 horas
 - Presencia de todos los miembros del E.A.P.
 - Saludos personales informales.
 - Incidencias relevantes del fin de semana.
 - Información externa recibida
 - Organización de la semana
 - Temas domésticos
 - Ruegos y preguntas
 - Fin a las 10,30 horas
- 8.7. Se facilitará papel y bolígrafo para registrar cada lo que considere de interés.
- 8.8. A posteriori se archivarán los documentos difundidos en el lugar correspondiente, que será de conocimiento general.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- ♦ **Criterio:** Todo informe emitido en atención continuada será archivado en su correspondiente historia clínica.
Excepción: El contenido del informe de atención continuada puede ser transcrito a la historia clínica.
Aclaración: El paciente atendido tiene que tener historia clínica abierta en el centro de salud.
- ♦ **Estandar:** El 70% de los informes emitidos estarán archivados en la historia clínica del paciente.
- ♦ **Indicador de reevaluación:**
$$\frac{\text{Nº de informes de A.C. archivados en la Hª C}}{\text{Total de informes de A.C. emitidos}} \times 100$$
- ♦ **Encuesta de satisfacción** a los profesionales, que pasaremos a mitad del periodo de evaluación (Junio 2004).

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: 7 de enero de 2004	Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2004
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			↔											
DISEÑO DEL CAMBIO Y ACCIONES DE MEJORA NECESARIAS			←→											
REEVALUACIÓN PARA VERIFICAR LAS MEDIDAS PROPUESTAS								↔						
MONITORIZAR EL PROCESO												←→		

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Formación en trabajo en equipo	1.250,00 €
Carpetas de material resistente con clasificadores	50,00 €
Dedicación de una hora semanal para preparar los temas relacionados con la documentación recibida.	
Folios y bolígrafos	30,00 €
Otro material del Centro: Pizarra, fotocopias, proyector, diapositivas, ...	
TOTAL	1.330,00 € Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION E INFORMATIZACIÓN DEL ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL SANITARIO DEL C.S. DE BINÉFAR.

5559

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Elisa

Torres Clemente

Médico

C. S. BINÉFAR

CS11.gaphu01@salud.aragob.es

elisa@eresmas.com

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Isabel Astráin Ayerra	F.A.S.	C. S. BINÉFAR
J.A. Buil Vidaller	MÉDICO	C. S. BINÉFAR
M^a José Castán	AUX. ADMINIST.	C. S. BINÉFAR
Carmen Chavérri Salamán	D.U.E.	C. S. BINÉFAR
Juan J. Eito Cuello	MÉDICO	C. S. BINÉFAR
Javier Gutiérrez Martínez	MÉDICO	C. S. BINÉFAR
Elisa Sahún García	F.A.S.	C. S. BINÉFAR
Elisa Torres Clemente	MÉDICO	C. S. BINÉFAR
Francisca Valdivia Barrales	D.U.E.	C. S. BINÉFAR

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El E.A.P. procede a la identificación y priorización de oportunidades de mejora mediante la técnica de grupo nominal, parrilla de criterios múltiples y comparación por pares. Se ha seleccionado el proyecto de mejora de la gestión e informatización del almacén de medicamentos y material sanitario. Su deficiente gestión ha sido motivo de quejas frecuentes entre los profesionales. Habría que tener en cuenta que el centro de salud de Binéfar es un centro rural que carece de auxiliar de clínica y se deben de repartir las tareas de este entre los componentes del equipo.

El no tener controlado el stock y no existir registro de salidas de material produce en alguna ocasión:

- **Dificultades para el abastecimiento en urgencias y en las consultas. Esto puede suponer un riesgo en la atención a los pacientes en un momento determinado, y dificulta el trabajo de los profesionales.**
- **Frecuentemente, por falta de previsión, hay que hacer pedidos especiales para reponer las faltas de medicamento o material sanitario, esto requiere emplear más tiempo (los pedidos ordinarios se realizan cada dos meses).**
- **Se caducan medicamentos, lo que implica una mala utilización de los recursos.**

Como fuerzas a favor para la elección como oportunidad de mejora: su mínima dependencia externa, bajo coste de las medidas correctoras y fácil evaluación.

Como fuerzas en contra: la escasa implicación de los profesionales en el cumplimiento de las normas de funcionamiento del almacén y la falta de conocimientos informáticos.

Por todos estos motivos nos parece muy importante mejorar la gestión del almacén de medicamentos y material sanitario en nuestro centro de salud.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR

- **Conocer en todo momento los fármacos y el material sanitario disponible en el almacén.**
- **Detectar las necesidades de reposición antes de que se produzca una falta.**
- **Elaborar el petitorio con facilidad y ajustado a las necesidades.**
- **Evitar pedidos especiales por desabastecimiento y garantizar el suministro para una atención eficaz a los pacientes. De esta forma se facilitará el trabajo de los profesionales y mejorará la distribución de recursos.**
- **Controlar las caducidades.**
- **Control de medicamentos psicótrópicos cumpliendo la normativa que regula la obligatoriedad de prestar una especial atención a las sustancias psicótropas y a sus derivados.**
- **Control de morfina conforme a la normativa.**
- **Gestión de residuos adecuada al decreto 29/1995 de 21 de febrero de la DGA de gestión de residuos sanitarios en la comunidad autónoma de Aragón.**
- **Que todos los miembros del equipo conozcan las normas y forma de proceder con fin de mantener orden, limpieza y control del almacén.**

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

Marcar con "X" en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

SITUACIÓN DE PARTIDA

Aunque la gestión del almacén tiene dos responsables, uno para medicamentos y otro para material sanitario, la constante entrada y salida de los miembros del equipo (con prisa por lo general) para retirar dichos productos, sin un orden ni normas preestablecidas, da lugar a desorden, desabastecimientos, y consecuentemente crispación entre los profesionales.

Así mismo se acumulan medicamentos caducados que nadie retira y si lo hace los tira a la basura, cometiendo un delito contra el medio ambiente.

A la hora de hacer pedidos al almacén de atención primaria, debido a las prisas y a no conocer el stock real, se piden productos que no se ajustan a las necesidades. Hay productos de los que se carece antes del pedido ordinario, como consecuencia de ello es necesario hacer pedidos especiales y otros productos que caducan sin ser utilizados.

A esto hay que añadir que cuando un paciente trae medicamentos que ya no utiliza y que ha tenido almacenados en su casa, se dejan también en el almacén "por si nos pudieran servir" con el consiguiente riesgo para la salud, ya que no se puede garantizar que estén en buen estado, pues desconocemos las condiciones de conservación.

No hay especial control de fármacos psicótopos.

La limpieza es deficiente y hay desorden, pudiendo encontrar un producto en varias estanterías diferentes.

Gestión de morfina: no existe un control de entradas y salidas. Las entradas provienen de receta o de pacientes fallecidos.

Analizamos el problema mediante el diagrama de causa-efecto y encontramos como deficiencias más importantes:

- **Falta de conocimiento del stock real**
- **Falta de registro de salidas**
- **Falta de un responsable de reserva o sustituto, en ausencia de los encargados de la gestión del almacén.**
- **Ausencia de normas explicativas sobre el funcionamiento.**

- **Difícil localización del material.**

Como fuentes de información utilizaremos el libro de registro de pedidos ordinarios y especiales, registro de envases caducados en el último año.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar al menos las medidas previstas, los responsables

Medidas previstas:

- **Gestión informatizada del almacén con impresión automática de los pedidos según programa informático.**
- **Elaboración de normas básicas para funcionamiento, colaboración con los FAS de zona.**
- **Designación de responsable, perfil y condiciones.**
- **Elaboración de hoja de registro de salidas de fármacos y material (anexo I) con obligatoriedad de apuntar las salidas con códigos cantidad y destino.**
- **Definir las tareas del personal administrativo para el registro de los datos de entradas y salidas de almacén.**
- **Contactar con los informáticos de la Gerencia de A.P. para mejora de programa informático.**
- **Orden físico del almacén y etiquetado por códigos.**
- **Registro informatizado de caducidades.**
- **Difusión a todos los profesionales E.A.P. y compromiso.**

Responsables del proyecto de mejora:

Médicos: J.A. Buil Vidaller
Juan J. Eito Cuello
Javier Gutiérrez Martínez
Elisa Torres Clemente
D.U.E.s: Carmen Chavérri Salamán
Francisca Valdivia Barrales
Administrativos: M^a José Castán
FAS: Isabel Astráin Ayerra
Elisa Sahún García

PARRILLA DE RESPONSABILIDADES

INFORMÁTICOS ADMINISTRATIVOS F.A.S. D.U.E. MEDICINA

+++	++			
		+++	++	++
	+++	+	+	+
		++	+++	+++
		+++	++	++

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar al menos como está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

La evaluación del proyecto se efectuará cada 6 meses, antes de la intervención y a los 6 meses de la intervención, analizando la evolución de los indicadores.

Los indicadores son los siguientes:

.-Número total de pedidos especiales / número total de pedidos.

Se considera pedido especial a aquel que se realiza antes de la fecha prevista para un pedido ordinario.

Pedido ordinario es aquel que se realiza cada dos meses.

Número total de pedidos es la suma de pedidos ordinarios y especiales.

Excepción: producto que no se contemple en pedido ordinario

El objetivo es llegar a reducir un 50% el número de pedidos especiales, adecuando el pedido ordinario a las necesidades reales del centro.

.-Número de dosis diaria definida(D.D.D.) de medicamento clave I en un pedidos especiales/Número total de D.D.D. de medicamentos clave I del pedido ordinario.

Consideramos medicamento de urgencia o clave I a la selección de 12 medicamentos de uso mas necesario en urgencias.

MEDICAMENTOS CLAVE I:

- Adrenalina**
- Atropina**
- Acido acetil salicilico**
- Amiodarona**
- Captopril**
- Diazepan**
- Furosemida**
- Metil-prednisolona**
- Metoclopramida**
- Metamizol i.m.**

**Naloxona
 Sulpiride**

Objetivo: Reducir en un 80% el numero de medicamentos clave I o urgentes en pedidos especiales.

.-Numero de D.D.D. caducados de medicamentos clave II/ numero total de D.D.D. caducados.

Se considera medicamento caducado aquel que tenga fecha de dos meses o menos para su caducidad o deterioro.

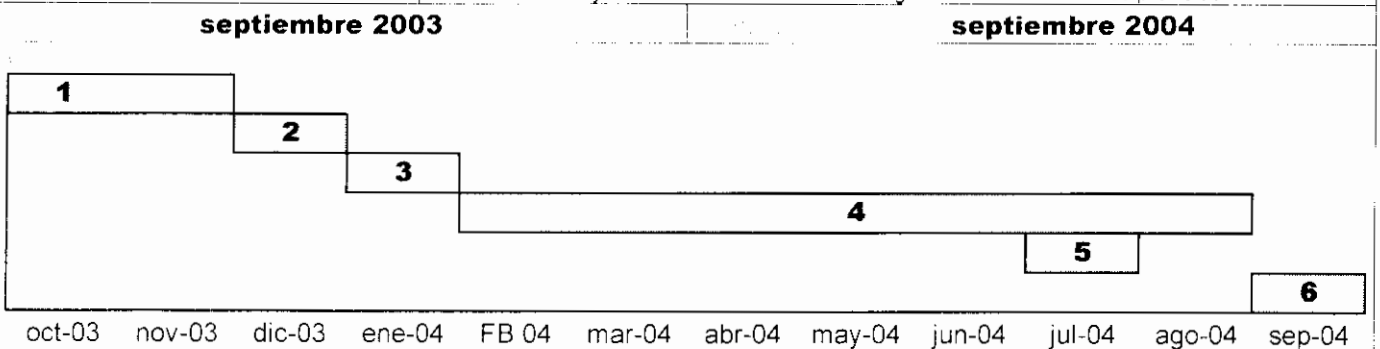
Consideramos medicamento clave II a los medicamentos que con mas frecuencia hemos retirado caducados de nuestro almacén:

- Amoxicilina.**
- Amoxicilina/clavulánico.**
- Clorpromacina.**
- Eritromicina.**
- Ganmaglobulina antitétanica.**
- Nifedipino.**
- Sulmetin papaverina**
- Tropicamida.**

Objetivo: Conseguir no tener en el stock medicamentos o material con fechas de caducidad inferiores a dos meses, dando salida antes a dichos productos, evitando su caducidad y el gasto que ello conlleva.

10.-DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**Mejora de calidad en la actividad de Educación para la Salud
"Escuela de espalda"**

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Antonio José García Romero

Profesión Fisioterapeuta **Centro de trabajo** C. Salud Graus Area I Huesca

Correo electrónico: elis44@hotmail.com

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Esmeralda Valero Tomas	fisioterapeuta	C. Salud Sariñena
Mª Teresa Anaya Gil	fisioterapeuta	C. Salud Fraga
Montserrat Gual Planas	fisioterapeuta	C. Salud Monzón
Manuela Betran	fisioterapeuta	C. Salud Sabiñanigo
Fernando Martí Jarne	fisioterapeuta	C. Salud Binefar
Amaia Urrutia Diez	fisioterapeuta	Hospital de Barbastro
Mª Paz Duaso Jara	Medico	C. Salud Graus
Lucia Hernández Abadia	enfermera	C. Salud Graus
Ana Fillat	matrona	C. Salud Graus
Santiago Viñuales Perez	fisioterapeuta	C. Salud Grañén

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

Como proyecto para el presente año el equipo llevó a cabo una **detección** de problemas mediante el método de brainstorming obteniéndose un total de diez sobre los que se consideraban oportunidades de mejora de calidad.

Para la posterior **priorización** de los mismos se ha aplicado el método de Hanlon que subrayó la actividad de "escuela de espalda" como la más susceptible de ser abordada.

***importancia y utilidad del proyecto**

Las afecciones y trastornos funcionales del aparato locomotor ocupan un lugar muy importante en la sociedad moderna, y su coste alcanza cantidades millonarias. Para conservar su capacidad funcional, todos sus componentes(músculos, tendones, huesos, etc.) necesitan los requerimientos mecánicos del ejercicio, aunque el ejercicio en sí mismo no constituye el factor determinante para mantener una buena salud, lo esencial es la forma en que es efectuado.

Según estadísticas propias el 80% de los pacientes que acuden a los servicios de fisioterapia padecen algún problema de tipo musculoesquelético, de los que el 50% corresponden a problemas de columna vertebral constatándose en un 90% algún tipo de mejoría derivada de un óptimo conocimiento y entrenamiento del raquis.

Las unidades de fisioterapia han venido desarrollando de manera intermitente este tipo de actividad en educación para la salud bien es cierto que con una excesiva falta de uniformidad en métodos y proceso.

La revisión de la literatura y las estadísticas al respecto del problema unido a la factibilidad de su mejora por nuestra parte ha hecho fácil la elección de esta actividad como objetivo de mejora de calidad para el año en curso.

El hecho de considerarse el problema de la Lumbalgia como tema prioritario de estudio en el Area I y las diversas herramientas y asesorías que apoyan la actividades de educación para la salud (SARES, Técnico de Salud de la Gerencia, formación en educación para la salud y en programación sanitaria) son elementos que subrayan la oportunidad de este proyecto

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Según Alier no es misión de la Educación para la Salud únicamente el saber en salud de la población sino más bien **influir, introducir o modificar, en la medida de lo posible, las actitudes y comportamientos de la población a la que se dirige.**

El objetivo final es conseguir que el paciente adquiera y aplique las habilidades y conocimientos que le ayuden a prevenir y/o solventar con el mayor éxito el padecimiento de afecciones musculoesqueléticas a nivel de la columna vertebral, nuestra herramienta para alcanzarlo es la instauración de una "escuela de espalda" basada en criterios científico-técnicos de calidad, que responda a unos estándares y esté sometida a un proceso de mejora constante.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al 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

En las Unidades de fisioterapia se constata especialmente la magnitud del problema que la prevalencia de trastornos músculoesqueléticos a nivel de raquis entre todos los sectores de población supone y las consecuencias sociales y económicas que genera y que se traduce en una importante demanda de servicios. Las cifras indican asimismo que el número de pacientes que sufren recidivas o llegan alcanzan un estado crónico en sus afecciones de columna vertebral se mantiene e incluso aumenta en determinados sectores y edades. Es a este nivel en el que la educación para la salud mediante la "escuela de espalda" podría tener un papel fundamental para mejorar estas estadísticas.

Desde las Unidades de fisioterapia se ha venido trabajando en este campo de forma individual y sin hacer un análisis pormenorizado de los grupos de pacientes, métodos docentes y protocolos de trabajo alcanzado resultados desiguales, en cuanto a otros niveles asistenciales hemos podido observar que actualmente la actividad preventiva respecto a los trastornos músculo esqueléticos en columna vertebral se limita en muchos casos a indicar documentalente una serie de ejercicios y consejos demasiado estandarizados y a veces contraproducentes, que abocan, en la inmensa mayoría de los casos, al escaso seguimiento y abandono por parte del paciente de los mismos.

La aparente dificultad para instaurar actividades de educación para la salud y la desigual acogida por los diversos sectores de la población de los mismos, unidos a la falta de formación y motivación por parte del personal sanitario para diseñar y programar los mismos se configuran como las **causas** más relevantes del sucesivo fracaso de estas iniciativas, y que ha hecho del "educar para la salud" un acto individual y voluntarioso por parte del sanitario.

Encuestas propias llevadas a cabo entre usuarios de atención primaria y determinados servicios hospitalarios han hecho patentes la demanda de formación e información por parte de los pacientes para acceder al autocuidado de la propia columna vertebral.

La instauración de una actividad educativa, desarrollada convenientemente en este campo se hace indispensable e incluso urgente.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Llevar a cabo al menos cuatro reuniones de carácter quincenal que tendrán como finalidad la revisión de programas en escuela de espalda existentes y consensuar las líneas generales de una guía propia.
Responsable. Totalidad del equipo de mejora.

2. Elaboración de una guía de la actividad siguiendo las directrices:
Basadas en la guía de apoyo para actividades de educación para la salud de Gerencia A. Primaria Area I.

- a. **Recogida de información y población diana:**

la selección de pacientes para la educación a grupos debe buscar su homogeneidad en cuanto a edad, nivel cultural, horario disponible, motivación y capacidad de aprendizaje, nivel de gravedad de la patología. Los grupos tendrán un mínimo de 6 componentes y un máximo de 8
Valorar las actitudes y conocimientos que estos pacientes presentan sobre su enfermedad; una vez conocido este aspecto mediante encuesta, valoración personal o experiencias individuales previas en la consulta se pasa a determinar el grupo.

- b. Establecer **Objetivos educativos:**

Estos objetivos deben comprender: **Conocimientos** que deben tener al terminar la educación.

Actitudes que deben presentar ante la enfermedad y sus consecuencias.

Hábitos y **habilidades** que deben adquirir para el control de su enfermedad.

Contenidos educativos y metodología a utilizar.

Conjunto de mensajes a transmitir así como a las actitudes a conseguir mediante la información y el Conocimiento, en general.

- c. Establecer **Actividades a desarrollar.**

*Sesiones educativas repartidas en varias semanas y con una duración de una hora.

- *Combinación de actividades teóricas y prácticas, con participación activa.
- *Complementar las actividades de educación con sesiones de refuerzos (en la consulta).
- *Recoger a su vez los conocimientos que presenta el grupo al respecto del problema.
- *Realizar los ejercicios y normas posturales y ergonómicas basándolas en acciones concretas.

Responsables: Antonio José García Romero.
Esmeralda Valero Tomás.

3. Puesta en marcha de la actividad estableciendo un programa de trabajo con dos grupos por centro de salud, dos sesiones por semana de 1h. de duración cada una.
El programa constará de 8 sesiones. Con una sesión de recuerdo al cumplirse un mes de la última.
Un total de 12 grupos por centro deberá acceder a la actividad en el plazo de 6 meses, completando un total de entre 504 y 672 pacientes.
De cada uno de los pacientes y grupos se recogerán los datos acordados para su evaluación.

Responsables: cada fisioterapeuta será responsable de la actividad a desarrollar en su centro de salud.

4. Recogida y proceso de datos para su posterior evaluación.
Responsable: Antonio José García Romero.

5. Evaluación y mejora.
Responsables:
Antonio José García Romero
Montserrat Gual Planas

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Evaluar el conocimiento y las destrezas adquiridas por el paciente y su traducción en comportamientos y hábitos de salud respecto al manejo de la columna vertebral: Realización de encuestas pre-test y post-test
2. Valoración del proceso de aprendizaje tanto por parte de los pacientes como del profesional que imparte la educación.
3. **Indicadores objetivos:**
 - *nº de recidivas en dolor raquídeo a los 2,4 y 7 meses de realizar la "escuela de espalda".
 - *evaluación trimestral de la correcta ejecución de los ejercicios y de las normas posturales y ergonómicas enseñadas.
 - *sesiones de recuerdo y refuerzo de los ejercicios y consejos más relevantes.
 - *Medición de parámetros de flexibilidad y estática postural.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)**

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: Mayo 2004

Fecha de finalización: febrero 2005

Caleandario:

mayo junio julio agosto septiem octubre noviemb diciemb enero febrero

Reuniones

Elaboración

guia

Puesta en marcha y

realización

Evaluación y

mejora

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	--

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
Material/Servicios	Euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Ordenador personal portatil	1.200€
Impresora	200€
Proyector digital	400€
TOTAL 1800 €	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: Antonio José García Romero
Huesca 19 de Enero .



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“PROYECTO DE DETECCIÓN Y ASISTENCIA AL RIESGO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Luciana González González

Profesión D.U. en T. Social Centro de trabajo Hospital Barbastro

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

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Juan Coll Clavero	Informático	Hospital Barbastro
M ^a Angeles Rams Claramunt	Dra. Enfermería	Hospital Barbastro
Miguel A. Sistac Barrio	Supervisor Enfermería	Hospital Barbastro
M ^a Dolores Galindo Lanuza	Supervisora enfermería	Hospital Barbastro
Yolanda Inchausti García	Supervisora Enfermería	Hospital Barbastro
Susana Lanau Paules	Supervisora Enfermería	Hospital Barbastro
Alicia Campo Sin	Supervisora Enfermería	Hospital Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Detectar precozmente el riesgo para planificar los recursos necesarios tras el alta, y minimizar el impacto negativo en su estancia.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejora INTEGRAL en la calidad asistencial al paciente
- Mejorar y potenciar la eficiencia de este centro hospitalario
- Valorar la disponibilidad y accesibilidad de los recursos comarcales sociosanitarios en el sector sanitario de Barbastró

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

- Situación de partida sin detección de Riesgo por ausencia de recurso (personal técnico)
- Causa principal: El nivel de dependencia de la población atendida (25,24% mayor de 65 años)
- Fuentes: Supervisores de servicios asistenciales como informadores clave, y resto de personal sanitario

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- El diseño de un instrumento informático para el registro del Riesgo Social en TIEMPO REAL en el momento del ingreso.
- Responsables: Jefe de Servicio de Informática

Declaración: Supervisores de Enfermería

Recepción de la Demanda: Unidad de T. Social

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Tasa: Número de casos detectados en relación a los pacientes asistidos en Hospitalización y urgencias

Tasa: Número de casos registrados por informador: casos declarados por vía informática y por otros

Estancia Media de los tratados

Número de casos registrados por Zonas de Salud

Edad Media por Zona de Salud

Tasa: Número de casos registrados por Tipología de la Atención Codificada

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 -2003

Fecha de finalización: 31-Diciembre-2004

Calendario:

1ª Fase:	De Febrero 2003	a	Septiembre 2003
2ª Fase:	De Octubre 2003	a	Marzo 2004
3ª Fase:	De Abril 2004	a	Diciembre 2004

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
BECA PARA DESARROLLO DE SOFTWARE	3000
ORDENADOR PORTATIL	1300
ASISTENCIA A CURSOS Y FORMACION	2000
DIVULGACIÓN DEL PROYECTO PUBLICACION	3000
TOTAL	9300 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: Barbastro, a 11 de febrero de 2004

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	--

ANEXOS NO ESCANEADOS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. - TÍTULO

IMPLANTACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO DE UN SISTEMA DE CALIDAD TOTAL

2. – RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Amado Tapia Lanuza

Profesión: Analista Clínico **Centro de Trabajo:** Hospital de Barbastro

Dirección: Carretera Nacional 240 s/n **Código postal:** 22300

Población: Barbastro **Teléfono:** 974 313511 Ext. 1235

Correo electrónico: atapia@salud.aragon.es

3. – OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y Apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concha López Gómez	Microbióloga	H. Barbastro
Otilia Gairín Nicolau	A.T.S.	H. Barbastro
M ^a Concepción Clusa Barrabés	T.E.L.	H. Barbastro
Mercedes Sánchez González	Analista Clínico	H. Barbastro
Milagros Esteve Morlán	A.T.S.	H. Barbastro
Josefina Carrillo Prada	T.E.L.	H. Barbastro
Miguel Ángel Ruiz Salvador	Auxiliar de Clínica	H. Barbastro
Fina Lalueza Escario	Auxiliar administrativo	H. Barbastro
Francisco Linares San Juan	Hematólogo	H. Barbastro
Rosa Corede Nasarre	A.T.S Supervisora	H. Barbastro
Pilar Girón Cebollero	T.E.L.	H. 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 (2004)
---------	--

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Tradicionalmente, los sistemas de calidad de los Laboratorios Clínicos se han centrado en el control de calidad de los resultados, mediante la introducción en el proceso de análisis de muestras control, cuyos valores se comparan con los obtenidos día a día (control interno) o con otros laboratorios (control externo).

La certeza de que las técnicas analíticas de medida tienen una incertidumbre variable en función de multitud de factores que intervienen en el método, ha llevado a los profesionales de estos servicios a tratar de mantener dichos factores dentro de ciertos parámetros. Surge de este modo, en nuestro entorno, la preocupación por el control del proceso. En este sentido, se han venido implantando, en mayor o menor grado, en los últimos años, los sistemas de gestión de la calidad, conscientes de que la fiabilidad analítica mejora cuando la información está escrita, accesible y se cumplen las instrucciones de trabajo.

El planteamiento únicamente documentalista de un sistema de gestión de calidad o bien el enfoque finalista, con el objetivo de obtener una certificación, creemos que pueden conducir al fracaso de un proyecto de calidad por desmotivación ante la excesiva burocratización del trabajo, o por relajación ante la meta alcanzada. Los procesos de certificación y acreditación son herramientas que pueden y deben considerarse para la consolidación del sistema de calidad y no como metas finales.

Por otro lado, sin abandonar la constante preocupación de los laboratorios por la calidad técnica, es preciso abordar el problema desde el punto de vista de la calidad percibida por el usuario.

La utilización generalizada en el entorno industrial y de servicios de los Sistemas de Gestión de Calidad Total, y su aproximación y adaptación al ámbito sanitario, abren nuevas oportunidades de mejora, que los laboratorios clínicos tienen que saber aprovechar. En este sentido, la adopción por el

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	--

Servicio Aragonés de Salud del Modelo Europeo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) como marco de referencia de su Sistema de Calidad, nos orienta sobre el camino a seguir.

En el año 2002 varios miembros del Laboratorio participaron en una evaluación EFQM que se realizó en el Centro. Esa experiencia nos animó a aplicarlo en Nuestro Servicio y a desarrollar el actual sistema de calidad desde el punto de vista de la calidad total, la mejora continua y su evaluación periódica según los criterios de la EFQM.

La información recibida de la Unidad de Calidad del Hospital sobre la publicación en el B.O.A. del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de la Salud, nos permitió comprobar que nuestro proyecto encajaba perfectamente entre los temas específicos de esta convocatoria y decidimos presentarlo.

5. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos generales del proyecto a medio plazo:

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

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	--

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

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

7. - ANALISIS DEL PROBLEMA

El Laboratorio Clínico del Hospital de Barbastro presta servicio analítico tanto a la Atención Especializada como a la Atención Primaria del Sector Sanitario, que engloba una población aproximada de 100.000 personas. Reúne las disciplinas de Análisis Clínicos, Hematología y Microbiología y cuenta con una plantilla de 32 empleados. En los últimos tres o cuatro años, hemos desarrollado un sistema de Gestión de la Calidad encaminado a documentar todos los procedimientos con un formato estandarizado (ver ejemplo anexo al final del proyecto) y a registrar toda la información relevante relacionada con la calidad. El trabajo es muy laborioso y requiere gran dedicación de algunos miembros de la plantilla, pero los resultados son evidentes y motivadores. Son numerosos los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) de los que se dispone, si bien su implantación es desigual entre las distintas secciones. Así mismo, existen diversos registros de medidas de calidad como por ejemplo el registro informatizado de errores preanalíticos. Es necesario avanzar en este sentido aumentando la participación para culminar el proceso de

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

documentación y darle al proyecto un enfoque hacia la calidad total y la satisfacción del usuario.

Para el año 2003 nos habíamos planteado los siguientes propósitos:

- Crear una Comisión de Calidad para fomentar y formalizar la participación en el Sistema de Calidad
- Conseguir la participación de las secciones del Laboratorio menos implicadas hasta entonces.
- Aumentar la motivación del personal desde el reconocimiento de que su aportación es muy importante.
- Hacer una evaluación EFQM de nuestro Sistema de Calidad.

Tras una reunión preparatoria e informativa sobre la evolución del concepto de calidad, su enfoque actual y el desafío planteado para los próximos años, se solicitaron voluntarios para participar en la Comisión de Calidad. Ante el elevado número de personas interesadas en participar, se limitó a doce el número máximo de miembros, por motivos operativos. La Comisión se crea con el criterio de integrar las diferentes disciplinas y estamentos que forman parte del Laboratorio Clínico y su composición es coincidente con la del grupo de mejora que presenta este proyecto.

En el transcurso de la primera reunión se elige como coordinador al Dr. Tapia y se acuerda iniciar el trabajo con un estudio de situación utilizando como referencia el modelo de excelencia de la EFQM. Dada la escasa formación del grupo en la materia y lo arduo que resulta el procedimiento para los no iniciados se opta por centrar la evaluación en el Criterio 5 (Procesos) que resulta más próximo al trabajo habitual de cada día y en el que se intuye que habrá importantes aspectos que mejorar¹. La metódica de trabajo consistirá en

¹ Debemos explicar en este punto que el término proceso aplicado al laboratorio no corresponde con su definición desde el punto de vista sanitario, sino que es equivalente a

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	--

trabajar en tres grupos por separado. Cada uno de los cuales efectuara la evaluación completa del criterio y posteriormente se pondrán en común las conclusiones.

Un mes más tarde, los resultados son presentados por cada grupo y discutidos entre todos. Las conclusiones son evidentes:

- Se ha establecido una dinámica de trabajo sobre calidad.
- Las personas están implicadas y motivadas en el tema.
- Los puntos de vista se defienden con firmeza.
- Las evidencias, puntos fuertes y áreas de mejora detectados por los tres grupos son muy coincidentes.

Después de varias sesiones de trabajo se elabora un documento definitivo con los resultados de la autoevaluación.

Los puntos fuertes más destacados son los siguientes:

- Los procesos (procedimientos) están identificados y muchos de ellos documentados.
- Hay definida una política de gestión de los recursos técnicos y humanos.
- Se realizan mediciones sistemáticas de la efectividad de los procesos.
- Se introducen sistemáticamente mejoras en los procedimientos contando con información relevante y con el personal implicado.
- El personal facultativo participa en programas de formación continuada.

8. – METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Puesto que el objetivo es implantar un ciclo de mejora continua, acordamos concentrar nuestro esfuerzo en establecer prioridades en las áreas de mejora encontradas para establecer un orden de actuación. Cada

procedimiento de trabajo. En lo sucesivos utilizaremos ambos términos indistintamente como sinónimos

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

miembro de la comisión establece sus prioridades, de acuerdo a los siguientes criterios:

- ¿De qué modo contribuye a alcanzar nuestra meta como organización?
- ¿A cuantas personas (usuarios internos, usuarios externos, empleados) afecta?
- ¿Qué riesgo supone para las personas hacerlo o no hacerlo?
- ¿Somos capaces de hacerlo nosotros mismos o necesitamos ayuda externa?
- ¿Qué coste económico o de recursos tendrán las medidas correctoras?
- ¿Será fácil establecer indicadores de medición?

Teniendo en cuenta, primero, el número de personas que han elegido un área de mejora y después la puntuación recibida, se seleccionaron las siguientes actividades para el año 2004:

1. Elaboración de un mapa de procesos. Esquematizar el trabajo de la organización distinguiendo los diversos procedimientos que concurren susceptibles de ser documentados por separado, detectar las tareas clave de la organización. Redactar los textos correspondientes de acuerdo al modelo de documentación del Sistema de Calidad y actualizar los ya existentes.

Miembros de la Comisión responsables de dirigir el proyecto:

Concepción López, Milagros Esteve, Josefina Lalueza.

2. Editar un manual de usuario. Compendio en el que se reúna de forma esquemática toda la información requerida por un facultativo a la hora de realizar una solicitud de análisis o interpretar un resultado: cartera de servicios, formulario de solicitud, preparación del paciente, magnitudes con posibilidad de determinación urgente, tiempo de respuesta, tipo de muestra, rango de referencia, notas interpretativas, etc. Esta información

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

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

Miembro de la Comisión responsable del proyecto: Mercedes Sánchez.

3. Información a los pacientes. Desarrollar un ciclo de mejora en cuanto a la información que el paciente recibe del laboratorio, tanto desde el punto de vista de la percepción de lo que el laboratorio hace por él, como de la información relevante en cuanto al análisis: horario, ubicación, preparación, dietas, etc. Se editará un documento con todas las determinaciones que precisen una dieta o preparación especial por parte del paciente, se revisarán todas las hojas de información existentes y se elaborarán las que sean precisas. Esta información se facilitará por escrito y a través de la Intranet a todo el personal médico y de enfermería, para que pueda ser puesta a disposición del paciente en las respectivas consultas.

Miembros de la Comisión responsables de dirigir el proyecto: Miguel Ángel Ruiz y Otilia Gairín.

4. Manual de seguridad. Elaborar un texto que incluya todos los aspectos de la seguridad en el laboratorio clínico, tanto desde el punto de vista del paciente como del trabajador. Se incluirán en él apartados relativos a la seguridad física, seguridad química y seguridad biológica haciendo especial hincapié en lo relativo a la prevención.

Miembros de la Comisión responsables de dirigir el proyecto: Josefina Carrillo y Pilar Girón

5. Formación continuada. Establecer un programa de formación continuada en el que prevalezca la accesibilidad a todo el personal. Se centrará en aspectos relativos a la actividad diaria y a sus bases teóricas desde el principio de la autoformación mediante exposiciones de miembros del servicio al resto y de la formación externa mediante la asistencia a conferencias, cursos congresos etc.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

Un apartado especial de este plan lo constituirá la formación en materia de calidad: Normas ISO 9001:2000, ISO 15189:2003, Modelo de Excelencia de la EFQM, etc. Dirigido fundamentalmente a los componentes del equipo de mejora con objeto de que estos transmitan los conocimientos adquiridos al resto de la plantilla.

Miembros de la Comisión responsables de dirigir el proyecto: Rosa Cored y Concepción Clusa.

Una tarea implícita en el la propia evolución hacia la calidad total y la mejora continua es la realización a finales del año 2004 de una autoevaluación completa según el Modelo de Excelencia de la EFQM asignando puntuación a los criterios.

9. - EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

El periodo de realización de las tareas programadas es todo el año 2004. El Coordinados de la Comisión realizara un seguimiento continuado de todas ellas a lo largo del año. Se valoraran los progresos en las reuniones mensuales de la Comisión de Calidad, mediante la exposición por los responsables de cada grupo de trabajo de los avances realizados y comparación con los objetivos previstos. Semestralmente se emitirá un informe de situación del proyecto a la Unidad de Calidad Hospitalaria.

Los indicadores a utilizar para cada una de las actividades de mejora serán:

1. Mapa de procesos:
 - Porcentaje de procedimientos revisados y documentados del total de los descritos en el mapa. Objetivo: 60 % al final de 2004.
2. Manual de usuario:

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

- Porcentaje de puntos de atención médica con acceso a la información. Objetivo: 75% al final de 2004.
 - Relación entre el número de errores preanalíticos detectados en muestras extraídas procedentes de Atención Especializada y Atención Primaria en el primer y segundo semestre del año.
3. Información a los pacientes:
- Porcentaje de puntos de atención médica que disponen de la documentación. Objetivo: 75 % al final de 2004.
 - Relación entre el número de errores preanalíticos detectados en muestras recogidas por el paciente en el primer y segundo semestre del año.
4. Manual de Seguridad:
- Índice de accidentes laborales ocurridos durante el año
 - Porcentaje de personal de Laboratorio con acceso a la información. Objetivo: 100% al final de 2004.
5. Formación continuada:
- Número de sesiones de formación continuada intralaboratorio
Objetivo: 8 sesiones de formación.
 - Número de personas que participa en actividades de formación continuada extralaboratorio. La formación externa dependerá de la oferta disponible y de nuestras posibilidades presupuestarias.

Está prevista la realización de una encuesta a usuarios en el último trimestre del año para evaluar el impacto de los puntos 2 y 3.

Igualmente se pretende realizar una encuesta a empleados para evaluar el grado de satisfacción con el despliegue de los puntos 1, 4 y 5.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	--

10. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Elaboración de mapa de procesos, revisión y edición de documentos			
Elaboración del manual de usuario		Edición y distribución	
Diseño del programa de información a pacientes	Revisión de documentos de información y elaboración de nuevos	Edición y distribución	
Redacción del manual de seguridad	Edición y distribución	Difusión de la información entre el personal	
Programa de formación continuada intraservicio			
Participación en actividades de formación externas			
Formación en calidad del Grupo de Mejora			Autoevaluación EFQM
			Encuestas a usuarios y empleados

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	--

11. - PREVISIÓN DE RECURSOS

Material/Servicios	Euros
Documentación	300
Edición e impresión de manuales	300
Material informático	1300
Material didáctico	1200
Desplazamientos y dietas	600
Inscripción a congresos y cursos	1200
	TOTAL
	4900

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"

Revisión y actualización del actual Protocolo de Vías periféricas con el objetivo principal de disminuir la infección nosocomial y el riesgo de accidentes biológicos en nuestro ámbito profesional

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conocimiento de datos año 2003:

-Nº accidentes por inoculación accidental.

Distribuidos por grupo profesional, servicios, tipo de accidente....

-Nº infecciones relacionadas con utilización vías

Actualización de protocolo actual con la utilización de nuevos materiales, a ser posible de seguridad en los servicios de alto riesgo (urgencias, infecciosos), según valoración de estudio económico

Implantación del nuevo Protocolo

Disminución de nº accidentes por inoculación accidental en el año 2004 en relación con año anterior.

Disminución nº infecciones nosocomiales relacionadas con vías periféricas

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al 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

Actualmente se utilizan en prácticamente todo el ámbito del hospital las llamadas “agujas innecesarias”, son agujas de acceso para la conexión de líneas endovenosas en equipos de gotero con alargaderas.

Utilización de taponos obturadores que precisan agujas para la administración de medicamentos.

Según resultados del Proyecto Epinetac (año 1998-2000) en EEUU el 13% de los pinchazos con agujas están causados por este tipo de agujas utilizados en las conexiones endovenosas

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Valoración de la situación actual con la colaboración de los servicios de Higiene y Salud Laboral

Revisión y actualización del Protocolo. Estudio de nuevos materiales

Implantación del protocolo previa difusión del mismo a todos los profesionales del hospital

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- **Valorar cumplimentación del protocolo actual**
- **-Seguimiento de la evaluación de accidentes por inoculación, ya**

monitorizados según protocolo de Salud Laboral**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 Febrero 2004

Fecha de finalización: 31 Diciembre 2004

Caleandario:

1 trimestre año 2004: Valoración y revisión protocolo

2º trimestre 2004 : Estudio nuevos materiales (pruebas, concursos, compras...)

3. trimestre 2004 : Difusión nuevo protocolo mediante posters, e implantación del mismo

Diciembre 2004: Evaluación según indicadores monitorizados en el protocolo:

% Cumplimentación

% flebitis relacionadas con vias periféricas

Comparación de datos de accidentes por inoculación con el año 2003

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

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"

Mejora de la continuidad de la asistencia que reciben los pacientes cuando tienen que intervenir profesionales de distintos centros y / o Niveles asistenciales, valorándose especialmente la participación en el proyectos de profesionales de los distintos ámbitos implicados

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Implantación del documento o registro para las diferentes unidades de Hospitalización y para los procesos pactados y que nos garantice una continuidad de cuidados.
- Unificar un documento o modelo único para todas las Unidades y que contengan los datos que los profesionales consideren más importantes
- Establecer vías de comunicación para que los informes de alta lleguen a su destino (Centros de Salud, Residencias geriátricas, Hospital Provincial etc) manteniendo siempre la confidencialidad y protección de datos
- Fomentar el uso de los medios informáticos a nuestro alcance (Intranet en fase de instauración en nuestro Sector)

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

<u>6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD</u>					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al 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				

<u>7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA</u>
Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información
Actualmente se está elaborando el informe de enfermería al alta en las diferentes unidades de hospitalización. Cada unidad elabora el informe de enfermería al alta para algunos procesos determinados que en su día pacto con la Dirección de Enfermería del centro. Cada unidad utiliza un modelo diferente. El documento se le entrega al paciente para que se lo haga llegar a los profesionales correspondientes, lo cual no nos asegura totalmente la adecuada recepción del informe en el destino previsto.

<u>8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR</u>
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
Unificar el modelo de documento en base a encuestas pasadas a los profesionales, donde queden reflejados los datos que ellos consideren más importantes. Implantación progresiva del documento de enfermería al alta. Realizar un listado de procesos que requerirán informe de enfermería al alta e implantarlos paulatinamente según prioridades. Decidir por parte de las diferentes Direcciones, (Atención Primaria, Atención Especializada), el método más adecuado para su envío.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

<p>9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar</p> <p>Pendiente determinar indicadores de evaluación</p>
--

<p>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</p> <p>Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p>		
<table border="1"> <tr> <td>Fecha de inicio: ENERO 2004</td> <td>Fecha de finalización: DICIEMBRE 2004</td> </tr> </table>	Fecha de inicio: ENERO 2004	Fecha de finalización: DICIEMBRE 2004
Fecha de inicio: ENERO 2004	Fecha de finalización: DICIEMBRE 2004	
<p>Calendario: Determinación de los procesos incluidos en el proyecto (enero y febrero 2004). Unificación del modelo de documento utilizado (primer trimestre 2004). Reuniones con Centros de Atención Primaria para determinar la forma de envío de los informes (primer trimestre 2004). Evaluación de resultados (diciembre 2004).</p>		

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

Fecha y firma: