

## **COMUNICACIONES “MESA 2”**

**TITULO:**

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN A PACIENTES CRÓNICOS DIABÉTICOS MELLITUS 2

**AUTORES:**

**Chavarri C**, Altemir L, Gutierrez J, Gibanel J, Bailac J, Gracia J. Centro de Salud. Binefar

**OBJETIVO:**

Mejorar la calidad de vida del paciente diabético mediante un cambio de actitud hacia su autocuidado. Para ello se pretende:

1. Ampliar conocimientos sobre diabetes.
2. Mejora de hábitos higiénicos dietéticos.
3. Mejorar técnicas sanitarias (habilidades y manejo del perfil glucémico)
4. Ampliar en la exploración del pie diabético en uso del Doppler.

**METODOLOGÍA :**

Realización de taller de trabajo con pacientes seleccionados. Criterios de Inclusión: Pacientes con DM 2, con más de 1 año de diagnóstico, mayores de 40 años, atendiendo al mismo nivel cultural, situación laboral y motivación. Captación de los pacientes en consulta de enfermería, implicando a la familia en la participación. El taller consta de cuatro sesiones de trabajo con una duración aproximada de 2 horas cada una, en un tiempo de 2 semanas. Sus contenidos son exposiciones teóricas de 20 mn, técnicas de *Brain – Storming*, taller de elaboración de dietas y de técnicas sanitarias. Se realizan resúmenes de la sesión y se entregan fotocopias y el material de la sesión diaria. Se miden niveles de Hb A 1C y peso antes y a los 6 meses después de la participación al taller. Se realiza una encuesta de percepción de calidad de vida y de satisfacción al terminar el taller.

**RESULTADOS:**

El número de participantes fue de 20 en el 2003 y 15 en el 2004. Se realizó exploración Doppler al 100% de los pacientes asistentes al curso. En el 2003, la media de la Hb A 1C de los pacientes antes del curso era de 8,2 y la media del peso era de 76,3 kg. Después de 6 meses, la media de Hb glicada es 6,2 y del peso era 75,3.

En el 2004, la media de la Hb A 1C antes del curso era de 8,7 y la media del peso era de 83,5 kg. Después de 6 meses, la media de Hb glicada es 7,5 y del peso era 81,9.

El 100% de los pacientes contestaron las encuestas. La mayoría de los pacientes dicen entender y aceptar mejor su enfermedad.

**CONCLUSIONES:**

La realización de estos talleres ha supuesto una mejora de datos físicos, de objetivos específicos y de percepción de calidad de vida expresada por los propios pacientes. El EAP considera importante la formación de grupos homogéneos en cuanto a edad, nivel cultural, situación laboral y grado de motivación. La educación para la salud se ha establecido como un factor clave en la atención a pacientes diabéticos.

**TÍTULO:**

**TÍTULO:**

PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD.

**AUTORES:**

**Sagardoy IC**, Ferrando AM, Marrón SE, Sanz JJ, Zapata B, Jiménez C

**OBJETIVO:**

El sector de Calatayud dispone de un hospital comarcal de referencia dotado con 122 camas, 9 centros de salud que engloban a 10 equipos de Atención Primaria, 2 P.A.C. y una unidad de salud bucodental, atendiendo a una población de 52.442 habitantes.

En este trabajo, vamos a centrarnos en la elaboración de un plan de comunicación eficaz, incidiendo en la comunicación de crisis como ejemplo clave.

**METODOLOGÍA:**

Fases de su elaboración:

- Planificación.
- Diseño.
- Puesta en marcha.
- Evaluación.

**RESULTADOS:**

Tras esto llegamos a tres conclusiones básicas:

- 1) La comunicación es una potente herramienta al servicio de las organizaciones.
- 2) Es imprescindible gestionar la comunicación planificada y profesionalmente a través del P.C.
- 3) La eficacia del P.C. en función del rigor y coherencia en el desarrollo de sus fases.

Y, a la elaboración de una serie de normas:

1. Preparar y revisar ideas clave y argumento antes.
2. Tener en cuenta a la audiencia ¿A quien hablamos?
3. Lanzar el mensaje central en el primer momento. No esperar a que nos lo pregunten.
4. Ir a la idea, más que a la sucesión de detalles y datos.
5. Ser breve, conciso y claro. Cifras, las necesarias.
6. Recordar y apoyarse en los puntos fuertes de nuestra organización.
7. Planificar y cuidar los *off the record*.
8. Cuidar el lenguaje no verbal para reforzar el discurso y transmitir naturalidad y tranquilidad.
9. Si queremos que el mensaje llegue, reiterar las ideas clave.
10. Gestión de una crisis a través de la comunicación:

**Principios básicos**

Anticipación  
Agilidad  
Calidad informativa  
Veracidad

**P.C. de crisis**

Identificación  
Enfrentamiento  
Resolución  
Gestión postcrisis

**Conclusiones:**

1. Imprescindible definir cual es el verdadero problema
2. Centralizar el flujo de información
3. Aislar al equipo de crisis
4. Si es posible, confinar el problema a un área determinada.

**TÍTULO:**

VALORACION DE PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL "SAN JORGE" DE HUESCA.

**AUTORES:**

**Nuño F**, Orduna A, Tosat C, Viñuales C, López P, Puyuelo C.

**OBJETIVO:**

La Comisión de Calidad de Enfermería (CCE), presentado y entregado el Manual de procedimientos generales de Enfermería, cree necesario conocer si el personal de Enfermería conoce su existencia, si les resulta útil como herramienta de trabajo, si se consulta habitualmente y si el formato elegido es practico.

**METODOLOGÍA:**

El Manual de Procedimientos se presentó y distribuyó por las Unidades en junio de 2004, en febrero de 2005, se distribuye una encuesta (elaborada por la propia Comisión) entre el personal de Enfermería.

La encuesta recoge datos del encuestado, como son la edad, categoría profesional, tiempo de trabajo y preguntas relacionadas con el conocimiento de la existencia del Manual, la utilidad, el numero de consultas, el formato etc. La encuesta tiene un total de 8 preguntas cuali-cuantitativas y cerradas.

Se distribuye un total de 462 encuestas , se recogen 139 ,realizando la tabulación en una hoja de calculo Excel. Los datos obtenidos se expresan en % y totales.

Tipo de Estudio : observacional, descriptivo y prospectivo.

**RESULTADOS:**

Se recogen 139 encuestas de las que 99 son de Enfermeras, 47 de AAEE y 2 de TE , de estas se extrae que el 48% de las Enfermeras, el 51% de las A.E.y losTE conocieron la existencia del Manual a través de su Supervisora . De entre las enfermeras encuestadas el 56% señala No haber colaborado en la elaboración del Manual; lo mismo que el 66 % de las A.E. Para el 67 % de enfermeras y el 49 % de las A.E. el Manual es ``bastante'' útil . El 64 % de enfermeras y el 60 % de A.E.habian consultado el Manual (después de transcurridos 7 meses desde su publicación y distribución) entre 1 y 4 veces. (Existe, además un 8 % de enfermeras y un 31 % de A. E . que no lo han consultado nunca). Cuando surgen dudas en la práctica diaria a la hora de realizar un procedimiento, el 37 % de enfermeras y el 64 % de A.E . preguntan a sus compañeras . El 81 % de enfermeras y el 87 % de las A.E. consideran que el Manual recoge todos los procedimientos . El formato les parece practico al 92 % de las A.E. y al 89% de las enfermeras.

**CONCLUSIONES:**

- El Manual no es, aún, considerado como herramienta de trabajo o de consulta habitual, esto se refleja en el número de encuestas recogidas y en los resultados.
- La Comisión de Calidad tiene ahí un área de mejora, en el sentido de conseguir transmitir al personal de enfermería la necesidad de utilizar y consultar el Manual de forma habitual, no sólo como herramienta útil de trabajo (mejora de la calidad científico-técnica), sino como forma de orientar el trabajo diario de Enfermería hacia la unificación de criterios.

**TÍTULO:**

LA CITA PARA EL ESPECIALISTA DESDE MI CENTRO DE SALUD.

**AUTORES:**

**Lafuente O**, López – Barrachina R, Pico V, Dendarieta E, Dolsac I, Trigo M.

**OBJETIVOS:**

1. Mejorar la accesibilidad del usuario en la solicitud de cita con el especialista, pudiendo elegir día y hora.
2. Obtener la cita en tiempo real, accediendo directamente a las agendas de especialistas desde el centro de salud.
3. Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.

**METODOLOGÍA:**

Se definió para todo Aragón el modelo y los requisitos organizativos (definiciones, apertura y estabilidad de agendas, demoras), se analizaron los requisitos técnicos en los centros de salud (conexión red RACI del Servicio Aragonés de Salud, equipos actualizados) y en los hospitales (Sistema HP-His), y se planificó la estrategia de implantación, que sería progresiva, tanto territorialmente como en el número de especialidades, de modo que la transición al nuevo modelo de funcionamiento supusiera las mínimas alteraciones.

La reciente estructura organizativa del Servicio Aragonés de Salud en Sectores Sanitarios, que unifica la dependencia de centros y niveles asistenciales, aconsejó la creación en cada Sector de un grupo mixto de trabajo para la implantación y el seguimiento del proyecto. Estos grupos han estado constituidos por responsables asistenciales, técnicos e informáticos, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, y por responsables y técnicos de la empresa que suministró el software de Telecita.

**RESULTADOS:**

Los grupos mixtos han sido operativos y han dado buenos resultados en la puesta en marcha y seguimiento del proyecto. La implantación en los 121 centros de Aragón finalizó en mayo de 2005. Sobre el número de citas tramitadas mediante Telecita, se puede exponer a modo de ejemplo, que durante el mes de marzo de 2005 y evaluando 11 centros de salud del Sector Zaragoza II, se han efectuado 2.666 citas en 6 especialidades: Digestivo, Endocrinología, Reumatología, Tocología, Cirugía General y Urología.

**CONCLUSIONES:**

1. Si bien las mayores dificultades para la implantación del proyecto no se han presentado en la parte técnica del mismo, que también las hubo, si no en la coordinación entre niveles, ha quedado claro que se ha iniciado un estilo de trabajo conjunto y multidisciplinar que ha resultado efectivo para el abordaje y resolución de problemas concretos.
2. Se ha mejorado la gestión de agendas y la accesibilidad del usuario a la solicitud de cita.
3. A pesar de los contrastes existentes entre las distintas zonas de salud y también entre hospitales de referencia, se ha establecido un sistema homogéneo y accesible, sin diferencias para los usuarios en función de su residencia.

**TITULO:**

MODELIZACIÓN DE PROGRAMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD SIGUIENDO EL MODELO EFQM.

**AUTORES:**

**Ara JR**, Capablo JL, Marta J, Martín J, Chopo MJ, López-Gastón JI et al.

**OBJETIVO:**

Reformular el Plan de Calidad de un servicio médico hospitalario de acuerdo con el modelo EFQM.

**METODOLOGÍA:**

1. Formación en el Modelo EFQM.
2. Evaluación del Servicio siguiendo el Modelo EFQM.
3. Determinación de Puntos Fuertes y Áreas de Mejora en cada uno de los criterios.
4. Priorización de las Áreas de Mejora en cada uno de los criterios.
5. Determinación de acciones en cada una de las Áreas de Mejora elegidas.
6. Determinación de indicadores.
7. Asignación de responsables de cada una de las acciones.

**RESULTADOS:**

Disponemos de cuatro miembros del Servicio formados como evaluadores internos EFQM.

1. Se ha realizado una primera evaluación del Servicio siguiendo el modelo EFQM.
2. Se han definido la Misión, Visión y Valores del Servicio.
3. Se han formulado las líneas estratégicas del Servicio.
4. Se han formulado los planes de desarrollo de las líneas estratégicas siguiendo los criterios del Modelo EFQM, con asignación de responsables de actividades.
5. Se han determinado indicadores y planificado la monitorización y ajuste periódico.
6. Como ejemplo de acciones concretas, dentro del programa se ha desarrollado el mapa de procesos del Servicio, 3 vías clínicas, el proceso de asistencia al ictus y 8 formularios de consentimiento informado.
7. Se aprecia una tendencia a la mejoría en los indicadores utilizados.

**CONCLUSIONES:**

El Modelo EFQM es una herramienta muy útil para la evaluación y gestión de un Servicio Médico.

**TÍTULO:**

ELABORACIÓN DE UN PROCESO PARA UN ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE LA FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS.

**AUTORES:**

**Joven E.**, Gamboa B, Canales V, Casinello C, Portillo JR, Jiménez L et al.  
*Grupo de Trabajo de Proceso de Fractura de Fémur Próximal.*  
*Hospital Universitario “Miguel Servet”.*

**OBJETIVO:**

Diseñar un proceso para el abordaje interdisciplinar de los pacientes ancianos (edad igual o superior a 65 años) ingresados en el Hospital Universitario Miguel Servet por fractura de fémur próxima de origen osteoporótico con el objetivo de que disminuya la variabilidad, acorte tiempos de demora, disminuya las complicaciones y mejore los resultados funcionales, rentabilizando al máximo los recursos.

**METODOLOGÍA:**

Creación del grupo de trabajo: traumatólogo, geriatra, anestesiólogo, representante de la dirección, miembro de la unidad de calidad, enfermería, rehabilitador y trabajadora social.  
Definición de los objetivos, de la misión y el alcance, de los destinatarios de los requerimientos y de los subprocesos.  
Distribución de tareas.  
Elaboración de indicadores de calidad.  
Discusión y redacción del proceso.

**RESULTADOS:**

Se ha elaborado el proceso y se ha iniciado un periodo de prueba para implementarlo. Inicialmente, se ha implantado en una sección del Servicio de Traumatología y actualmente se desarrolla la evaluación.

**CONCLUSIONES:**

La implantación de una metodología de trabajo interdisciplinar mejora la calidad asistencial aunque es necesario mayor tiempo para poder valorar los resultados.  
Creemos que el desarrollo del proceso obliga al diseño y reevaluación de guías de práctica clínica que mejoren la práctica asistencial.

**TÍTULO:**

PRESENTACIÓN DE LA VIA CLÍNICA DEL CATETERISMO CARDIACO PROGRAMADO (CCP).

**AUTORES:**

Bergua C, Portero P, Latorre P, Lacambra I, Bierge D, Chillarón E.  
Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

**OBJETIVO:**

Describir la vía clínica del cateterismo cardiaco programado (CCP) realizada por la Comisión de Calidad del Servicio de Cardiología del HCU Lozano Blesa.

**METODOLOGÍA:**

Procedimiento elaborado por representantes de los diferentes profesionales implicados en el cateterismo cardíaco (CC): personal de enfermería, y personal médico, asesorados por la Unidad de Calidad Asistencial del hospital.

**RESULTADOS:**

La vía clínica se compone de 12 apartados que abarcan los procesos relacionados con el CC, desglosando las acciones concretas a realizar dentro de cada uno de ellos, para ello, se detalla el cronograma de eventos, desde la citación del paciente hasta el alta hospitalaria.

Se describe la actividad administrativa necesaria para la citación, la actuación médica y los cuidados de enfermería previos, durante y posteriores al cateterismo, incluyendo también el papel del celador y del personal encargado del rasurado del paciente.

Se valora la información administrada al paciente y la firma del consentimiento por parte del mismo.

Todos estos objetivos quedan registrados en un impreso ad hoc en el que se precisa además su cumplimiento por etapas.

**CONCLUSIONES:**

La vía clínica describe el conjunto de procesos y personal implicados en el CCP y supone una manera detallada y objetiva de la evaluación de dicho procedimiento.



**TÍTULO:**

ELABORACIÓN Y DESARROLLO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA

**AUTORES:**

**García-Montero JI**, Barrasa I, Aibar C, Rodrigo P, Comisión Mortalidad HCU.

**OBJETIVO:**

Automatizar la elaboración de informes epidemiológicos de mortalidad hospitalaria a partir del CMBD, que proporcionen datos agregados por variables de interés (servicio, GRD, diagnóstico,...) y que permitan llevar a cabo: comparación con estándares; crear un sistema de alerta y de muertes centinela para focalizar potenciales problemas; realizar un análisis epidemiológico de situación; así como la difusión periódica de resultados a la Dirección del centro, Comisión de Mortalidad, Unidad de Calidad, etc.

**METODOLOGÍA:**

El proyecto se inició en 2003 y se ha estructurado en cuatro fases:

- Fase 1. Elaboración del modelo de informe de mortalidad a partir del CMBD: selección de variables del CMBD, elaboración de estándares de comparación, etc.
- Fase 2. Validación del informe: análisis de los datos de un periodo concreto; evaluación del formato y contenido del mismo; revisión definitiva del sistema de informes.
- Fase 3. Desarrollo de la aplicación informática y difusión de informes, dirigidos a la Comisión de mortalidad, la Dirección del Hospital, el Servicio de Medicina Preventiva y la Unidad de Calidad.
- Fase 4. Evaluación general del sistema y de las mejoras logradas: cuestionario de utilidad a los usuarios, acciones de mejora a las que haya dado lugar, revisión de índices de mortalidad, registro y patente oficial de la aplicación informática, etc.

**RESULTADOS:**

Se creó un primer sistema basado en Microsoft Office que, a partir del CMBD, obtiene los indicadores seleccionados (variables descriptivas y de agregación) para un periodo concreto.

Se han realizado los dos primeros informes y a partir de ellos, se ha hecho difusión de tablas a la comisión de Mortalidad y Dirección del Centro: selección de diagnósticos con mortalidad superior a la esperada para contrastar con revisión de epicrisis.

Actualmente se ha desarrollado de nueva aplicación en MS Access, más flexible y fácil de usar por cualquier usuario, con incorporación de GRD's centinela y sistemas de ajuste de riesgos (índice de Charlson, GRD's refinados).

**CONCLUSIONES:**

El sistema elaborado permite recoger de forma periódica, eficiente y semiautomatizada los datos de mortalidad hospitalaria para su evaluación posterior por la Comisión de Mortalidad y la Dirección del Centro.

Un mejor aprovechamiento del sistema de información disponible en el hospital puede facilitar la obtención periódica de los datos de mortalidad a partir del CMBD y disponer de datos agregados, detectando variaciones a lo largo del tiempo y permitiendo la comparación con estándares preseleccionados.

**TÍTULO:**

INFLUENCIA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ECOCARDIOGRAFÍA DE LA SEC EN LAS PETICIONES DE ECOCARDIOGRAMAS.

**AUTORES:**

**Ordóñez B**, Lacambra I, Bierge D, Legazcue AI, Álvarez L, González M.

**OBJETIVO:**

Estudiar si las peticiones de ecocardiogramas se adaptan a las pautas de actuación dadas por la guía de actuación actualmente vigente en ecocardiografía de la Sociedad Española de Cardiología. Determinar la prevalencia de hallazgos incidentales y hallazgos incidentales significativos y su relación con la edad y el tipo de indicación.

**METODOLOGÍA:**

Se analizaron de forma prospectiva todas las solicitudes de ecocardiograma-doppler realizadas en nuestro laboratorio durante el mes de abril del 2005: 482 estudios. Se valoró el motivo de solicitud, el tipo de indicación, la procedencia, el diagnóstico clínico y ecocardiográfico, la información adicional proporcionada por el estudio y la aparición de hallazgos incidentales significativos o no.

**RESULTADOS:**

La media de edad de la población estudiada es de 64 años, el 53% son hombres y el 47% son mujeres.

El 52.03% de las solicitudes eran indicación tipo I, el 14.8% eran tipo IIa, el 5.49% eran tipo IIb y el 17,42% eran tipo III. Un 18.2% peticiones no están recogidas en la guía de práctica clínica en ecocardiografía de la Sociedad Española de Cardiología.

El tipo de indicación está en relación la edad del paciente y con la procedencia de la petición.

Se obtuvieron un 32.22% de hallazgos incidentales y un 17.2% de hallazgos incidentales significativos. Tanto los hallazgos incidentales significativos como no significativos están relacionados con la edad del pacientes ( $p < 0,01$  y  $p < 0,001$  respectivamente para un intervalo de confianza del 95%). Solo los hallazgos incidentales significativos están relacionados con el tipo de indicación ( $p = 0,014$  para un intervalo de confianza del 95%).

**CONCLUSIONES:**

- Aproximadamente el 60% de las solicitudes recibidas en nuestro laboratorio de ecocardiografía son de tipo I y IIa. El 20% son de tipo IIb y III.
- Los hallazgos incidentales, significativos o no, están relacionados con la edad. Solo los hallazgos incidentales significativos se relacionan con el tipo de indicación.
- La presencia de hallazgos incidentales y las peticiones no recogidas en la guía de práctica clínica (18%) son las principales limitaciones para la utilización de ésta.

**TÍTULO:**

PROPUESTA DE MEJORA DE LA CALIDAD. CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (CAR) EN EL ÁMBITO DE LA GERIATRÍA. DISEÑO Y EVALUACIÓN.

**AUTORES:**

**Cucullo JM**, Gamboa B, Guajardo I, Manrique JM, Navarro M. Campos A. Hospital Geriátrico San Jorge. Zaragoza (Sector III).

**OBJETIVO:**

Facilitar la accesibilidad a la atención primaria (AP) a la consulta especializada de geriatría a los mayores de 75 años con déficit funcional con criterios de reversibilidad. Organizar un proceso ágil de citación, realizar una valoración funcional completa, gestión del tratamiento recuperador funcional si lo precisara en el propio hospital y/o derivación a otro servicio de salud. Así como el dar una respuesta inmediata a su médico de AP.

**METODOLOGÍA:**

Se estudian los pacientes atendidos en CAR en el periodo de mayo de 2002 a octubre de 2003, previa citación por la Unidad de Admisión de nuestro hospital y a demanda preferentemente desde AP, siguiendo el protocolo diseñado para este programa. Se realiza Valoración Geriátrica Integral (VGI), utilizando las herramientas prefijadas (I.Barthel, Tinnetti reducido y SPMSQ), así como pruebas complementarias que se precisen (radiología, ECG y analíticas), se le testa sus capacidades físicas en el gimnasio con la participación de técnicos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y personal de enfermería), llegándose de manera interdisciplinar a un diagnóstico y pronóstico de sus posibles objetivos/metas funcionales. Otras variables: edad, sexo, adecuación, situación funcional, mental, procedencia y destino tras la valoración, patologías principales. Con un informe en el mismo día a su médico responsable de la toma de decisiones en el CAR. Se analizan los indicadores para la evaluación definidos en el programa, sus estándares y los logros alcanzados.

**RESULTADOS:**

254 pacientes, mujeres 64.7%, dependencia total 16.5%, severa 35.7%, moderada 29.5%, escasa 17.8%, situación cognitiva (SPMSQ) 2.2, tiempo de inicio del proceso 87.5 días (66% menos de 66 días), procedencia de pacientes: EAP 68.6%, Servicio de Geriatría 20.7%, USSV HUMS 7.8%, ESAD 1.2%, otros 1.8%. Tras realizar la valoración el destino fue: Inclusión en programa de recuperación funcional 51.5%, remitidos a EAP 34.7%, derivación a C.E. de geriatría 8.4%, ingreso 4.2%, traslado a urgencias 0.9%, derivación a hospital de media estancia 0.3%.

Los indicadores para la evaluación: Demora de la visita en días (previsto 15, logrado 4.5), adecuación del paciente % (previsto 80, logrado 51.5), tiempo de ejecución en días (previsto 2, logrado 1), resolución de la asistencia en un día (99.4%), cumplimentación herramientas de valoración % (previsto 90, logrado 96.4).

La encuesta de satisfacción de estos pacientes es motivo de otra comunicación.

**CONCLUSIONES:**

1. Programa que mejora la accesibilidad a la atención especializada de Geriatría.
2. Agilidad en el proceso de citaciones.
3. Reducción de los tiempos para el diagnóstico y orientación terapéutica.
4. Oportunidad de detección de procesos que generen dependencia en el anciano y orientación terapéutica adecuada a su problemática funcional.
5. Discriminación ágil de pacientes susceptibles de recibir tratamiento de Recuperación Funcional en el Hospital de Día Geriátrico.
6. Lograr la máxima autonomía funcional en el menor tiempo posible y la readaptación a su hábitat en las mejores condiciones.

**TITULO:**

CONTENIDOS CLÍNICOS DE LA INTRANET DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO.

**AUTORES:**

**Coll J**, Buera J, Cosculluela I, Nogués Y, Zazo M.

**OBJETIVO:**

La sectorización en el servicio aragonés de la salud ha supuesto la interposición entre la zona básica de salud y el área sanitaria de un nuevo ente organizativo que integra los distintos tipos de atención sanitaria en su circunscripción, por ello el objetivo general de la intranet del sector de Barbastro es la integración de todos los sistemas de información existentes en el sector: Atención primaria, atención especializada, socio sanitario y salud mental.

**METODOLOGÍA:**

Desarrollo integral mediante software libre: Linux, Apache, Tomcat, PHP, Java. Metodología descriptiva para presentar los contenidos sanitarios y sus vías de abordaje.

**RESULTADOS:**

Integración en torno al paciente de sus episodios clínicos en atención especializada, exploraciones radiológicas junto a los informes e imágenes, informes analíticos de laboratorio, informes de anatomía patológica, cultivos y antibiogramas de microbiología, informes de historia clínica de especializada e historia clínica de primaria: Alergias, Antecedentes, Episodios-diagnósticos, Tratamientos.

**CONCLUSIONES:**

Hemos conseguido integrar los sistemas informáticos de más de 110.000 pacientes mediante una única herramienta que se ha puesto a disposición de algo mas de 800 profesionales que prestan sus servicios en un territorio de 7.500 kilómetros cuadrados, concretamente en 14 centros de salud, 1 hospital general, dos centros de especialidades, un hospital socio sanitario y dos unidades de salud mental.