

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

MESA 10

Comunicaciones de tipo PÓSTER

Moderador/a:

Liria Jiménez Bea

*Coordinadora de Calidad de Enfermería del Hospital Universitario Miguel
Servet*

SALA 108

10 de JUNIO 11:30 horas

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **245**

TÍTULO. RESULTADOS DE LOS PRIMEROS MESES DE IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD DE HÍJAR

Autores: CUCALON ARENAL JM, CUCALON JM, MARRON S, TURON JM, ZUMETA J, GUTIERREZ J, MARTINEZ A, PEÑALVER J

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL . CS HIJAR . CS HIJAR (jmcucalon@salud.aragon.es)

**OBJETIVOS. REDUCIR LA PRESION ASISTENCIAL EMN LAS CONSULTAS DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE
ALCAÑIZ**

CAPACITACIÓN/FORMACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL MANEJO DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA

AUMENTAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS PROCESOS DERMATOLOGICOS

AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DE PACIENTE DERMATOLOGICO

MÉTODO. - Instalación de un ordenador en el Centro con programa de registro de dermatología: datos de filiación, informe con antecedentes, localización, tiempo de evolución, síntomas y diagnóstico de sospecha.

- Cámara fotográfica con teleobjetivo dermatológico

RESULTADOS. En el período en estudio se han realizado 30consultas, en 5 de las cuales finalmente se recomendó la derivación a Dermatología de Alcañiz. En 8 consultas (50%) se evitó la derivación. En las 17 restantes se trataron de dudas diagnósticas por problemas que no eran susceptibles de derivación de entrada. El tiempo medio de respuesta fue de 9 días.

CONCLUSIONES. En nuestra breve experiencia, la teledermatología se ha mostrado útil para reducir el porcentaje de derivaciones al hospital. Además se ha obtenido reducir la demora para ser visitado en especializada con disminución de incertidumbre diagnóstico terapéutica del médico de AP y del apciente. También ha demostrado un importante potencial como herramienta formativa debido a la realización de sesiones clínicas derivadas de las respuestas, que finalmente deberá incrementar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **178**

TÍTULO. AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008 EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Autores: GOMEZ TIJERO N, IDOPE A, ABAD R, AGUSTIN MJ, CARCELEN J, PALOMO P, ARRIETA R, VELA ML

GOMEZ TIJERO NAROA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. FARMACIA (naroagl@yahoo.es)

OBJETIVOS. Establecer el sistema documental del área de farmacotecnia adecuándolo a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 necesario para la certificación de este área y como punto de referencia para la extensión del sistema al resto de las actividades del servicio de farmacia (SF)

MÉTODO. La elaboración de la documentación es una etapa clave en la implantación de un sistema de gestión de la calidad (GC) por lo que se procedió a elaborar en el propio SF, sin ayuda de ninguna consultora externa, la documentación necesaria según los criterios de la norma. Se elaboró un mapa de procesos del área de farmacotecnia del SF y se determinaron los documentos necesarios para garantizar que estos procesos se lleven a cabo bajo condiciones controladas; los documentos debían plasmar la forma de trabajar del SF así como la información que permite conocer el desarrollo de todos los procesos. Se analizó la documentación existente para conocer la exigida en la norma y no disponible hasta ese momento.

Se impartieron talleres de formación al personal sobre la importancia de la implantación de un sistema de GC y el papel de la documentación en el logro de esta

RESULTADOS. La norma exige como mínimo: un manual de calidad, procedimientos documentados generales y específicos, registros y plan de calidad. La documentación se clasificó siguiendo el criterio jerárquico de la pirámide contemplado en las normas ISO que ubica en el nivel más alto el Manual de Calidad, en el 2º nivel los procedimientos y en el 3º las instrucciones, registros, especificaciones y otros documentos. Tras el análisis de la documentación existente, se observó que se disponía de un número considerable de procedimientos específicos, concretamente los que exige el RD 175/2001 sobre las normas de correcta elaboración y control de calidad en farmacotecnia, por lo que se procedió a elaborar la documentación restante. El personal tomó conciencia de la importancia de la cumplimentación de los registros y colaboró en la misma.

El grupo de mejora elaboró un manual de acogida al SF por considerarse prioritario debido a la elevada rotación del personal

CONCLUSIONES. Tras el estudio exhaustivo y análisis de los requisitos contemplados en ISO 9001:2008, se elaboró la documentación del área de farmacotecnia, que servirá para la certificación de esta área. El sistema documental ha involucrado a todo el personal en el la mejora continua y facilita la compleja tarea de implantación de las normas ISO

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **331**

TÍTULO. PROYECTO 2007: MEJORA EN EL ABORDAJE A PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

Autores: HIJOS LARRAZ LA, BIARGE-RUIZ A, AUSED-LANAU P

HIJOS LARRAZ LUIS ALFONSO . CS GRAÑEN . ATENCION PRIMARIA (hijos@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. El Hospital de Día de Psiquiatría (HDP) de Huesca está ubicado en un anexo del Hospital de larga estancia. Es un recurso intermedio de hospitalización parcial con abordajes terapéuticos multidimensionales: (psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, rehabilitados).

Nuestros pilares de funcionamiento son:

- trabajo en equipo interdisciplinar.
- participación coordinada de todos los profesionales.
- planes terapéuticos individualizados.
- sistema de tutorías.

Podemos considerar adecuada la implicación del personal del hospital de día: Psiquiatra, Psicóloga, Enfermero, Terapeuta ocupacional y Auxiliares de enfermería.

En el HDP se atienden personas con trastorno mental grave cuya autonomía personal es suficiente para vivir en la comunidad, con o sin apoyo familiar, y desplazarse al centro por sus propios medios y además con la capacidad de asumir voluntariamente su asistencia.

En los estados patológicos de los pacientes del HDP, se puede evidenciar la presencia de sintomatología ansiosa, por lo que se puso en marcha una nueva actividad para aumentar la cartera de servicios de dicha unidad. Dicho servicio consiste en la realización de un taller de psicoeducación teórico/práctico para el control del estrés, la ansiedad y técnicas de afrontamiento y consta de una serie de sesiones teórico/prácticas.

Las escalas utilizadas para la valoración de la ansiedad (test STAI e indicador "control de la ansiedad" de la taxonomía NOC), Al finalizar el tratamiento se valoró la satisfacción con el nuevo servicio mediante una encuesta.

Otros objetivos que nos marcamos, de una forma más implícita, es la mejora del trabajo en equipo aumentando en lo posible la consistencia del grupo.

MÉTODO. El proyecto se llevo a cabo en dos etapas:

-Fase preliminar: Difusión y coordinación del proyecto entre los profesionales mediante reuniones semanales, elaboración del documento de trabajo, asignación de las tareas, elaboración del protocolo de actuación....

-Fase de realización. Realización de las sesiones, evaluación de las mismas (efectividad y satisfacción).

La muestra obtenida consta de 15 sujetos que cumplían los criterios de inclusión, de un total de 92 que conformaban la población diana. En la psicopatología, un 40 % presentaban trastornos esquizofrénicos y un 60 % trastornos de origen depresivo.

El tratamiento psicoterapéutico consistió en 10 sesiones teórico/prácticas y 6 exclusivas de relajación mediante el método de Jacobson

RESULTADOS. Por un lado se ha podido verificar que una intervención de tipo psicoeducativa y que contenga aprendizaje en técnicas de relajación es efectiva para mejorar el estado de ansiedad de los pacientes. Por otro, destacar la buena respuesta y acogida de los pacientes objetivada en la encuesta de satisfacción destacando la solicitud de ampliación y continuidad de las sesiones iniciadas.

CONCLUSIONES. En el lado negativo solamente señalar que el numero de pacientes incluidos fue pequeño siendo las causas de exclusión el padecer patología incompatible con los objetivos del estudio (v.g. grave deterioro cognitivo, trastorno psiquiátrico agudo delirante...) o la imposibilidad/no aceptación de realizar la intervención.

En este proyecto como carácter positivo queremos destacar que se ha empleado nuestro recurso mas valioso: el tiempo, pero aún así nos identificamos con nuestros pacientes ya que estamos satisfechos con este nuevo servicio emprendido.

Solo marcar que siempre podemos encontrar un poco de tiempo para mejorar la atención a nuestros usuarios.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **334**

TÍTULO. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON LA CERTIFICACION ISO 9001: 2008 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores: HIJOS LARRAZ LA, MARTINEZ-SANCHEZ R, FIGUERAS-ARA C, PASTOR-CEBOLLERO MJ, CAMPO-REVILLA MI, MURO-RUSPIRA M, PIQUERO-BERNAD V, RUBIO-BUISAN L

HIJOS LARRAZ LUIS ALFONSO . CS GRAÑEN . ATENCION PRIMARIA (hijos@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Desde el 2003, se han realizado actividades encaminadas a la certificación UNE EN ISO 9001: 2008. El EAP atiende 5222 personas en 26 localidades. Las condiciones de calidad requeridas para la acreditación ISO 9001:2008 constituyen el horizonte de referencia hacia el que se orienta el EAP . Los miembros del EAP han participado activamente en la realización del mapa de procesos genérico, incluyendo la descripción detallada.

Actividades 2009:

Formación sobre la normativa

Revisión de la documentación. Nombramiento de propietario de procesos.

Informe de revisión por la Dirección

Auditoria interna realización de 7 informes de No Conformidad.

El objetivo planteado es conocer el grado de satisfaccion con la implantacion y certificacion de la normativa ISO

MÉTODO. Para dar respuesta, al objetivo, se realizo matriz DAFO para encontrar factores críticos, consolidar fortalezas, minimizar debilidades, aprovechando oportunidades y eliminar amenazas

RESULTADOS. Amenazas:

Norma ISO genérica.

Reconocimiento Institucional

Escasa implantación

Puntos débiles:

Sobrecarga laboral.

Proceso lento, laborioso

Focalización en almacenaje.

Dificultades de comprensión: lenguaje específico.

No percepción de pragmatidad.

Fortalezas:

Uniformidad institución.

Uso de la web.

Compromiso de la dirección.

Protocolarización actividades

Mejora de Calidad.

Puntos fuertes:

Mejora en las actividades asistencial y no asistenciales.

Organización del trabajo en calidad.

Aspectos motivacionales

Adecuada difusión de la información

Consistencia interna del EAP

CONCLUSIONES. Después del análisis de la matriz obtenida podemos considerar como oportunidades de mejora:

Adecuación el tiempo relativo a la implantación.

Reparto equitativo de las responsabilidades

Evidenciar mejoras en el área sanitaria

Resaltado el caracter de "pionero" en el sector sanitario de Huesca

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **188**

TÍTULO. CALIDAD DE CUMPLIMENTACIÓN DE UN IMPRESO DE SOLICITUD DE ANTIBIÓTICOS RESTRINGIDOS

Autores: IDOIBE TOMAS A, VICENTE C, VARELA I, ARRIETA R, ABAD R, HUARTE R

IDOIBE TOMAS ANGELA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (rhuarte@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Una de las barreras que se deben superar ante la implementación de modelos de solicitud específicos para la dispensación de medicamentos restringidos es la de su correcta cumplimentación por parte de los prescriptores. Se evalúa la calidad de cumplimentación de un modelo de solicitud de antibióticos restringidos (linezolid, tigeciclina y daptomicina) elaborado por la Comisión de Farmacia del hospital

MÉTODO. Análisis de la cumplimentación de los impresos recibidos en Farmacia durante seis meses. Se valoró la cumplimentación de todos los puntos que recoge el impreso: indicación, datos microbiológicos, tratamientos anteriores con evaluación de la respuesta y motivo de discontinuación, con análisis global, por servicios solicitantes y por tipo de antibiótico

RESULTADOS. Se analizaron 194 impresos, el 69% con la indicación. De las 60 solicitudes en las que no se cumplimentó, 54 correspondían a linezolid. En cuanto al requerimiento del dato microbiológico, no se consignó en el 35% de los casos (oscilando entre el 25% de la UCI y el 60% de Nefrología). Por tipo de antibiótico las prescripciones de linezolid mostraron más deficiencias en la cumplimentación (41% frente a 26% de Daptomicina y 30% Tigeciclina). En el 48,5% de los casos no se indicó el tratamiento anterior ensayado. Por servicio solicitante, hematología fue el que mejor cumplimentó con un 66,7% e infecciosos obtuvo el peor índice (40,9%). Por tipo de antibiótico, las solicitudes de linezolid fueron las peor cumplimentadas en este apartado (41,3% frente al 80% de las de tigeciclina). En casi la mitad de solicitudes en que se cumplimentaron los tratamientos anteriores (44,8%) no se indicó la evaluación de la respuesta ni el motivo de la discontinuación de los mismos. En los que figuraba, lo más frecuente era fracaso terapéutico y/o persistencia de fiebre y reacciones adversas en 7 casos. Hematología fue el servicio que con más frecuencia cumplimentó este apartado (87,5%)

CONCLUSIONES. Las solicitudes de linezolid fueron las que presentaron peor índice de cumplimentación, probablemente debido a que en etapas anteriores se había utilizado sin restricciones específicas y se había generado una mayor cultura de uso poco razonado. Las unidades con mayor índice de utilización de estos antibióticos (UCI, hematología) cumplimentaron mejor las solicitudes. La implantación de este tipo de modelos requiere de medidas de evaluación para corregir posibles deficiencias de cumplimentación y posteriormente analizar la adecuación del uso para fomentar la utilización racional, objetivo principal de estas iniciativas

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **250**

TÍTULO. DISEÑO DE UN CIRCUITO DE ACTUACIÓN RÁPIDA PARA PACIENTES SUBSIDIARIOS DE RADIOTERAPIA PALIATIVA. CONEXIÓN INTERNIVELES

Autores: LANZUELA VALERO M, MENDEZ-VILLAMON A, IBAÑEZ-CARRERAS R, CUARTERO-CONEJERO E, VAZQUEZ-SANCHO C, BAIGET-FAGES J, HERRERO-ALONSO A, TEJEDOR-GUTIERREZ M

LANZUELA VALERO MANUELA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . ONCOLOGIA RADIOTERAPICA (mlanzuela@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Mejorar la conexión entre los distintos niveles asistenciales que intervienen en el manejo del paciente oncológico con enfermedad avanzada.

Facilitar el acceso de los pacientes oncológicos con enfermedad avanzada al control de síntomas mediante radioterapia (RT) paliativa

MÉTODO. Se han incorporado los especialistas en RT a las reuniones de toma de decisiones sobre el manejo de pacientes con enfermedad avanzada tanto a nivel hospitalario como domiciliario para mejorar la accesibilidad al tratamiento.

Se han realizado distintas reuniones informativas a profesionales de los Cuidados Paliativos sobre el papel de la RT en el manejo de síntomas en estos pacientes.

Se están poniendo en marcha canales directos de interconsulta para los pacientes subsidiarios de RT paliativa desde la Atención Primaria.

Se realiza la planificación de tratamientos en fracción única o con un bajo número de fracciones siempre que es posible para disminuir las molestias a los pacientes y disminuir la duración de la estancia hospitalaria o del desplazamiento, con la reducción de costes subsiguiente.

Dentro del planning diario de tratamiento de pacientes en el acelerador, queda reservado con carácter permanente un tiempo de máquina destinado a estos pacientes para disminuir la demora

Se está valorando la satisfacción del paciente con la asistencia y la información recibida mediante escalas

RESULTADOS. Mejora en el conocimiento por parte de otros profesionales del beneficio que aporta la RT en el control de síntomas.

Disminución de los tiempos de espera del paciente para el inicio del tratamiento y por tanto para el control de síntomas. La ocupación del tiempo de máquina reservado a estos pacientes ha sido del 100% desde su instauración, con un índice de recambio alto gracias a los fraccionamientos reducidos.

El tratamiento multidisciplinar en estrecha colaboración entre los distintos niveles mejora el manejo de los pacientes y por tanto su calidad de vida.

Incremento en la satisfacción del paciente respecto a la asistencia recibida

CONCLUSIONES. La radioterapia tiene un papel fundamental en muchos de los síntomas que presenta el paciente oncológico con enfermedad avanzada. Gracias a la implantación de un sistema de gestión rápida conseguimos disminuir el tiempo desde la llegada del paciente al Servicio y la ejecución del tratamiento.

La conexión con los distintos especialistas que intervienen en la atención hospitalaria a estos pacientes y con los equipos de soporte domiciliario encargados de su manejo posterior facilita la accesibilidad y mejora la satisfacción del paciente

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **294**

TÍTULO. ¿POR QUE NO ACUDEN LOS PACIENTES A REALIZARSE PRUEBAS CITADAS EN LOS SERVICIOS CENTRALES: MEDICINA NUCLEAR?

Autores: LIEVANO SEGUNDO MP, DE LA CUEVA-BARRAO L, BARINGO-FUENTES T, BERMUDO-GARCIA E, CATALAN-FUERTES C, GUALLAR-LABRADOR A, MUÑOZ-SAEENZ E, ABOS-OLIVARES MD

LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA NUCLEAR (paolalievano@hotmail.com)

OBJETIVOS. La organización del tiempo destinado a los estudios de Medicina Nuclear es compleja, debido a que son muchas las exploraciones que realizamos, muy diversos los tiempos de exploración, diferentes los preparados radiofarmacéuticos utilizados y diferentes los sistemas de detección para cada una de las pruebas. También es necesario entender que en Medicina Nuclear trabajamos con radiotrazadores y que las dosis que deben administrarse se calculan para cada paciente según su peso y en un tiempo determinado que se ajusta lo más posible al horario de citación. Debido a estas particularidades cuando los pacientes no acuden a realizarse las exploraciones sin aviso previo (en todas las hojas informativas que se les adjuntan figuran los teléfonos de citaciones y del servicio) se pierden dosis de radiofármacos, tiempo de utilización de las gammacameras y tiempo del personal que realiza las exploraciones. El objetivo principal es identificar los pacientes que han dejado de acudir a las pruebas realizadas en el servicio de Medicina Nuclear (SMN) del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) durante el año 2009

MÉTODO. Se han identificado a través de las bases de datos del servicio los pacientes que no han acudido a realizarse las pruebas ya citadas en el SMN. Se han analizado el tipo de prueba, el radiofármaco no utilizado, el tiempo de máquina perdido, el tiempo de personal y los costes indirectos. Se ha cuantificado el valor en euros de todas las pruebas no realizadas

RESULTADOS. De un total de 6672 pacientes citados en el SMN durante el año 2009 (9014 exploraciones) no han acudido 128 pacientes lo que supone 1.92% del total de pacientes citados. Los minutos perdidos por exploraciones no realizadas son 10.555 min (176 horas, lo que supone 22 jornadas de 8 horas). El precio total de radiofármacos no utilizados ha sido de 4731 euros y la pérdida total estimada en euros fue de #22.368#

CONCLUSIONES. Hemos identificado los pacientes que no acuden a las citas programadas y cuantificado el coste en euros para la institución: radiofármacos, personal, costes indirectos y tiempo de utilización de gammacameras. Con estos datos se ha diseñado una línea de mejora para identificar las causas por las que los pacientes no acuden a las citas y corregirlas si se puede

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **336**

TÍTULO. DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION CONTINUADA DE LOS PROCESOS HEMATOLOGICOS EN HOSPITAL DE DIA

Autores: LOPEZ PUENTE C, GALEGO T, SANTIAGO JL, CIRIA MJ, QUILEZ L, MAYAYO P, GIRALDO P

LOPEZ PUENTE CARLOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA HEMATOLOGIA (clopezp@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Desde 2007, el Hospital de Día de Hematología del Hospital Universitario Miguel Servet ha trabajado en la implantación de un programa de calidad que le permitiera activar un proceso de mejora continua en la atención sanitaria que presta, con la colaboración de todo el equipo de profesionales: médicos, enfermería, personal auxiliar y administrativo. En enero de 2010 se ha conseguido la acreditación ISO-9001-2000 y se han detectado unas oportunidades de mejora, por lo que se han planeado una serie de acciones para alcanzar los objetivos. Planteamiento de objetivos 2010: Objetivo 1: Uno de los principales objetivos de calidad planteados es aumentar el grado de respuesta de las encuestas de satisfacción entregadas a los pacientes y familias. Objetivo 2: Cumplimiento del 100 % del plan de reuniones trimestrales. Objetivo 3: Simplificar la estructura de indicadores de gestión.

MÉTODO. Para conseguir cumplir con los objetivos del Proyecto de Mejora, se han establecido las siguientes acciones: 1.- Se decide establecer sistemática para realizar reuniones trimestrales de calidad (enero-abril-junio-octubre) donde se realice el seguimiento de las no conformidades y acciones pendientes, se evalúe de forma parcial la eficacia de los procesos a través de los indicadores y sobre todo, se favorezca la implicación de todo el personal del Hospital de día. 2.-Se plantea incorporar en la acogida del personal de nueva incorporación en el Hospital de día, información relativa al sistema de gestión de calidad y sobre todo relativa a los procedimientos de aplicación en cada caso. Elaboración de la Hoja de acogida con toda la información/documentación que es necesario aportar al incorporado atendiendo a los diferentes puestos. 3.- Se considera importante establecer una sistemática para valorar la formación realizada basada en criterios más objetivos.

RESULTADOS. Para conseguir el objetivo 1, la principal acción ha sido realizar una entrega sistemática de las encuestas, cuando el paciente ha pasado por su 2º ciclo de tratamiento.

De esta manera se pretende asegurar que todos los nuevos pacientes que acuden al Hospital de día reciben la encuesta, y hará que aumente sustancialmente el grado de participación y sobre todo el grado de respuesta. Para conseguir el objetivo 2, la principal acción ha sido cumplir el plan de reuniones trimestrales (enero, abril, junio y octubre) y llevar a cabo el seguimiento de su realización en tiempo y forma. Enviar convocatoria a los asistentes con la suficiente antelación y controlar la asistencia y participación en las mismas. Para conseguir el objetivo 3, se plantea analizar y redefinir o modificar los indicadores actuales para facilitar la recogida de datos y su seguimiento, utilizando las herramientas informáticas y aplicaciones existentes.

CONCLUSIONES. Se ha completado la primera etapa de implantación de PNT y de información a todos los participantes, coincidiendo con la política general del HUMS por la cuál los trabajadores hagan de la calidad una manera natural de pensar y actuar, implicándose activamente en la mejora. Esto significa que, cuando un paciente es atendido en el HD, todo el circuito: acogida, valoración clínico-analítica, establecimiento del esquema de tratamiento, solicitud y administración de fármacos, cuidados de enfermería y siguiente citación, se realizan de manera sistemática para eliminar errores y satisfacer expectativas garantizando la calidad, seguridad asistencial y trazabilidad. Los datos de implantación del proceso y resultado de la encuesta de satisfacción se proporcionarán en la presentación.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **269**

TÍTULO. MANOS LIMPIAS. RECOMENDACIONES SOBRE LA HIGIENE DE LAS MANOS AL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESPAÑA

Autores: MARCOS CALVO MP, PALACIO J, MARTIN MD, AIBAR C, MARECA R

MARCOS CALVO MARIA PILAR . CS DELICIAS NORTE . CS DELICIAS NORTE (marpilarmarcos@gmail.com)

OBJETIVOS. El Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) se planteó realizar una adaptación de las recomendaciones para higiene de las manos de la OMS por los siguientes motivos: 1.- Como contribución a la campaña Clean Care is Safer Care de la OMS. 2.- Porque no existía previamente ninguna adaptación de dichas recomendaciones que tuviera en cuenta las especificidades de la Atención Primaria de Salud

MÉTODO. Tras el correspondiente trabajo de documentación y debate, un equipo de médicos de familia y de medicina preventiva redactó las recomendaciones adaptadas y las publicó on line en <http://www.semfyc.es/es/componentes/ficheros/descarga.php?ODgzNA%3D%3D>

RESULTADOS. La Guía de Higiene de Manos publicada en 2002 por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) ha sido la base de la mayoría de las guías elaboradas desde entonces. No existen actualmente estudios realizados en Atención Primaria (AP) que aporten una evidencia consistente y aplicable a este nivel. Estas recomendaciones se han elaborado por consenso entre los autores y los miembros del Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente SEMFYC.

Procedimientos para higiene de manos:

- Con agua y jabón líquido: si existe suciedad visible.
- Con soluciones hidroalcohólicas: cuando las manos están aparentemente limpias.

Momentos para la higiene de las manos: al comenzar la consulta y al finalizarla, antes y después de contacto directo con piel y mucosas, antes y después de colocarse guantes estériles, riesgo de exposición a fluidos.

Uso de guantes estériles:

- Manipulación de zonas de la piel con solución de continuidad.
- Curas e intervenciones de cirugía menor
- Sondajes de todo tipo (nasogástricos, urinarios, ...) Está indicado el lavado de manos o la fricción con solución hidroalcohólica, antes y después de colocarse guantes estériles.

Guantes limpios no estériles:

- Atención de urgencias.
- Tactos vaginales y rectales.
- Exploración bucofaríngea.
- Manejo de fluidos corporales y material contaminado.
- Extracciones de muestras sanguíneas

CONCLUSIONES. Corresponde a los responsables de la gestión de los centros sanitarios de los servicios públicos de salud proporcionar los recursos necesarios para realizar una adecuada higiene de las manos

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **PÓSTER**

Nº Reg. **217**

TÍTULO. EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (GOBIERNO DE ARAGÓN)

Autores: MATEO TORRALBA AB, MATEO-TORRALBA AB, BUJEDO-RODRIGUEZ F

MATEO TORRALBA ANA BELEN . DIRECCION GENERAL DE ATENCION A LA DEPENDENCIA . JEFE DE SERVICIO DE PROGRAMAS DE AUTONOMIA Y ATENCION A LA D (abmateo@aragon.es)

OBJETIVOS. - optimizar recursos, tanto sanitarios como sociales

- mejorar la educación para la salud
- aportar estrategias que mejoren la calidad de vida y el contexto sociofamiliar tanto de la persona en situación de dependencia como de la persona que se encarga de su cuidado
- coordinar la atención dirigida a los cuidadores de personas en situación de dependencia que proporcionan los centros de atención primaria del Servicio Aragonés de Salud y la atención que se les proporciona desde el Servicio de Programas para la Autonomía y Atención a la Dependencia

MÉTODO. - Puesta en común entre profesionales de trabajo social de dos instituciones autónomas, valorando la posibilidad de realizar acciones formativas de forma conjunta

- Unificación de criterios de selección de los participantes, cuántos participantes tenermos, cuáles son sus características, etc.
- Delimitación y selección de contenidos, perfiles profesionales adecuados a los contenidos
- formación del equipo docente
- búsqueda de espacio, materiales de soporte, elaboración de materiales destinados a los participantes y apoyo documental a los profesionales

RESULTADOS. - Buena acogida por parte de las profesionales impulsoras del proyecto (en dos meses se coordinó)

- Experiencia muy positiva y gratificante
- Pendiente de evaluar por parte de participantes y docentes (termina la actividad formativa el 26 de mayo de 2010)

CONCLUSIONES. - El ciudadano se acerca a los diferentes profesionales creando vínculos, pudiendo ser su referente, aumenta su capacidad de afrontar situaciones difíciles a la vez que recibe y presta comprensión y apoyo emocional para salir del aislamiento, vencer la ansiedad y mejorar su autoestima.

- El Centro de Salud es un lugar cercano al ciudadano, desde el cual se puede iniciar el proceso de información sobre la valoración de la situación de dependencia, se le apoya y se le acompaña en todo el proceso, se participa conjuntamente con la Dirección General de Atención a la Dependencia en su formación