

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

---

# MESA 13

### Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

**María Victoria Fustero Fernández**

*Médica de Atención Primaria del EAP Cariñena*

**SALA 115**

**10 de JUNIO 16:00 horas**

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **283**

### TÍTULO. ¿REALIZAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS EL SEGUIMIENTO SEROLÓGICO ANTE UN ACCIDENTE BIOLÓGICO?

*Autores: ACHA AIBAR B, AGUILAR LOU J, Aripes Torres MP, Felix Martin M, Frisas Clavero O, Sala Rodrigo J, Santamaria Moreno L, Santamarta CharTE MD*

*ACHA AIBAR BEATRIZ . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa . PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (bacha@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** - Cuantificar la frecuencia de exposiciones accidentales con material biológico en el periodo estudiado.  
- Conocer el seguimiento serológico postexposición realizado por los trabajadores expuestos a una fuente de exposición positiva o desconocida

**MÉTODO.** Se analizaron de forma retrospectiva todos los accidentes biológicos por exposición a patógenos hemáticos, declarados por el personal sanitario del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales (UBPRL) sector III Zaragoza y durante el periodo 2006-2008.

La población objeto de estudio ha sido los trabajadores que sufrieron una exposición accidental y lo declararon en la UBPRL durante dicho periodo.

Los datos de los accidentes se recogieron en unos registros destinados para ese fin, elaborados por el personal facultativo y de enfermería de la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales. El registro de los accidentes fue cumplimentado por personal de enfermería de la UBPRL sector III Zaragoza.

Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS 15.0.

**RESULTADOS.** Durante el periodo estudiado se declararon un total de 395 exposiciones accidentales en el personal sanitario.

Con respecto a la fuente de exposición un 78,7% son negativas, un 16% positivas, tipo de fuente en las que existe un riesgo real de transmisión de patógenos hemáticos (60,3 % esVHC, un 12,7% VIH, un 11,1% VHB, coinfección de VHC yVIH un 11,1 %, y un 4,8 % a los tres virus) y un 5,3 % la fuente es desconocida.

Respecto al seguimiento serológico postexposición cuando la exposición accidental es con una fuente desconocida un 65,2 % de los profesionales realiza el seguimiento completo y un 34,8 % abandona antes de terminarlo, si la fuente esVHC un 87,2 % realiza los controles completos (hasta los 6 meses) y un 12,8 % no los realiza y si la fuente de exposición es VIH positiva un 78,3% realiza los controles completos (hasta los 12 meses), un 21,7 % abandona antes el seguimiento.

**CONCLUSIONES.** La gran mayoría de los trabajadores que tienen contacto con una fuente positiva para cualquiera de los virus de transmisión hemática, realiza los controles serológicos de forma correcta hasta finalizar el estudio. No sucede lo mismo en aquellos casos en que la exposición se ha producido por una fuente desconocida, abandonando el estudio una tercera parte de los profesionales antes de su finalización.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **118**

### **TÍTULO. MODELO EFQM DE EXCELENCIA. CICLOS DE MEJORA. MEJORAR EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL II**

*Autores: BERNUES SANZ G, GRACIA-MARCO MA, CABAÑUZ-LATORRE M, SALAS-GUIRAL P, TREMPES-BAGUE J*

*BERNUES SANZ GUILLERMO . CS LAFORTUNADA . ATENCION PRIMARIA (gbernues@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Conseguir que los pacientes en T.A.O., mantengan el rango de INR. Conseguir la participación de todo el equipo en su control y seguimiento.

Minimizar las complicaciones de la terapia con dicumarínicos (hemorragia, trombosis)

El objetivo a medir en este ciclo es, si un año después de implementados los cambios, y habiendo incluido pacientes de elevada complejidad, se siguen manteniendo los estándares alcanzados, y constatar si todavía existen oportunidades de mejora en el control y seguimiento de la T.A.O.

Satisfacción del usuario con los cuidados recibidos: mantener estándares por encima del objetivo del SALUD

**MÉTODO.** Seguimiento longitudinal, a lo largo del año 2009, de los pacientes en TAO con control en nuestro Centro de Salud, incluyendo los nuevos casos y los pacientes desplazados. Explotación datos desde OMITAO .

Se ha publicado y distribuido en nuestros C. S. el "Protocolo de Coordinación del Sector Sanitario de Barbastro, para el control de los pacientes anticoagulados" en cuyo grupo de trabajo participó nuestro EAP entre los años 2007 y 2009.

Los responsables del seguimiento han seguido siendo los mismos desde el principio del ciclo de mejora.

En 2009, se realizaron talleres y sesiones de autoformación específicas en OMITAO en nuestro C. S.

Un miembro del EAP, formador OMI, colaboró con otros C. S. del Sector en la formación para el OMI TAO.

Se mantuvieron los indicadores y los estándares, superponiendo los resultados con los de la evaluación EFQM 2009 (31/12/2009) monitorizando el proceso durante todo el periodo

**RESULTADOS.** A 31 de diciembre de 2008:

% de pacientes en TAO con INR en rango: 84,21% (st >70%),

%de profesionales que hacian el seguimiento TAO era del 91% (st >90%)

% de pacientes con hemorragia 4,54 %(st <10%)

% de pacientes con trombosis 0 %(st <10%)

A 31 de diciembre de 2009

% de pacientes en TAO con INR en rango: 93,75% (st >70%),

%de profesionales que hacian el seguimiento TAO era del 91% (st >90%)

% de pacientes con hemorragia 3,125%(st <10%)

% de pacientes con trombosis 0%(st <10%)

% de pacientes satisfechos con los cuid. sanitarios recib.: 95,3%

(Sector 93,4%, SALUD 94,2%)

**CONCLUSIONES.** Con la aplicación de ciclos de mejora continua de la calidad, los resultados conseguidos se mantienen a lo largo del tiempo, son constatables, y en este en concreto, se consigue que un mayor número de pacientes tengan su INR en el rango recomendado para su patología, habiendo minimizado las complicaciones.

La satisfacción del usuario con los cuidados sanitarios recibidos se mantiene en estándares elevados

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **7**

### TÍTULO. “IDENTIFICACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA”

*Autores: GARCIA SANCHEZ N, VERON JIMENEZ MA, CABAÑAS BRAVO MJ, FUERTES DOMINGUEZ A, SOLANS BASCUAS T, CRESPO MAINAR MC, ESTEBAN HERRANZ MC, ANTOÑANZAS LOMBARTE MA*

*GARCIA SANCHEZ NURIA . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . PEDIATRIA (ngarcias@salud.aragon.es)*

#### OBJETIVOS. Introducción.

En los últimos años se ha producido un importante incremento de los casos de sobrepeso y obesidad infantil, este problema es más frecuente en grupos socio-económicos desfavorecidos y en minorías étnicas. Las características de la población atendida en el Centro de Salud "Delicias Sur" de Zaragoza, con un importante porcentaje de familias inmigrantes (un 35 % de nuestros niños son inmigrantes), especialmente de origen sudamericano, hace a nuestros niños y adolescentes especialmente vulnerables a adquirir sobrepeso-obesidad.

#### Objetivo general.

Mejorar la salud de los niños usuarios de nuestro centro de salud.

#### Objetivos específicos.

1. Identificar y controlar a los niños y adolescentes con sobrepeso, para evitar que desarrollen obesidad.
2. Identificar y controlar a los niños y adolescentes con obesidad, para evitar que se presenten patologías asociadas.

#### MÉTODO. Calendario previsto años 2008 y 2009:

A todos los niños de 6-14 años se les determina el índice de masa corporal (IMC) en cada consulta programada de control del niño sano.. Se obtiene el percentil de dicho IMC y se identifica a los niños con sobrepeso u obesidad según las siguientes normas:

-Niños con percentil de IMC superior a 85 e inferior a 95, sobrepeso.

-Niños con percentil de IMC superior a 95, obesidad.

El resto se identifican como normales. A los niños diagnosticados se les crea el episodio correspondiente en OMI. (T83 y T82).

**RESULTADOS.** En el año 2008 se partía de una prevalencia conocida de sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 14 años en nuestro centro de salud de 6,9%. Existían 144 pacientes identificados.

En el primer año de aplicación del plan de mejora se realizaron 93 nuevos diagnósticos, en el segundo se identificaron 58 niños.

Actualmente hay un total de 295 niños de 6-14 años diagnosticados, lo que supone una prevalencia de este problema en este grupo de edad de 14,16%. La fracción atribuible al plan de mejora en estos 2 años es de un 51,27%.

**CONCLUSIONES.** A pesar de haber introducido en nuestro centro un plan de mejora en la identificación de niños con sobrepeso y obesidad, la prevalencia registrada actualmente (14,16 %) es inferior a la comunicada en la literatura, 27,6 % según la encuesta nacional de salud. Para realizar un buen control de estas patologías es necesario tener identificados a los pacientes subsidiarios de una intervención adecuada.

La inclusión del sobrepeso y obesidad en la cartera de servicios podría suponer un abordaje más eficaz de esta problemática.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **301**

### **TÍTULO. MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN EL SECTOR Z2. INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

*Autores: JIMENEZ BEA L, COCA-MORENO J*

*JIMENEZ BEA LIRIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL (jjimenezb@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Adecuar el Informe de Continuidad de Cuidados Enfermeros (ICCE) como herramienta para el seguimiento y continuidad de los cuidados del paciente, cuando es derivado de atención especializada (AE) a atención primaria (AP) Evaluar la accesibilidad y calidad del mismo, por parte del personal de enfermería de AP.

**MÉTODO.** En 2004, en el Hospital Universitario Miguel Servet, el personal de enfermería de hospitalización, nos iniciamos con la elaboración del ICCE en formato papel, generándose a partir de plantillas creadas con un tratamiento de textos. La transmisión de la información, al nivel asistencial al cual era derivado el paciente, dependía exclusivamente de él o de sus allegados.

La aplicación HP-Doctor, utilizada como gestor de informes del Hospital, nos ha permitido elaborar un formulario estructurado por necesidades básicas según el Modelo de Virginia Henderson, que incluyen diagnósticos enfermeros con taxonomía NANDA, e intervenciones derivadas de problemas de colaboración.

Dicho formulario, revierte en un informe donde constan los datos especificados en el mismo, quedando incorporado a la historia clínica informatizada del paciente. La Enfermera de Enlace, gestiona la información a los Centros de AP para su consulta a través de la Intranet del Sector.

Previo a su inicio, se realizó formación de formadores del personal de enfermería para el manejo de la aplicación informática.

Con el fin de conocer el grado de satisfacción que estos avances habían supuesto, realizamos en mayo de 2009, un estudio descriptivo transversal. El instrumento básico del estudio fue un cuestionario con escala de medición nominal, dirigido a las 235 enfermeras de los 20 centros de AP y ESAD del Sector Z2. , el cual constaba de 7 preguntas cerradas y una abierta.

**RESULTADOS.** Se han formado 150 profesionales en el manejo de la aplicación informática.

Con una tasa de respuesta del 50,63 %, el 94% de los profesionales confirman recibir los ICCEs, un 79% considera que se ha mejorado la información, al 62% le permite aplicar los cuidados más rápidamente, sólo un 37% considera que produce mayor satisfacción en el paciente, el 65,5% piensa que se ha mejorado la seguridad tanto del paciente como del profesional y un 63% percibe que la información transmitida es suficiente.

**CONCLUSIONES.** Se ha establecido un canal de comunicación entre los dos niveles asistenciales, mejorando la información proporcionada. Como áreas de mejora, hemos de trabajar el aumento de la satisfacción de la calidad de la información y determinadas propuestas incluidas en la pregunta abierta.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **19**

### **TÍTULO. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE**

*Autores: VALDOVINOS MAHAVE MC, MONTÓN JM, SANCHEZ C, LUZ J, MARTINEZ P*

*VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION . HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL . UCI (mcvaldovinos@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) causa un incremento en la morbi-mortalidad y en los costes sanitarios. Las guías clínicas de prevención de NAV proponen la aplicación de un "paquete de medidas" para reducir su incidencia.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la implantación de un Protocolo de prevención consistente en la aplicación de un paquete de medidas sobre la incidencia de NAV en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Teruel

**MÉTODO.** Se realizó un estudio prospectivo y observacional. Se elaboró un Protocolo de prevención de NAV consistente en un paquete de medidas basado en las Guías clínicas Americanas y Canadienses (1,2). Se llevó a cabo un programa educacional dirigido a todo el personal de la UCI durante 2 meses. El protocolo fue aplicado a cada paciente con ventilación mecánica (VM) durante más de 48 horas durante el periodo de un año (Enero 09-Enero 10). El paquete de medidas consistió en: Higiene de manos. Uso de medidas de barrera. Utilización preferente de ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Intubación orotraqueal. Posición semisentada (30-45°). Aspiración continua de secreciones subglóticas. Mantenimiento de la presión del globo endotraqueal. Higiene oral con clorhexidina. Supresión de la sedación y evaluación de destete diariamente. Cambio de los circuitos del ventilador no programada. Mantenimiento de los circuitos del ventilador. Profilaxis de sangrado por úlceras de stress. Además, seguimos unas medidas generales de control de la infección que incluyen: Habitaciones individuales. Vigilancia microbiológica. Monitorización y retirada precoz de catéteres. Programa de prescripción antibiótica. Se cumplimentó una hoja de registro de cada paciente con VM con los siguientes datos: edad, APACHE II, diagnóstico, factores de riesgo, uso de VMNI, duración de la VM, realización de traqueostomía, diagnóstico de NAV, datos microbiológicos, duración de la estancia, la mortalidad en la UCI. El cumplimiento del paquete de medidas se verificó mediante un check list.

El impacto de la aplicación del Protocolo sobre la incidencia de NAV fue comparado con datos históricos previos a la implantación en nuestra UCI y en las UCI españolas (estudio ENVIN)

**RESULTADOS.** Se incluyeron un total de 67 pacientes con VM más de 48 horas. La mediana de edad fue de 73 años. El APACHE II medio fue de  $22,5 \pm 8,4$ . Las causas de ingreso fueron en un 87% médicas y un 13% quirúrgicas. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: edad > 65 años, cirugía urgente, enfermedad pulmonar previa e inmunodepresión. La VMNI se utilizó en un 23%. La mediana de duración de la VM fue 8 días. Se realizó traqueostomía a un 19,5% de pacientes con una media de retraso de  $15 \pm 7$  días. Hubo 3 episodios de NAV y la tasa de NAV por 1000 días de ventilación fue de 4,57. Las NAV fueron causadas por *Cándida albicans*, *Pseudomona aeruginosa* y *Enterobacter aerógenos*. La duración de la estancia en UCI fue de 17,6 días. La mortalidad fue de un 26% (sólo un paciente con NAV). La tasa de cumplimiento con el paquete de medidas fue del 100%.

La tasa de NAV por 1000 días de ventilación tras la implantación del paquete de medidas en nuestra UCI disminuyó significativamente de un 12,54 en 2008 a un 4,57 en 2009

**CONCLUSIONES.** La incidencia de NAV fue reducida tras la implantación de un Protocolo de prevención basado en las Guías de práctica clínica.

(1) CDC. Guidelines for preventing health-care associated pneumonia. MMWR 2004;53(RR-3):1-36. (2) The Canadian Critical Care Trials Group. Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: prevention. J Crit Care 2008;23:126-137

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **313**

### TÍTULO. UN BALANCE DE NARICES: EL PRIMER AÑO DE PAYASOS DE HOSPITAL

*Autores: ILZARBE SIMORTE D, LOPEZ-DE LA OSA JA, DOMINGUEZ-GARCIA M, CLEMENTE-ROLDAN E, VELA-MARQUINA ML, NOYA-CASTRO MC, "CLOWNTAGIOSOS"*

*ILZARBE SIMORTE DANIEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UNIDAD DE CALIDAD (payasosdehospital@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Clowntagiosos es una asociación constituida por 45 estudiantes de medicina que visitan semanalmente de forma voluntaria y personalizada a niños ingresados del Hospital Infantil, Hospital Miguel Servet (HI) implantando el modelo de Clown-Doctors (años 70, Nueva York). Objetivos:

- Minimizar el stress que supone la hospitalización ofreciendo momentos de distracción a los niños ingresados y sus familiares.
- Colaborar estrechamente con el equipo sanitario para personalizar la atención y humanizar la asistencia. Integrarse en la dinámica hospitalaria aportado un nuevo enfoque psicosocial en la relación con el paciente

**MÉTODO.** En 2008 se constituye formalmente la asociación y en Mayo de 2009 junto con la Subdirección de Enfermería del HI y con el apoyo de la Unidad de Calidad, inicia su actividad en el HI. A pesar de que su presencia es totalmente voluntaria, garantizan su profesionalidad con una importante formación inicial y trabajo en grupo semanal para preparar las "actuaciones" con los niños. Dada su condición de voluntarios es frecuente la rotación anual de payasos por lo que tienen establecido un plan de formación e integración de nuevos voluntarios. Todos los jueves por la tarde acuden al HI, el personal de enfermería les facilita información de interés de cada niño para poder personalizar su actuación. Todos los Clowntagiosos firman un compromiso de confidencialidad y tienen un plan de evaluación continuada mediante encuestas a padres y a los propios payasos.

**RESULTADOS.** - Visita a una media diaria de 25 niños de 3 a 16 años.

- Integración con el personal sanitario, actividades del hospital y con el resto de Voluntariado del HI.
- 173 encuestas a padres con 6 preguntas: 99,4% considera positiva la actividad y el 97,4% que esta actividad contribuye a mejorar el ánimo de sus hijos. Al 91,4% de los niños y al 98,8% de los padres les gustaría que se repitiera, con un 92,5 de satisfacción global. Los clowns cumplieron 374 encuestas; el 69,1% de los niños parecen estar muy o bastante interesados con un 70,3% de satisfacción general, con diferencias respecto a la edad (mayor en niños de 5-10 años).
- Existe una correlación entre los resultados y muestras de agradecimiento de niños y familiares. La actividad semanal de Clowntagiosos forma parte de la rutina hospitalaria, y los profesionales colaboran activamente proporcionando su experiencia y conocimiento.

**CONCLUSIONES.** La actividad ha sido positiva para el HI, personal sanitario, pacientes y sus familias; se ha de mantener y plantear nuevos objetivos (acompañamiento a quirófano, pruebas diagnósticas).

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **227**

### **TÍTULO. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN CATÁLOGO DE MATERIAL DE FORMACIÓN DEL SECTOR ZARAGOZA III**

*Autores: VILLAVERDE ROYO MV, VILLAVERDE MV, VELA P, VERON P, HERNANDEZ E, CASTAN S, SERRANO D*

*VILLAVERDE ROYO MARIA VICTORIA . UNIDAD DOCENTE MFYC ZARAGOZA 3 . UNIDAD DOCENTE (vickyvillaverde@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** EL SECTOR III DE ZARAGOZA DISPONE DE DISTINTOS DISPOSITIVOS TANTO A NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA COMO A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA DOTADOS DE RECURSOS DEDICADOS A LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD. ACTUALMENTE CADA UNA DE ESTAS UNIDADES DE FORMACIÓN DISPONEN DE UN CATÁLOGO DE RECURSOS MÁS O MENOS ORGANIZADO , ASÍ COMO DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE MATERIAL ADAPTADO A SUS NECESIDADES. PARTIENDO DE ESTA REALIDAD EL PROYECTO NACE BAJO EL OBJETIVO DE CREAR SINERGIAS ENTRE LOS TRES DISPOSITIVOS , QUE PERMITAN UN USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS DE FORMACIÓN DISPONIBLES, DE MANERA QUE EL MATERIAL QUE ACTUALMENTE ESTE EN CUALQUIERA DE LOS TRES DISPOSITIVOS PUEDA SER UTILIZADO POR CUALQUIER PROFESIONAL DEL SECTOR QUE LO PRECISE

**MÉTODO.** SE HA DISEÑADO UN PROCESO DE GESTIÓN DE MATERIAL DOCENTE SE HAN REDISEÑADO , ESTANDARIZADO E INFORMATIZADO LOS PROCEDIMIENTOS QUE REGULAN LOS PLAZOS Y PASOS A SEGUIR PARA LA CORRECTA GESTIÓN DEL MATERIAL SE HAN CREADO LOS REGISTROS, Y FORMULARIOS CON SOPORTE INFORMÁTICO DE MANERA QUE TODA LA GESTIÓN DEL MATERIAL PUEDA SER SOLICITADA POR INTERNET. SE HA DISEÑADO UN CATÁLOGO CON UN TOTAL DE 22 INSTALACIONES Y APARATOS DISPONIBLES SE HA DIFUNDIDO ESTE PROYECTO EN LOS CENTROS DOCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DOCENTE DE MFYC DEL SECTOR III SE HA ENVIADO DICHO CATÁLOGO CON LOS PROCEDIMIENTOS Y FORMULARIOS DE SOLICITUD A TODOS LOS TUTORES DE RESIDENTES Y RESPONSABLES DE DOCENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR

**RESULTADOS.** SE DISPONE ACTUALMENTE DE UN CATÁLOGO CON 22 INSTALACIONES Y APARATOS DISPONIBLES SE HA HECHO LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTE PROCESO EN LOS CENTROS DE SALUD DOCENTES DEL SECTOR III SE HAN TRAMITADO UN TOTAL DE 32 SOLICITUDES DE MATERIAL DOCENTE DURANTE EL AÑO 2009 SIN DETECTARSE NINGUNA INCIDENCIA

**CONCLUSIONES.** QUEDA PENDIENTE LA REALIZACIÓN DE UN REGISTRO Y PROCEDIMIENTO DE INCIDENCIAS Y ACCIONES DE MEJORA ANTES LA DETECCIÓN DE DETERIORO DEL MATERIAL O FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PLAZOS SOBRE EL MATERIAL PRESTADO QUEDA PENDIENTE LA DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL CATÁLOGO EN LOS DISPOSITIVOS Y PERSONAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A EXCEPCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DONDE YA SE HA REALIZADO SE PRETENDE DURANTE EL AÑO 2010 AUMENTAR EL NÚMERO DE MATERIALES INVENTARIADOS EN EL CATÁLOGO A EXPENSAS DEL MATERIAL DISPONIBLE EN DISTINTOS SERVICIOS DEL HCU LOZANO Blesa