

MESA 4

PÓSTERS

SALA 108

19 DE JUNIO 18:30 HORAS

TITULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD PARA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

AUTORES Flamarique Pascual A, Sánchez Marteles M, Sierra Bergua B, Ruiz Ruiz FJ, Callejo Plazas MJ, Ruiz Laiglesia F.

CENTRO DE TRABAJO HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" Servicio de Medicina Interna.

TIPO DE COMUNICACIÓN Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE

INSUFICIENCIA CARDIACA , CALIDAD

OBJETIVO DEL TRABAJO

Valorar si la implantación de una serie de medidas (aplicación de guías de practica clínica, ofrecer la posibilidad de un seguimiento en una consulta especifica ...) mejora la morbimortalidad de los pacientes que ingresan en un servicio de medicina interna con el diagnostico de insuficiencia cardiaca (IC).

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se realizó un seguimiento de los pacientes que ingresan con el diagnóstico de IC en nuestro servicio durante 1 año valorando los reingresos y la mortalidad al año.

Se usó como grupo de control los pacientes con el mismo diagnostico en el año previo.

se ofertó la posibilidad de seguimiento de los pacientes a sus medico de atención primaria estableciendo un formato de comunicación a través de carta y correo electrónico.

Para la recogida de los datos se ha empleado la base de datos del entorno Windows Access 2003 y para la evaluación el programa estadístico SPSS 11.5 y la prueba T de Student para comparar los grupos así como la prueba de Chi-cuadrado para valorar parámetros de calidad en IC.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

No se observan diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) tanto en el número de reingresos como en la mortalidad por IC.

En los resultados de proceso como es la realización de ecocardiogramas en todo paciente con el diagnóstico de IC se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de seguimiento con una $p < 0,00$

CONCLUSIONES

La escasa respuesta por parte de los Médicos de Atención Primaria debido a diversos factores: la presión asistencial, la dispersión de nuestra población, los recursos sanitarios y la vía de comunicación

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el número de reingresos ni en el número de exitus al año entre los grupos.

La implantación del programa de Calidad en el Servicio ha mejorado sustancialmente la aplicación de las guías de práctica clínica en IC como demuestran los resultados.

TITULO

COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL. PROYECTO DE MEJORA: MANEJO DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

AUTORES

Caro F¹, Pérez A², García Campayo J¹, Martínez JA³, Rodríguez MJ³, Martín A⁴, Ollero E⁴.

CENTRO DE TRABAJO

¹USM Torrero-La Paz, ²USM Fuentes Norte, ³CS Torrero, ⁴CS Fuentes Norte.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral x Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: IX Jornadas SARP

PALABRAS CLAVE

Depresión, grupo de mejora, coordinación primaria-especializada.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Mejorar la detección de caso y la asistencia de los trastornos psiquiátricos de depresión y ansiedad en la atención primaria, mejorar la derivación a atención especializada y la coordinación entre AP y AE.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Durante el año 2005 se realizó un grupo de mejora multidisciplinar entre dos EAP y dos USM del Sector Zaragoza-II. Fase inicial de estudio de las guías de práctica clínica (GPC) de tratamiento de depresión y ansiedad en AP disponibles. Reuniones de consenso de cara a implementar los contenidos en nuestro medio. Realización de un instrumento de valoración del tratamiento y derivación a USM, así como de valoración del informe de devolución a EAP.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se realizó un documento consensuado de actuaciones y etapas para la consecución de una mejor asistencia y comunicación entre niveles asistenciales: seguir directrices de tratamiento ampliamente recomendadas; se establecen buenas prácticas en la derivación y en la priorización de la misma; se establecen pautas para el manejo práctico de la derivación a USM y de mejora de la comunicación entre MAP y USM; se consensúa los contenidos de la derivación a USM y también los del informe de contestación a MAP. Se amplía la presencia del USM en las sesiones del EAP con la presentación los resúmenes de las guías clínicas, manejo psicofarmacológico, intervenciones no farmacológicas y manejo práctico de situaciones clínicas, según el interés de los EAP. Se decide realización conjunta de material divulgativo y la posibilidad de sesiones para abordar pacientes difíciles.

CONCLUSIONES

Los grupos de mejora interdisciplinares son una herramienta válida a la hora de mejorar la comunicación y coordinación entre equipos de distinto nivel asistencial. Existe un amplio margen de mejora en la detección, manejo farmacológico, no farmacológico y derivación de los trastornos ansioso-depresivos en atención primaria. Los equipos de mejora son capaces de realizar buenos enfoques para la mejora de los procesos asistenciales, pero los despliegues (implantación y sistemática) requieren de la implicación de líderes de todos los niveles de la organización.

TITULO

PROYECTO DE ACREDITACIÓN DE HEMATIMETRÍA SEGÚN UNE-EN ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

Recasens V^a, Rubio-Martínez A^a, Montañés MA^a, Pérez-Barrachina MC^a, Lucía JF^a, Vela M^b, García-Mata JR^b, Giralt M^a, Solano V^c.

CENTRO DE TRABAJO

^aServicio de Hematología y Hemoterapia. ^bUnidad de Calidad Asistencial. ^cSubdirección Médica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE

Acreditación. ISO 15189. Hematimetría

OBJETIVO DEL TRABAJO

Dentro del plan estratégico autonómico se recoge la acreditación de los laboratorios conforme a la norma UNE-EN ISO 15189 de competencia técnica. Con la implantación de este sistema de calidad en el laboratorio se pretende garantizar la mejor utilización de los recursos, garantizar la competencia técnica y por tanto de los resultados, disminuyendo los riesgos derivados de la misma.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se ha iniciado un programa de adecuación para la acreditación de la técnica de Hematimetría. Evaluación y análisis de los requisitos, valoración por la empresa externa colaboradora en el proyecto para el apoyo y preparación a la acreditación. Posterior formación en conceptos, sistemas de Calidad y norma ISO 15189 a todo el personal involucrado en el área objeto de acreditación. Elaboración de toda la documentación, implantación de todas las actividades, documentos, y registros. Reuniones semanales con todos los responsables de calidad de los laboratorios del hospital y Subdirección Médica de Servicios Centrales. Verificación de las actividades emprendidas mediante la realización de auditorías internas para detección de no conformidades o desviaciones de la norma. Programación de la realización de Auditoría Externa para la acreditación. Como indicadores del proyecto se han empleado los siguientes: Cumplimentación de las instrucciones programadas para la acreditación de Hematimetría (Indicador: número de instrucciones cumplimentadas dentro de los plazos de entrega establecidos. Nivel aceptable 97%). Elaboración de talleres de formación para todas las involucradas en el área objeto de acreditación (Indicador: porcentaje de encuestas de evaluación de los asistentes con resultado satisfactorio. Nivel aceptable >70%)

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Según el cronograma del proyecto hasta la fecha se ha realizado la elaboración de toda la documentación escrita e implementación con la realización de auditoría interna. La programación posterior contempla en los próximos meses: Adecuación de las desviaciones detectadas. realización de la auditoría externa y adecuación o cumplimentación de las no conformidades detectadas para la acreditación

CONCLUSIONES

El desarrollo del proyecto ha ido cumpliendo satisfactoriamente las instrucciones programadas. Las etapas de formación y elaboración de documentación se han finalizado satisfactoriamente. La implicación de la dirección del laboratorio y hospitalaria son fundamentales para el correcto desarrollo del proyecto.

TITULO

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

Recaséns V^a, Rubio-Martínez A^a, Vela ML^b, García-Mata JR^b, Giralt M^a, Solano V^c.

CENTRO DE TRABAJO

^aServicio de Hematología y Hemoterapia. ^bUnidad de Calidad Asistencial. ^cSubdirección Hospitalaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Toledo 2006

PALABRAS CLAVE

Encuesta satisfacción, acreditación, laboratorio

OBJETIVO DEL TRABAJO

Conocer el grado de satisfacción y las sugerencias en relación al laboratorio de Hematología por parte de los diferentes servicios hospitalarios a través de encuesta individualizada acorde con la normativa ISO 15189 para acreditación de laboratorio

METODOLOGÍA EMPLEADA

Envío de encuesta de satisfacción en mayo 2005 a personal facultativo descartando servicios centrales y 24 facultativos participantes del pretest (3 Hospital infantil, 2 Maternidad, 2 Traumatología y 15 Hospital General). Misma selección para médicos residentes. Encuesta de 23 preguntas con respuesta numérica (1-10) en 21 y descripción de aspectos más negativos y positivos en las otras 2. Apartados evaluados: Grado de conocimiento del catálogo de pruebas, suficiencia para sus necesidades diagnósticas, calidad analítica, modelo de solicitud de pruebas y nivel de conformidad, informe de resultados, horario del laboratorio, tiempos de respuesta diagnóstica y comunicación directa con el laboratorio

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

699 encuestas enviadas con respuesta en 87. Medias en cada apartado: grado de conocimiento del catálogo de pruebas (6,42), suficiencia para sus necesidades diagnósticas (7,58), grado de confianza en resultado (8,28), garantía de confidencialidad (6,27), facilidad de cumplimentación (7,59), facilidad para indicar diagnóstico de presunción (6,07), importancia de indicar diagnóstico (7,38), nivel de cumplimentación del diagnóstico de presunción (5,43), interés en realizar solicitud vía informática (8,07), identificación paciente (8,51), suficiencia de la información del resultado (8,18), claridad para la comprensión del resultado (8,15), recepción informe vía informática (7,35), horario solicitud de analítica programada (6,50), horario de atención a pacientes ambulatorios (6,61), tiempos respuesta de analíticas urgentes (7,04), y de analíticas programadas básicas (7,50), y de pruebas especiales (6,25), comunicación directa con facultativos (7,72), y secretaría (7,35) y valoración del proceso de informatización del laboratorio (7,84). La media del global de la encuesta se sitúa por encima de 7 puntos.

CONCLUSIONES

La media del global de la encuesta es un buen resultado de partida que podrá superarse implantando las mejoras necesarias. Es necesario desarrollar acciones para dar a conocer mejor el catálogo de pruebas. La calidad de la analítica es muy valorada. La facilidad para indicar el diagnóstico de presunción y su nivel de cumplimentación son aspectos a mejorar. El bloque relacionado con el informe de resultados muestra una tendencia superior a la media de todos.

TÍTULO INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE CON SÍNDROME SUBACROMIAL.

AUTORES Morata Crespo A. B., Ripol Muñoz E., Lera Carreras M.S.

CENTRO DE TRABAJO HOSPITAL MIGUEL SERVET, SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: 44 Congreso SERMEF (Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación), 15 Congreso internacional de Medicina física y rehabilitación.

PALABRAS CLAVE

OBJETIVO DEL TRABAJO La prevalencia del dolor de hombro es de entre el 6.9 al 34% en todo el mundo, en las personas mayores de 65 años es del 21%. Esta patología es causa del 2.1% de todas las consultas médicas. Una de las causas intrínsecas del dolor de hombro es el Síndrome subacromial y la tendinitis del manguito rotador.

METODOLOGÍA EMPLEADA Tras revisar las diferentes páginas web de las Sociedades médicas más importantes, que recogían información para pacientes, encontramos que había mucha información sobre el tipo de ejercicios a realizar pero ninguna sobre la modificación de las actividades de la vida diaria y domésticas.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Creamos una guía de información dividida en dos partes, en la primera se da una explicación básica sobre anatomía y fisiopatología, y en la segunda sobre actividades como: vestirse, bañarse, planchar, cocinar, limpiar, y la posición de descanso nocturna.

CONCLUSIONES

En la fase aguda del Síndrome subacromial es fundamental que el paciente aprenda modificaciones ergonómicas y la causa anatómica de su dolor, pudiendo de esta forma atenuarlo.

TITULO INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE CON ARTROSIS DE RODILLA

AUTORES Morata Crespo A.B., Ripol Muñoz M.A.; García García E.L. , Sánchez Arellano J.

CENTRO DE TRABAJO HOSPITAL MIGUEL SERVET, SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: 45 Congreso SERMEF(Sociedad española de medicina física y rehabilitación).....

PALABRAS CLAVE: patient´s information, osteoarthritis Knee,

OBJETIVO DEL TRABAJO La artrosis de rodilla es una de las patologías que con más frecuencia se ve en la consulta de rehabilitación, dentro de las medidas terapéuticas con más alto nivel de evidencia se encuentra la educación y la información al paciente, con este fin se diseñó el folleto informativo que presentamos.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Utilizamos un folleto informativo compuesto de 6 hojas, portada y contraportada, en la primera hoja damos respuesta a las preguntas más frecuentes sobre el tema, en la segunda se abordan actividades que deben evitar los pacientes, en la tercera actividades que hay que realizar, la cuarta y quinta hojas dan un programa de ejercicios, y la última un decálogo de oro.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO La aceptación por parte de los pacientes ha sido buena, con aceptación del folleto por el 100% de las personas a las que les ha sido ofrecido.

CONCLUSIONES

Apoyar con material escrito las recomendaciones educativas ayuda en el cumplimiento de las mismas, mejorara la calidad asistencial percibida por el paciente y mejora homogeneidad de las recomendaciones terapéuticas.

TITULO

ESTUDIO DE LA MEJORA DE LA FASE PREANALÍTICA

AUTORES González-Irazábal, Y*; García-Castañón, S*; García-González, E*; García-Rodríguez, B*; Izquierdo-Álvarez, S*; Zapatero-González, MP****CENTRO DE TRABAJO** HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA.ZARAGOZA**TIPO DE COMUNICACIÓN** Oral Póster x

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: ...CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES.....

OBJETIVO DEL TRABAJO

El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet, en su propósito de implementar un Sistema de Gestión de Calidad hace un análisis de todos los posibles riesgos a tener en cuenta en la fase preanalítica.

Se evaluará para ello la posibilidad de automatizar la fase preanalítica.

Definir indicadores de calidad para la evaluación de la posible automatización de la fase preanalítica.

METODOLOGÍA EMPLEADA

En el Servicio de Bioquímica Clínica se crea un Grupo de Mejora para la Calidad, siendo uno de sus propósitos el estudio de proyectos para mejorar todos los aspectos incluidos en la fase preanalítica.

Para dicho estudio se definen una serie de Indicadores de Calidad, entre los cuales se encuentran:

Incidencias relacionadas con el paciente: tiempo de espera para realizar la extracción, adecuado estado del paciente para el análisis requerido, correcta extracción de la muestra..

Incidencias en el transporte: correctas condiciones en el transporte (temperatura, derrame, tiempo..)

Incidencias administrativas: peticiones sin identificar, peticiones incorrectas, peticiones incompletas, peticiones duplicadas..

Incidencias en las muestras: muestras sobrantes, muestras sin identificar, muestras incorrectas, muestras insuficientes, muestras no identificadas correctamente, contenedor inadecuado, aditivo no adecuado, muestras coaguladas, muestras lipémicas, muestras hemolizadas..

Incidencias relacionadas con la conservación de la muestra hasta su análisis: temperatura, tiempo..

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El Grupo de Mejora de la Calidad será responsable del registro de todas las incidencias observadas, estableciendo las no conformidades y definiendo acciones correctivas para la mejora de la calidad preanalítica.

CONCLUSIONES

La evaluación de los Indicadores de Calidad en el Laboratorio de Bioquímica Clínica es imprescindible para evaluar el proceso preanalítico y conseguir una mejora continua.

La automatización de dicho proceso puede ser una herramienta útil en el control y mejora de la fase preanalítica

TÍTULO DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACION EN HEMATOLOGIA PARA PERSONAL DE HOSPITAL DE DIA DENTRO DEL PROGRAMA FOCUSS

AUTORES Giraldo P, Rubio-Martinez A, López C, Galego T, Ruiz MJ, Recasens V.

CENTRO DE TRABAJO

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

TIPO DE COMUNICACIÓN

Oral Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:.....

PALABRAS CLAVE

Formación. FOCUSS.

OBJETIVO DEL TRABAJO

El programa de formación organizada en competencias utilizadas en el sistema de salud ofrece la posibilidad de utilizar los recursos disponibles en él para formar a profesionales sanitarios en el aprendizaje de técnicas y procedimientos aplicables de forma práctica a su ámbito de trabajo para implementar habilidades y competencias.

El programa de formación aplicado al personal de Hospital de día (HD) de Hematología consta de dos fases que plantea como objetivos: Proporcionar una visión general de las enfermedades hematológicas desde el momento del diagnóstico, conocer el proceso que supone el afrontamiento de la enfermedad y la repercusión psicológica y social de las neoplasias hematológicas. Importancia de las nuevas aproximaciones diagnósticas y terapéuticas. Adquirir habilidades en la planificación de la asistencia integral del paciente con la mejor utilización de recursos en régimen de ambulatorio.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Estos aspectos están cubiertos por un programa teórico distribuido en 15 sesiones impartidas por especialistas en Hematología y otras especialidades relacionadas y por personal de enfermería habituado al cuidado del paciente hematológico y con planteamiento eminentemente práctico.

La parte práctica directa está organizada en la atención diaria en la Unidad para conocer de forma directa la complejidad de las enfermedades hematológicas. Como se realiza la planificación de un nuevo tratamiento, como funciona el proceso del tratamiento programado en HD, desde la citación hasta el alta. Manejo y formas de aplicación de los principales fármacos en el tratamiento de neoplasias hematológicas. Trabajar con protocolos organizados de trabajo. Vías de administración. Cuidado de accesos venosos, catéteres, reservorios y bombas de perfusión. Porqué utilizar premedicación con algunos fármacos y productos biológicos. Cuáles son las preguntas más frecuentes que realizan los pacientes en relación con la enfermedad y su tratamiento. Cómo resolver las complicaciones más habituales del tratamiento. Porqué se utilizan factores eritropoyéticos, de crecimiento y otros tratamientos adyuvantes. Cómo proporcionar al paciente la mejor atención personalizada y el apoyo clínico y psicológico preciso.

Realización de una jornada de información a pacientes y médicos de Atención Primaria. Para la realización del programa se cuenta con los recursos humanos y materiales de HD y la colaboración de especialistas y profesionales que desinteresadamente proporcionan información sobre conocimientos y experiencia. Para evaluar los conocimientos adquiridos al final del programa se solicita la colaboración de los alumnos para realizar una prueba en la que se contemplan supuestos y problemas a resolver en el escenario de HD. Así mismo se solicita una encuesta de satisfacción para conocer si se han alcanzado los objetivos del curso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

La experiencia se ha realizado por primera vez en este año y la participación e interés han sido elevados. Los participantes han expresado un elevado porcentaje de satisfacción en cuanto a los contenidos teóricos y los aspectos prácticos del programa. Los aspectos organizativos son mejorables pero el conjunto de la experiencia ha alcanzado una elevada calificación, según los resultados de la encuesta

CONCLUSIONES

La experiencia realizada ha sido satisfactoria tanto para formadores como para becarios. Precisa mejorar algunos aspectos prácticos para implementar la organización y eficiencia.

TÍTULO

TRAZABILIDAD DEL PROCESO ANALÍTICO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

AUTORES García-Rodríguez, B; González-Irazábal, Y; García-Castañón, S; García-González, E; Calvo-Ruata, ML; García de Jalón-Comet, A.**CENTRO DE TRABAJO** HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA.ZARAGOZA**TIPO DE COMUNICACIÓN** Oral Póster x

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál:...CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

OBJETIVO DEL TRABAJO

El concepto de trazabilidad implica dejar constancia de una determinada actividad para que se le pueda seguir la pista. La trazabilidad de las determinaciones es un elemento que afecta considerablemente a la fiabilidad de los informes producidos por el Laboratorio Clínico.

Desarrollo de un sistema que trace el resultado de una determinación analítica con la Documentación del Sistema de Calidad y los consumibles que intervienen en el proceso.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Actualmente el Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet cuenta con un sistema informático, Modulab Gold de IZASA, donde quedan registrados el equipo y la hora de análisis, incidencias y errores durante la determinación, reactivos, materiales de calibración y materiales de control que intervienen en el proceso analítico. Se tiene en cuenta que cada análisis se puede realizar en más de un equipo, con reactivo, calibradores y controles diferentes.

Para un mayor control en la trazabilidad del proceso analítico se requiere un sistema que identifique los consumibles en el momento de su recepción, con la marca, modelo, sistema y lote. Esta posibilidad está contemplada en el sistema informático Modulab Gold de IZASA, siendo necesaria una formación y concienciación previa del personal.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Con la introducción de las aplicaciones informáticas necesarias, y la formación del personal, cada prueba que se realiza en el laboratorio lleva asociada la documentación del Sistema de Calidad y la información de los reactivos, calibradores y controles de calidad utilizados, consiguiendo la trazabilidad del proceso analítico.

CONCLUSIONES

El plan de trazabilidad permite obtener y conservar en el sistema informático del laboratorio toda la información técnica asociada a cada resultado analítico, incrementando la fiabilidad de los informes producidos.

TITULO

EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN UN LABORATORIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA.

AUTORES García-González, E*; García-Rodríguez, B*; González-Irazábal, Y*; García-Castañón, S*; Izquierdo-Álvarez, S*; Zapatero-González, MD**

CENTRO DE TRABAJO HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. ZARAGOZA

TIPO DE COMUNICACIÓN Oral Póster x

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: ... CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

OBJETIVO DEL TRABAJO

El Laboratorio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, escoge a la Unidad de Metales como pionera para la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad.

En este proyecto están implicados, además del Servicio de Bioquímica Clínica, los Servicios de Hematología, Microbiología y Anatomía Patológica, escogiendo cada uno de ellos un área específica de implantación

Describir la organización de trabajo adoptada en la Unidad de Metales para la implementación del Sistema de Calidad según la norma ISO 15.189, así como la colaboración con el resto de Unidades implicadas en este proyecto.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Dentro del Hospital se ha establecido un modelo de colaboración entre los diferentes Servicios implicados, para facilitar la gestión de aspectos comunes a todos ellos. Para ello se nombra un Comité de Calidad constituido por personal de cada uno de los Servicios. En cuanto a los aspectos prácticos relacionados con la implementación del Sistema de Calidad se cuenta con la ayuda y supervisión de una Consultoría de Calidad Externa.

Para tratar temas específicos de la Unidad de Metales, el Servicio de Bioquímica Clínica cuenta con un Grupo de Mejora de la Calidad, que bajo la supervisión del Responsable de Calidad y del Responsable Técnico aborda todos los temas relacionados con la documentación, formación del personal, organización del trabajo, etc....

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El Comité de Calidad lleva a cabo:

- La elaboración de una pirámide documental común
- Definición de objetivos de calidad y plan de formación conjuntos
- Realización de las auditorías internas comunes para los procesos compartidos, además de las específicas de cada Unidad

El Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio de Bioquímica Clínica se reúne semanalmente para la elaboración y revisión de documentación común y específica de la Unidad, así como para la organización interna de personal y trabajo.

CONCLUSIONES

Este proyecto común entre los diferentes Servicios permite un mejor conocimiento mutuo, aumento de la relación entre los profesionales de los mismos, cambio en el enfoque de los problemas que antes se visualizaban desde una perspectiva cliente-proveedor y ahora se resuelven en común, mejora de los procesos compartidos, y refuerzo de los Servicios en el difícil contexto sanitario actual.