

# MESA 5

## Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

**JOSE IGNACIO CASTAÑO LASAOSA**

*Director de Atención Especializada de SALUD*

## NORMAS ISO

**SALON DE ACTOS**

**16 de JUNIO 11:30 horas**



**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO PARA OBTENER LA ACREDITACION HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS**

*Autores: Lumbierres C\*, Minguez J, Calvo MJ, Bustillo M, Lalaguna P*

*\* CONCEPCION LUMBIERRES SUBIAS. HOSPITAL DE BARBASTRO (clumbierres@salud.aragon.es)*

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** En 2004 el Hospital de Barbastro se embarcó en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) lanzada por la OMS y UNICEF con objeto de promover la lactancia materna y la humanización perinatal. En junio de 2008 evaluadores de UNICEF realizaron la auditoría externa, encontrando deficiencias en 3 de los 10 ítems valorados, lo que obligó a diseñar estrategias de mejora en el sector II de la provincia de Huesca con objeto de superar la evaluación antes de Junio 2009.

**Objetivos:**

- Formar/informar a todos los profesionales sanitarios
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
- Mejorar el sistema de registro de enfermería

**METODOLOGÍA.** La Comisión de Lactancia Materna del Hospital analizó el informe de los evaluadores y propuso las siguientes medidas:

- Se organizó un curso de lactancia materna en el que se trabajaron las habilidades prácticas por medio de talleres para formar al personal de nueva incorporación y "reciclar" a los profesionales ya formados.
- Se revisaron, actualizaron y difundieron diferentes protocolos. Esto permitió unificar modos de actuación en todos los servicios implicados.
- Para mejorar la coordinación entre niveles se elaboró y difundió un protocolo consensuado entre las partes implicadas.
- Se diseñó un modelo de registro de enfermería accesible a todo el personal con atención directa y que permitiera tener una visión rápida de la situación de cada paciente.

**RESULTADOS.** En cuanto a formación, se impartió un curso de capacitación en Marzo de 2009, con un total de 84 asistentes de todos los servicios implicados. Con esto se consiguió que todas las mujeres durante su estancia recibieran formación acerca de la extracción manual, reduciendo la administración de suplementos de leche artificial durante la estancia de los RN.

Por otro lado, se elaboraron los siguientes protocolos:

- "Contacto Piel con Piel" en las cesáreas, evitando así la separación madre-recién nacido y favoreciendo el inicio precoz de la lactancia.
- "Atención al parto normal y coordinación entre primaria y especializada". Con ello se consiguió que todas las mujeres recibieran información de lactancia durante el embarazo.

**CONCLUSIONES.** En abril de 2009 nos concedieron el Galardón Hospital Amigo de los Niños.

El trabajo en equipo es fundamental y gratificante para todos los implicados, beneficiándose de ello la madre y el niño.

Al mejorar la asistencia guiando el proceso natural de la maternidad y reforzando a la madre en su cuidado propio y en el de su hijo, conseguimos niños más sanos y madres/padres más confiados.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

---

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. DISEÑO DEL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2008-2012**

*Autores: Thomson C\*, Camacho MA, Andres A, Minguillon A*

*\* CONCHA THOMSON LLISTERRI. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL (cthomson@salud.aragon.es)*

---

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** Nos planteamos el Plan de Calidad (PC) como un instrumento integrador de las actividades de calidad, motivador e impulsor de acciones de mejora en toda la organización. El PC pretende impulsar un cambio de cultura en el hospital que implique a todas las personas que trabajan en él.

**METODOLOGÍA.** El PC se basa e inspira en la misión, visión y valores del hospital por lo que inicialmente los revisamos y definimos. Contamos con el compromiso e implicación de la Dirección del hospital y el gerente del sector.

Para la elaboración, diseño y puesta en marcha del PC se ha creado una estructura estable de gestión de la calidad, dinámica y participativa que permita alcanzar los resultados esperados.

Se constituyó la Unidad de Calidad Asistencial (UCA), incorporando en ella al equipo directivo. Desde la UCA se han definido, renovado y dinamizado las Comisiones Clínicas y creado Grupos de mejora específicos. Se constituyó la Comisión de Calidad (CC), dependiente de la UCA cuya finalidad es velar por el desarrollo y cumplimiento del PC. Se han definido los niveles de responsabilidad del Gerente, Dirección, UCA, CC, coordinadora de calidad, comisiones, grupos de trabajo y mandos intermedios.

A partir de ese momento la metodología fue:

- Análisis de situación
- Diagnóstico de factibilidad
- Identificación de problemas y oportunidades de mejora a partir de:
  - . Autoevaluación EFQM 2006 y 2007 y áreas de mejora
  - . Resultados de la Auditoría Docente del 2007
  - . Evaluación de los indicadores de calidad de los Contornos de gestión del 2006 y 2007
  - . Encuestas de satisfacción de pacientes
  - . Encuestas de calidad de vida profesional
  - . Análisis de reclamaciones y quejas
  - . Memoria Funcional del nuevo hospital en la que participaron más de 80 profesionales del hospital en 5 grupos de trabajo.

**RESULTADOS.** Durante el año 2008, una vez definida la estructura de gestión de calidad, se diseñó el PC. Se han definido 5 líneas estratégicas, cada una de ellas tiene una serie de objetivos estratégicos que se han desplegado en unas acciones que se definen en el plan de acción para llevarlos a cabo. Se ha elaborado un cronograma de trabajo de las acciones con sus diferentes responsables y comisiones o grupos de trabajo.

**CONCLUSIONES.** El PC como un tránsito al nuevo Hospital, un caminar construyendo un nuevo modelo de gestión basado en la seguridad clínica, la atención sanitaria personalizada y humana, la garantía de la calidad asistencial, la mejora continua y el compromiso con la sociedad, con la imprescindible implicación y participación de los profesionales.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

---

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. ACTUALIZACIÓN EN BIOÉTICA DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO -SECTOR TERUEL-**

*Autores: Carod E\*, Gomez C, Peña F, Montesinos J, Soriano JC, Palomar P*

*\* ETEL CAROD BENEDICO. CS MONREAL DEL CAMPO (ecarod@salud.aragon.es)*

---

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Objetivos:**

- " Impregnación y ampliación de conocimientos en bioética: fundamentación, historia, actualidad y método deliberativo.
- " Mejorar la satisfacción y la atención sanitaria de nuestros pacientes y entorno basándonos en dichos conocimientos.
- " Mejorar la satisfacción y la relación entre profesionales del centro.
- " Facilitar el conocimiento y utilización del comité de bioética del sector Teruel.

**METODOLOGÍA.** Se trata de realizar un diagnóstico de la situación sanitaria en el centro de salud de Monreal comenzando con un estudio descriptivo de los conocimientos existentes en nuestros profesionales sobre bioética. Mediante una hoja de recogida de datos evaluaremos las situaciones que más inquietud provocan. Según los temas que más preocupen a los profesionales del centro se realizarán distintos grupos de trabajo.

**Actividades a realizar:** Reuniones interdisciplinarias trimestrales entre miembros del CS. Sesiones científicas docentes a los profesionales, desarrollo del procedimiento deliberativo en bioética, consultar con el CAE del sector Teruel. Registro de actividades. Análisis de los datos.

**Evaluación de los conocimientos adquiridos mediante el proyecto.**

**RESULTADOS.** Aumentar el conocimiento en bioética.

Fomentar el uso del procedimiento deliberativo en la resolución de casos.

Fomentar la utilización del futuro comité de ética asistencial del sector Teruel como órgano consultor.

Mejora de la humanización en la asistencia sanitaria del centro de salud.

Mejorar la satisfacción de los usuarios.

**CONCLUSIONES.** Esperamos poder concluir que gracias a la colaboración del EAP, del grupo promotor -CAE sector Teruel-, se han ampliado conocimientos en bioética, se ha dado a conocer el método deliberativo de D. Gracia como herramienta de trabajo en la toma de decisiones difíciles. Con todo ello se aumenta la satisfacción de los profesionales y usuarios y se apuesta por la excelencia y humanización en la profesión sanitaria.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

---

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE MANEJO HOSPITALARIO CON MAYOR INTERÉS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA**

*Autores: Borrel JM\*, Naya S, Calvo JM, Martínez JJ, Tortosa FJ, Salamero MP et als.*

*\* JOSE MARIA BORREL MARTINEZ. CS AYERBE (jmborrel@salud.aragon.es)*

---

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** Uno de los grandes handicaps del modelo sanitario español es la falta de coordinación entre niveles. En concreto, entre atención primaria y los servicios hospitalarios la única relación que hay es a través de un volante, muchas veces ilegible y en ocasiones incluso anónimo.

Por otro lado, la confianza del paciente en su médico de familia es superior a la que tiene con el especialista, por un mayor contacto, convivencia, etc.

Sucede pues que nos encontramos con que a un paciente se le ha indicado una prueba en el hospital y acude a nuestra consulta a preguntar si precisa ir en ayunas para una ERCP, si le anestesiarán para la conización o si debe ingresar para un bloqueo epidural, por poner tres ejemplos. No se ha atrevido a preguntar al especialista y acude al médico de familia convencido de que este lo sabe todo.

Son procedimientos nuevos, o que han experimentado cambios con el tiempo, y no siempre sabemos dar cumplida respuesta. Por ello nos planteamos el objetivo de recopilar en una guía la información precisa sobre las pruebas médicas más habituales.

**METODOLOGÍA.** Lo primero fue confeccionar el listado de pruebas que consideramos más interesantes, las clasificamos por especialidades médico-quirúrgicas y contactamos con los distintos servicios hospitalarios.

Los miembros del equipo promotor diseñamos una ficha modelo para darles a todos un contenido uniforme, nos repartimos las especialidades e iniciamos los contactos personales.

**RESULTADOS.** Tras varios meses de contactos, reuniones, borradores, retoques y demás, habíamos concluido el trabajo consistente en 76 pruebas diagnóstico-terapéuticas, en las que habían intervenido 29 especialistas de 20 servicios hospitalarios de tres hospitales y dos equipos de atención primaria, además de otro especialista de un servicio concertado ajeno al al Servicio Aragonés de Salud.

**CONCLUSIONES.** Es un trabajo abierto, que se puede ampliar con las revisiones que sean precisas, útil tanto para primaria como para conocer aspectos de otras especialidades, que se lo entregamos al Salud, y que en la actualidad está a la espera de que sea editado y distribuido entre los profesionales para su aprovechamiento.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

---

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. MANTENIMIENTO DE TEMPERATURAS EN NEVERAS DE UME**

*Autores: Resa MA\*, Cano MI, Dominguez E, Miralves B*

*\*MARIA ASUNCION RESA VICENTE. SERVICIO DE FARMACIA (farmacia061@salud.aragon.es)*

---

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** En el año 2006 con la implantación del sistema de calidad ISO9000 2001 se sistematizó el registro de la temperatura en las neveras de las UMEs (base y ambulancia). Se hace una medición diaria que se registra en una gráfica mensual, registrándose la temperatura mínima, actual y máxima.

Se calibra un termómetro y con él se realizan validaciones de los termómetros de las neveras (base y de la ambulancia).

Se detecta en las auditorías que los registros de las temperaturas de las neveras de las bases se encuentran dentro del rango establecido para la conservación de medicamentos termolábiles (2-8°C), pero en las neveras de las UMEs se encuentran picos fuera del rango establecido, con una variabilidad muy alta, llegando a temperaturas mínimas de -10°C y temperaturas máximas de 50°C.

Se establecen medidas correctoras para cuando la temperatura de la nevera esté fuera del rango establecido. Se anotan estas medidas en la gráfica mensual de temperatura (si se ha retirado la medicación).

Se observa que las salidas de rango son frecuentes, pero se desconoce el tiempo que han estado las neveras fuera de rango. Se retira la medicación de la nevera.

El objeto de este proyecto es conseguir un registro de temperaturas continuo y una nevera con un registro de temperatura estable dentro del rango establecido

**METODOLOGÍA.** Auditoría internas y externas  
QFD-voz del cliente. Analizado Qué y Cómo  
DAFO -voz del sector. Analizando Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del sector

**RESULTADOS.** No tenemos resultados todavía de la estabilidad de la temperatura

**CONCLUSIONES.** Con una nevera con termostato se tendría una temperatura dentro del rango establecido para la conservación de medicamentos termolábiles y con el registro continuo de la temperatura se observa si ha habido alguna salida de rango durante cuanto tiempo se ha producido.



**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

---

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. CERTIFICACIÓN ISO CENTRAL ESTERILIZACIÓN HOSPITAL ROYO VILLANOVA**

*Autores: Berdejo MP\**

*\* MARIA PILAR BERDEJO GARCIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA (mpberdejog@salud.aragon.es)*

---

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. NORMA ISO**

-La organización ISO (International Organization Standardization) es un organismo independiente e internacional cuya finalidad es el de marcar estándares universales para cualquier tipo de actividad o producto.

-La calidad es un concepto que pretende conducir a la excelencia.

-La norma ISO serie 9000 proponen modelos para la gestión y el aseguramiento de la Calidad

-Consisten en la implantación de un conjunto de acciones planificadas para asegurar que el servicio satisfaga los requisitos de calidad esperada.

**ISO 9001:2000**

-Especifica los requisitos de un sistema de gestión de calidad

-Puede ser utilizada por cualquier organización sin importar el tipo, tamaño, o servicio/producto

-Se utiliza como modelo para la implantación de un sistema de gestión de la calidad por deseo de la organización

-Se utiliza para uso contractual, según el deseo del cliente

-Se utiliza para comprobar mediante auditorías la adecuación del sistema de la calidad a la Norma (Auditorías Internas)

**METODOLOGÍA.** -Tras varias reuniones para explicarnos esta norma y lo que nos iba conllevar trabajar con ella nos pusimos manos a la obra.

-Implantación de un Manual de Calidad común a todas las centrales como norma básica. En el que se especifica la responsabilidad de la dirección; revisión de la dirección; reclamaciones;

-Elaboración por nuestra parte con asesoramiento externo del manual de procedimientos de la Central de Esterilización del HRV para lograr el principal objetivo que es lograr producto estéril con calidad.

**MAPA DE PROCESOS NIVEL 0**

**MAPA DE PROCESOS NIVEL 1**

**ELABORACION**

-La norma exige que existan unos documentos que describan lo que se hace y como se hace.

-El sistema de calidad proporciona la sistemática para evaluar y verificar que los procesos se llevan a cabo tal y como se describen en los procedimientos

**RESULTADOS.** -Todo documentado con una sistemática de trabajo ordenada, organizada y de calidad.

-La certificación

**CONCLUSIONES.** -Aunque el esfuerzo ha sido y continúa siendo elevadísimo confiere a la central de esterilización un lugar dentro de la organización del sistema sanitario impensable hace unos años.

-Nos da una metodología de trabajo que confiere motivación, seguridad y continuidad a los que trabajamos en la Central.

-Al ser multicentros todas las centrales de Aragón estamos en continuo contacto siendo esto una ayuda inestimable



**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

---

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. ATENCION CONTINUADA EN CONSULTA DE HEMATOLOGIA Y HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS FLUJOS DE ATENCION**

*Autores: Giraldo P\*, Rubio-Martinez A, Mayayo P, Agustin M, Galego T, Latre et als.*

*\* PILAR GIRALDO CASTELLANO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (pgiraldo@salud.aragon.es)*

---

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** La mayoría de las neoplasias hematológicas son procesos crónicos cuyo diagnóstico supone un coste técnico y humano alto por su complejidad y requieren un plan preciso de tratamiento y seguimiento en regimen ambulatorio y coordinación con A Primaria. La unificación de métodos de trabajo, utilización y mejora de sistemas de información y comunicación, son premisas básicas para conseguir mejorar la calidad, coordinar la asistencia y optimizar resultados para que el paciente se sienta guiado y seguro en todo momento.

**Objetivos:** Mejorar la coordinación de la asistencia continuada al paciente hematológico en tratamiento ambulatorio y en Hospital de Día de Hematología (HDH)

**METODOLOGÍA.** La consulta de enfermería en Hematología es un elemento básico para coordinar la acogida en primera visita y sucesivos ciclos de tratamiento en regimen de HDH, coordinar extracción de muestras de sangre y medula ósea, informar sobre el tratamiento domiciliario, cuidados de catéteres y reservorios, medidas de soporte. Resolver dudas. Recomendaciones dietéticas y estilos de vida. Metodología: 1.- Conocimiento de la organización y diagnóstico de situación. 2.- Sesión de Formación dirigida a todo el personal de HDH, para explicar los conceptos fundamentales sobre calidad, sistemas de calidad, documentación, certificación. Enfoque a procesos y mejora continua. 3.-Elaboración de documentación del Sistema de Gestión de Calidad con Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) para: reducir la variabilidad, satisfacer las necesidades de usuarios, establecer plan de mejora permanente y modificar la cultura de la organización consiguiendo niveles más elevados de calidad con los recursos disponibles. 4.-Elaboración de un software para este proyecto que recoge toda la documentación y sirve de apoyo a la implantación del plan piloto

**RESULTADOS.** Indicadores: Cumplimiento de horarios, disminución tiempos de espera, organización de turnos de tratamiento, evitar la aglomeración de los pacientes en determinados días y reducir espacios temporales vacíos, controlar y coordinar la agenda de citación en consulta con la de tratamiento. Encuesta de satisfacción al paciente y usuarios para detectar oportunidades de incrementar progresivamente los niveles de calidad

**CONCLUSIONES.** Todo el circuito que recorre el paciente desde el diagnóstico hasta completar el tratamiento programado requiere una coordinación que garantice la calidad de la asistencia en todo momento disminuyendo la posibilidad de error e incrementando expectativas para garantizar calidad, seguridad asistencial y trazabilidad

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. ACREDITACION ISO 15189:2007 A PARTIR SISTEMA GESTION CALIDAD PROPIO INTEGRADO EN INTRANET DEL SERVICIO DE A.PAT. (HUMS)**

*Autores: Alvarez R\*, Gimenez JA, Alfaro J, Horndler C, Yus C, De-Miguel MC et als.*

*\*RAMIRO ALVAREZ ALEGRET. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ralvarez@salud.aragon.es)*

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** Partiendo inicialmente en el 2004 de una propuesta de buenas prácticas, el Servicio de A.Patológica ha ido elaborando un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) propio y original, integrado en la Intranet del Servicio, como plataforma para la consecución de la Acreditación (Norma ISO 15189:2007) de la integridad del Servicio

**METODOLOGÍA.** Primera fueron unas buenas prácticas, plasmadas en un Programa Continuo de Mejora, que integraba tanto Líneas de Mejora (en relación con líneas o propuestas del Contrato de Gestión) como Puntos de Mejora (de menor calado, pero fácilmente comprensibles por la Plantilla del Servicio. A partir de los epígrafes de la Norma ISO 15189:2007 y las propuestas de Burnett (Guía para la Acreditación en Norma ISO 15189:2003 de los Laboratorios del Caribe, auspiciada por el Programa Cariforum de la UE), se elaboró una herramienta informática con base en una hoja de cálculo Excel que incluía todos los apartados de la Norma: Organización y Sistema de Gestión de la Calidad, Personal, Instalaciones y ambiente, Equipos, Sistemas de Información y materiales, Proceso Preanalítico, Proceso Analítico y Proceso Postanalítico, y Evaluación y mejora continua. Los documentos integrantes se pueden ordenar según los epígrafes de la Norma ISO, de la Guía de Burnett de Cariforum, o bien en los más comprensibles de Asistencia, Docencia, Calidad, Investigación, Biopsias, Citologías, Autopsias, Documentos MIR,...

El programa funciona de forma interactiva, mediante "links" que permiten dirigirse a los distintos documentos y volver a la página inicial de forma ágil y sencilla.

Todos los Documentos muestra en encabezado un Nº de identificación único (en relación a Protocolos, Registros, Instrucciones de trabajo,...) y en el pie de página el personal que lo ha elaborado, revisado y aprobado, con la fecha de revisión

**RESULTADOS.** Esta herramienta informática, de libre acceso para todo el personal y protegida mediante clave, ha permitido avanzar de forma ágil y continua en la Gestión de Calidad del Servicio, y lo que es más importante, resulta entendible por todos los Estamentos del mismo, que se sienten implicados en la Calidad.

Se solicitó en 2008 una auditoría a la empresa que asesora al SALUD en la implementación de la Norma ISO 15189:2007 de los Laboratorios (ICSA), que la ha valorado muy positivamente, realizando recomendaciones para su integración en el programa de acreditación

**CONCLUSIONES.** Un Sistema de Gestión de la Calidad propio y original como el que hemos desarrollado en el servicio de Anatomía patológica del HUMS, comprensible, manejable y asimilable, es una excelente punto de partida para afrontar un programa de acreditación según Norma ISO 15189:2007, con plenas garantías para conseguir la implicación real de todos los estamentos del Servicio