

**MESA 7**

**PÓSTERS**

**SALA 108**

**20 DE JUNIO 12:00 HORAS**

**TITULO**

ESTRATEGIA HACIA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 15.189

**AUTORES** García-Castañón, S; García-González, E; García-Rodríguez, B; González-Irazábal, Y; Izquierdo-Àlvarez, S; 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**

En el año 2005 el Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza se plantea la instauración de un Sistema de Gestión de Calidad encaminado a garantizar la calidad del proceso preanalítico, analítico y la satisfacción del cliente

Descripción de proceso para llevar a cabo la implantación de dicho Sistema de Calidad

**METODOLOGÍA EMPLEADA**

Las etapas a seguir para la implantación del Sistema de Calidad son:

- Definición de la política de calidad
- Formación de personal
- Elaboración de la documentación y aplicación efectiva de la misma
- Realización de auditorías internas de calidad
- Certificación por una entidad acreditada

La documentación necesaria para la implantación del sistema queda recogida en los siguientes documentos:

- 1- Manual de Calidad (MC)
- 2- Procedimientos generales de Calidad (PGC)
- 3- Procedimientos específicos de Calidad (PEC)
- 4- Instrucciones técnicas (IT)
- 5- Procedimientos normalizados de trabajo (PNT)

Los datos generados en el proceso de implantación quedan recogidos en diferentes formatos elaborados con el fin de obtener unos registros adecuados para la correcta gestión de la información.

**RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Se pretende que la implantación del sistema aporte al Servicio de Bioquímica Clínica:

- Unificación de criterios y sistematización de procedimientos manuales y normas de trabajo
- Redefinición de responsabilidades e implicación de todo el personal
- Registro y tratamiento de incidencias y no conformidades, y aplicación de acciones preventivas y correctivas
- Garantía de una mejora continua de la calidad

**CONCLUSIONES**

La implantación de un Sistema de Gestión de Calidad supone un cambio organizativo y cultural, importante y difícil, en el que es fundamental el apoyo de la dirección y la implicación de todo el personal.

**TITULO**

¿ESTAMOS LOS SANITARIOS ENCAMINADOS A SER ALÉRGICOS AL LÁTEX?

**AUTORES**

**Iriarte Ramos S**, Martín Calvo V, Martínez Forcén S, Tarrero Lozano MC.

**CENTRO DE TRABAJO** Hospital Nuestra Señora de Gracia. UCI.

**TIPO DE COMUNICACIÓN**  Oral  Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: XXXI Congreso Nacional de la SEEIUC.....

**PALABRAS CLAVE** Sanitarios, Alérgia, Látex

**OBJETIVO DEL TRABAJO**

Establecer una relación descriptiva de los efectos del látex en el personal sanitarios, a través de la incidencia de sensibilizados y alérgicos por servicios, y hospitales.

**METODOLOGÍA EMPLEADA**

Estudio epidemiológico trasversal no experimental, tomando de referencia una muestra de personal de los diferentes hospitales de la capital aragonesa, seleccionada aleatoriamente. Los datos se trataron mediante sistema informático SPSS.

**RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

1320 encuestas repartidas, 435 contestadas, lo que implica una participación del 33%: HMS 27%, HCU 31%, HRV 35% y H Ntra Sra de Gracia 72%.

HMS: 60 reacciones, 4 alérgicos.

HCU: 52 reacciones, 9 alérgicos.

HRV: 23 reacciones, 4 alérgicos.

H Ntra Sra de Gracia: 33 reacciones, 4 alérgicos.

**CONCLUSIONES**

Mayor número de casos en servicios especiales.

Mayor incidencia en hospitales donde no puedes elegir tipo de guantes.

Elevado número de reacciones, alta sensibilidad manifestada por picor y erupción.

Escasez de diagnósticos relacionada con falta de protocolos.

## **TITULO**

IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN LA EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS. VENTAJAS E INCONVENIENTES.

**AUTORES:** Izquierdo-Álvarez S, **Bancalero-Flores JL**, Viso-Soriano MJ, Bocos-Terraz P.

## **CENTRO DE TRABAJO**

Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario "Miguel Servet"-Zaragoza.

**TIPO DE COMUNICACIÓN**  Oral  Póster

**PALABRAS CLAVE:** CALIDAD, PREAMPLIFICACIÓN.

## **OBJETIVO DEL TRABAJO**

- Conseguir que el proceso de extracción y recogida de muestras por parte del paciente se lleve a cabo con la mayor perfección. Para ello se pretendía:
  - *Involucrar* al máximo al paciente en la adecuada recogida y extracción de las muestras.
  - *Fomentar* en el paciente la importancia de la correcta recogida de su muestra para la buena calidad de los resultados analíticos del laboratorio.
- Analizar las ventajas e inconvenientes de una mayor implicación del paciente en la toma de sus muestras.

## **METODOLOGÍA EMPLEADA**

- Se informó al personal del Laboratorio: principalmente a los enfermeros/as y auxiliares de enfermería de que debían realizar una labor difusora a los pacientes que acudían al Laboratorio de las instrucciones adecuadas de la correcta recogida de muestras, incluso aprovechando los momentos de espera a la toma de muestras.
- Se formó a un personal adecuado, aunque cualquier persona perteneciente al Servicio ya estuviera capacitado para dar dicha información.
- Se potenció la elaboración de informes e instrucciones específicas, para cada parámetro analítico a determinar según el tipo de muestra. Empleo de diagramas y esquemas aclaratorios de la adecuada recogida.

## **RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

- Se elaboraron instrucciones específicas para cada Unidad o Sección integrante del Laboratorio de Bioquímica, especialmente para aquellas pruebas que requerían realizar dietas especiales, restricciones de alimentos y contenedores específicos para la correcta recogida y conservación de la muestra, por ejemplo catecolaminas en orina de 24h, etc.
- Se dedicó más tiempo a informar a los pacientes que acudían a la extracción de muestras al propio Laboratorio.
  - **VENTAJAS:**
    - Se observó una disminución de muestras mal recogidas, especialmente en las orinas de 24 horas.
    - El paciente mostraba una mayor predisposición a colaborar al recibir una información más específica y personalizada.
  - **INCONVENIENTES:**
    - Dedicación de más horas del personal de enfermería a la labor informativa, con la consiguiente disminución de horas destinadas al tratamiento de muestras y determinaciones analíticas.

## **CONCLUSIONES**

La información al paciente del proceso de extracción y recogida de muestras y de la importancia de que ello se lleve a cabo con la mayor perfección, a la vez que facilita la labor a realizar en el Laboratorio proporciona al paciente el conocimiento suficiente para ver la importancia de su colaboración, a la vez que un intercambio de información personal, es satisfactorio desde el punto de vista de atención personalizada.

**TÍTULO:** MEJORA DEL PROCESO: TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE PARA EL DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO EN EL LABORATORIO.

**AUTORES**

Izquierdo-Álvarez S, Viso-Soriano MJ, **Bancalero-Flores JL**, Bocos-Terraz P, García de Jalón-Comet A.

**CENTRO DE TRABAJO**

Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario “Miguel Servet”-Zaragoza.

**TIPO DE COMUNICACIÓN**  Oral  Póster

**PALABRAS CLAVE**

CALIDAD, PREANALÍTICA, ACREDITACIÓN.

**OBJETIVO DEL TRABAJO**

Con motivo del proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15.189 en el Laboratorio de Bioquímica, se estudió mejorar el proceso de toma de muestra de sangre en dicho Laboratorio, con el fin de optimizar la fase preanalítica. Para ello se pensó desarrollar un “poster”-pictograma explicativo o aclaratorio para la correcta manipulación y uso adecuado de contenedores para muestras biológicas según el tipo de parámetro bioquímico solicitado por el Médico Clínico en plasma o suero, así como para reflejar todas las pautas específicas a seguir para la correcta extracción de las muestras.

**METODOLOGÍA EMPLEADA**

Se utilizaron diversas herramientas informáticas y programas de dibujo para elaborar un pictograma explicativo y vistoso en forma de cómic que resultara de utilidad al personal de enfermería del Laboratorio de Bioquímica. Se usaron dibujos y viñetas de galería multimedia en línea en Internet.

**RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Se obtuvo un “poster” en forma de cómic en el que se reflejaban de forma sencilla y dinámica las tres fases del Laboratorio, haciendo especial hincapié en la fase preanalítica. Se incluyó el pictograma que relacionaba el color del contenedor con el tipo de prueba analítica o perfil solicitado por el Médico Clínico. Se detallaban las pautas a seguir en la correcta cadena de la fase preanalítica.

**CONCLUSIONES**

La optimización de la fase preanalítica, considerada el “Talón de Aquiles” de la Acreditación ISO 15.189, es un proceso difícil pero no imposible, en el que hay que ir dando pequeños pasitos, para optimizar y mejorar cada uno de los subprocesos que componen la fase preanalítica. El empleo de diagramas, “posters” explicativos para todo el personal involucrado en la preanalítica contribuye a la mejora de dicha fase. El uso de cómics, pictogramas, diagramas y diversos dibujos con una exposición sencilla y dinámica de las pautas a seguir, como el elaborado y descrito aquí, es de gran ayuda para la cualificación del personal del Laboratorio.

**TÍTULO** : INFLUENCIA DE LA INTERVENCION FARMACEUTICA EN LA DISMINUCION DE ERRORES EN LA PRESCRIPCION DE QUIMIOTERAPIA

**AUTORES**: Agustín MJ, Idoipe A, Vicente C, Casajus MP, Cilveti-Sanchez U, Palomo P

**CENTRO DE TRABAJO** : Hospital Universitario Miguel Servet.Servicio de Farmacia

**TIPO DE COMUNICACIÓN**  Oral  Póster

Si se ha presentado previamente en otro Congreso indicar cuál: Congreso nacional de calidad (Toledo)

**PALABRAS CLAVE** : intervención farmacéutica, errores de prescripción, quimioterapia

**OBJETIVO DEL TRABAJO**: Conocer el impacto de las intervenciones farmacéuticas realizadas tras el estudio de errores detectados en prescripciones de quimioterapia intravenosa.

#### **METODOLOGÍA EMPLEADA**

Estudio retrospectivo de errores potenciales detectados en las prescripciones de citostáticos durante 3 meses y su comparación con el mismo periodo del año anterior, tras las intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo tras el estudio del primer periodo. Variables analizadas: día de la semana, hora, personal que detecto el error, tipo de prescripción, servicio prescriptor, tipo de tumor, citostático y tipo de error (fármaco, dosis, tipo de vehículo, concentración, esquema y vía de administración).

#### **RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Durante el periodo de estudio de 2005 se validaron 5410 prescripciones frente a 6109 del 2006. El número de errores tras la intervención farmacéutica oral y/o escrita ha disminuido de 182 (3,4%) a 42 (0,7%). En los dos periodos todos los errores entraron dentro de la categoría A (circunstancias con capacidad de causar error pero que no se ha producido). En el primer periodo hematología tuvo el mayor porcentaje de error (6,2%) que ha disminuido a 0,9%. En 2006 otros servicios con escasa prescripción son los que más errores han tenido. En 2005 el 3,5% de los errores se dieron en prescripciones normalizadas (plantillas donde solo hay que indicar las dosis) y en 2006 el 1,4%, porcentaje menos por la corrección de las plantillas. Los errores de vehículo han sido los mas frecuentes en ambos periodos (75,3 % y 71,4%), cambiando los fármacos implicados de irinotecan, bortezomib y rituximab a irinotecan, etoposido, cetuximab y carboplatino, sin detectarse errores en el vehículo de bortezomib y rituximab. Se ha producido un aumento en el porcentaje de errores de dosis de 8,8% a 16,7% aunque ha disminuido en numero de 16 a 7. La distribución de errores por fármaco ha cambiado dejando de ser en fármacos muy utilizados como bortezomib, etoposido, irinotecan y rituximab a ser en fármacos que se prescriben poco: mitomicina, eptilona y dineleukin diftitox. El perfil de errores por tipo de tumor también ha cambiado de ser los más frecuentes en mieloma multiple (21,8% de las prescripciones) a linfoma cutaneo, enfermedad poco frecuente (33,36%).

#### **CONCLUSIONES**

La intervención farmacéutica ha influido en la disminución en los errores de prescripción. El número de errores que se ha detectado se debe fundamentalmente a fármacos poco utilizados en la práctica habitual.

## **TITULO**

DOCUMENTOS NECESARIOS A DESARROLLAR DENTRO DE UN S.G.C. DE UN LABORATORIO DE BIOQUÍMICA SEGÚN LA ISO 15.189.

## **AUTORES**

Izquierdo-Álvarez S, **García de Jalón-Comet A**, Escanero-Marcén JF, Calvo-Ruata M, Bancalero-Flores JL, Viso-Soriano MJ.

## **CENTRO DE TRABAJO**

SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “MIGUEL SERVET”-ZARAGOZA.

## **TIPO DE COMUNICACIÓN**

Oral       Póster

**PALABRAS CLAVE** : ACREDITACIÓN, GESTIÓN, CALIDAD.

## **OBJETIVO DEL TRABAJO**

*Realizar* un esquema detallado de cuáles son los documentos jerarquizados involucrados en un S.G.C. de la “Unidad de Metales”, unidad de referencia, según los requerimientos de la NORMA UNE-EN ISO 15.189.

## **METODOLOGÍA EMPLEADA**

-De cara a comenzar la que para muchos es considerada como una ardua e incluso tediosa tarea, lo primero que debe hacerse es un pequeño esquema general de los documentos que se estima son necesarios en primera instancia y cuáles son los más sencillos por los que se debería empezar. El diseño de los documentos deberá ser lo más sencillo y clarificador posible para todas y cada una de las personas de la “Unidad de Metales” involucrado en el alcance de la acreditación.

-En la medida de lo posible se informatizarán la mayoría de los registros técnicos y de calidad así como los procedimientos normalizados e instrucciones de trabajo. Siempre se deberá de empezar por desarrollar que estructura genérica se va a emplear para desarrollar los documentos a utilizar, y es recomendable centrarse en un principio en la elaboración de los procedimientos de las técnicas analíticas y registros técnicos hasta llegar a los documentos generales de gestión. Cuando ya se tenga toda esta documentación ya se está en predisposición de redactar el documento estrella: El Manual de Calidad, que según la experiencia deberá ser lo más sencillo posible y no exceder de las 30 hojas.

-A continuación, después de tener claro cómo van a tener la estructura los documentos que se van a desarrollar, se empezará por la realización de los diversos P.N.T.s correspondientes a las diferentes determinaciones que se llevan a cabo en el día a día en la “Unidad de Metales”, las instrucciones de trabajo correspondientes, las plantillas o formularios de registros que se estimen necesarios para desarrollar y controlar en todo momento lo que hacemos permitiéndonos tener un rastreo, i.e., una trazabilidad.

## **RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Con respecto al S.G.C. documental se llegaron a desarrollar: cinco P.N.T.s, diez I.T.T.s, nueve P.O.C.s, un M.T.M., y un M.C. (compuesto por tres P.O.C.s y tres I.T.T.s). Además, se elaboraron: un catálogo de pruebas de la “Unidad de Metales”, ocho registros técnicos, veintiun registros de calidad, tres políticas y otros documentos relevantes como:

-Listado de intercomparaciones.

-Organigrama de la “Unidad de Metales”.

-Organigrama de la distribución del Servicio.

-Funciones y responsabilidades del personal del Servicio de Bioquímica Clínica.

-Tabla resumen de las determinaciones efectuadas en la “Unidad de Metales”.

De estos documentos, hay que destacar el desarrollo del documento estrella, el M.C., que se elaboró cumpliendo el objetivo: sencillo, conciso y clarificador.

## **CONCLUSIONES**

Todo el esquema arborizado desarrollado es de gran utilidad y con una óptima eficacia para su implementación.

<b>TÍTULO</b> FACTORES DE RIESGO DE PADECER ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS EN LAS MANOS DEL PROFESIONAL SANITARIO. VALIDACIÓN.
<b>AUTORES:</b> Salaverri , MJ (*), Garcés, Y (*), Rodríguez, J (**), Gilaberte, Y (***) , Misiego, A (****) et al.
* Enfermera Medicina Preventiva, Hospital San Jorge, ** Especialista en Medicina Preventiva Hospital San Jorge, *** Especialista en Dermatología Hospital San Jorge, **** Técnico Servicio Aragonés de la Salud
<b>TIPO DE COMUNICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Póster
Si se ha presentado previamente en otro Congreso: XIV Congreso nacional y III internacional SEMPSPH 2007
<b>PALABRAS CLAVE :</b> Higiene de manos, validación
<b>OBJETIVO DEL TRABAJO</b> La dermatitis asociada a higiene de manos, es uno de los riesgos ocupacionales más prevalentes en profesional sanitario. La sensación urente al aplicar soluciones alcohólicas sobre piel con alteraciones previas puede dificultar la implantación de productos de base alcohólica para la higiene de manos. Se realizó un estudio piloto para conocer la prevalencia de alteraciones dermatológicas en manos de los profesionales y posibles factores de riesgo antes de comenzar la implantación de hidrogeles de base alcohólica en el Hospital.
<b>METODOLOGÍA :</b> Casos-control mediante cuestionario de autovaloración tipo Likert autoadministrado en 3 días consecutivos en una muestra aleatoria de profesionales del Hospital. En el cuestionario se especificó que la medición debía realizarse a la misma hora de la mañana. Se consideraron alteraciones dermatológicas cuando el índice Larson en alguna de las mediciones fue $\leq 12$ . Se estudió la fiabilidad del cuestionario mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase para el índice de Larson día 1 y día 3 (test- retest) y el test de Cronbach para los ítems que componen la escala: apariencia, integridad, hidratación de la piel para cada día de medición ( consistencia interna). Para la validación del cuestionario, se tomaron como aceptables valores superiores a 0,7. Análisis univariante hallando la Razón de ventajas (OR) de alteraciones dermatológicas con Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%) según grupo de edad mayor de 40 años, sexo mujer, estamento enfermera o auxiliar y área de trabajo Bloque Quirúrgico mediante test de la $X^2$ o Fisher. Se utilizó SPSS 10.0 y Office 2000.
<b>RESULTADOS:</b> Índice de respuesta de 51/70 (72, 85%). Población: 16 varones (31,4%), 35 mujeres (68,6%). Media de edad = 45,08 años (IC 95%: 41,32-48,83). Prevalencia de alteraciones dermatológicas = 59,2% (IC 95%: 44,21-73%). El índice de Larson medio fue 12,53, Desviación estándar (DS) = 3,43. Resultados de la validación del cuestionario:Coef. de Correlación intraclase para índice Larson día 1, día2, día 3=0,77, Alpha de Cronbach para apariencia, hidratación, sequedad día 1=0,8.Alpha de Cronbach para apariencia, hidratación, sequedad día 2=0,73, Alpha de Cronbach para apariencia, hidratación, sequedad día 3=0,75. La prevalencia de alteraciones dermatológicas hallada para cada factor de riesgo fue: sexo mujer 22/33(75%), Edad mayor de 40 años 17/25(70,8%), Area de trabajo Bloque quirúrgico 11/20 ( 37,9%), Enfermera o auxiliar18/28((62,1%). Las OR halladas para cada uno de los factores de riesgo estudiados fueron: sexo mujer 2,57 ( IC 95%: 0,76-8,75), edad maor de 40 años 1,82(IC 95%:0,46-7,22), Área de trabajo Bloque quirúrgico 0,75 ( IC 95%:0,23-2,38), Estamento Efermera o auxiliar 1,64(0,52-5,19)
<b>CONCLUSIONES</b> La prevalencia de alteraciones dermatológicas encontrada por Larson fue del 20,8 a 35.9%. El Larson medio encontrado por Winnefeld fue entre 18,4, DS =3,4 y 17,3, DS = 2.91. Habría que considerar otros factores, como el estacional, a la hora de interpretar esta prevalencia (estudio realizado en febrero).El área de trabajo en bloque quirúrgico mostró una OR menor que los otros factores estudiados, aun que no se objetivaron diferencias significativas. Esto podría explicarse por número de tamaño muestral insuficiente. Existe una alta prevalencia de alteraciones dermatológicas en manos de los profesionales estudiados. Los factores de riesgo analizados podrían contribuir a la aparición de alteraciones dermatológicas aunque ninguno demostró significación estadística. Deberían integrarse estrategias para el cuidado de la piel de los profesionales antes de la introducción de soluciones alcohólicas; podrían centrarse en grupos de riesgo identificados. La validez de criterio de la escala de Larson ha sido estudiada en otros países y en España objetivando buenos resultados, sin embargo, no hemos encontrado estudios que exploren la fiabilidad de esta escala en nuestro medio.Los resultados del estudio reflejan una correlación buena tanto en las pruebas de test-retest como en los test de consistencia interna de los ítems que componen la escala. La escala de Larson parece un instrumento robusto para la autovaloración del estado de la piel de manos de profesional sanitario en nuestro medio.
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> Larson, E, et al.. Prevalence and correlates of skin damage on the hands of nurses.HEART&LUNG.1997;26(3):404-12., Winnefeld,M, et al.Skin tolerance and effectiveness of two hand decontamination procedures in everyday hospital use. Br J Dermatol 2000; 14(3):546-550.



**TÍTULO**

*DISEÑO DE UN ESPACIO WEB COMO HERRAMIENTA DE MEJORA PARA DIFUNDIR DOCUMENTACIÓN DEL LABORATORIO*

**AUTORES**

**Garcés JM,** Izquierdo S, García de Jalón A.

**CENTRO DE TRABAJO** Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario “Miguel Servet”-Zaragoza.

**TIPO DE COMUNICACIÓN**  Oral  Póster

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

**PALABRAS CLAVE** CALIDAD, ACREDITACIÓN, INFORMACIÓN.

**OBJETIVO DEL TRABAJO**

-Desarrollar una página **Web interna** dentro del Servicio de Bioquímica Clínica como vehículo de control y gestión de la documentación dentro del S.G.C. implementado según la norma UNE-EN ISO 15.189, que a su vez sea una vía rápida de información de asuntos específicos y generales (que afecten al Laboratorio), con el fin de facilitar el acceso y difusión de información entre los usuarios del Servicio.

**METODOLOGÍA EMPLEADA**

Se diseñó la página Web contando con un ordenador que hacía de Terminal. Se estructuró en diversas “pestañas” con diversos contenidos, tratando de especializar los temas y la documentación que afectaba de manera específica a cada unidad o sección dentro del Laboratorio para lograr una mayor rapidez de localización de los documentos.

-Criterios de calidad: utilizados en el diseño del espacio web:

***Aspectos funcionales:***

Eficacia: disponibilidad de información específica para usuarios del laboratorio.

Facilidad y rapidez de uso.

Bidireccionalidad.

Disponibilidad de enlaces: hipervínculos y enlaces externos.

***Aspectos técnicos estéticos:***

Calidad en el entorno audiovisual.

Calidad de los contenidos.

Originalidad y tecnología avanzada.

***Aspectos psicológicos: atractivo y adecuado para los usuarios del Laboratorio de Bioquímica.***

**RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Para acceder a la página Web es necesario un login y un password. Una vez dentro aparece una página estructurada en las siguientes “pestañas”: Inicio; Gestión de Calidad (se encuentra recopilada toda la información referente al Grupo de Mejora y todos los documentos del S.G.C.); Información (catálogo de pruebas del Servicio, Cuadro de Mandos, guardias del Servicio, etc.); Links (enlaces a servicios externos que puedan ser de interés); Acontecimientos (agenda del Servicio); Lo más destacado (resumen de lo más interesante de la Web para que el acceso sea más sencillo). En la pestaña “Inicio”, existe el saludo de la Dirección del Laboratorio, un cuadro de noticias que sirve para la comunicación inmediata de las últimas novedades y un botón de e-mail para el envío al Administrador de la Web de cuantos errores detectados, sugerencias y datos se consideren necesarios a incluir. En “Gestión de Calidad”: hay varios apartados según los distintos tipos de jerarquías de la documentación dentro del S.G.C.

**CONCLUSIONES**

La implementación de un espacio Web para la gestión de los documentos implicaba una serie de VENTAJAS:

-Gran accesibilidad a las plantillas o modelos de los distintos registros tanto técnicos como de calidad a la vez que hay un estricto control de su uso. Manejo de formatos en PDF.

-Mayor confidencialidad y seguridad de los documentos en vigor. Sólo tienen acceso a los documentos las personas involucradas en el alcance de la acreditación. Existen claves de acceso a la página Web que sólo conocen las personas integrantes del Laboratorio.

-Facilidad de difusión de otros documentos importantes para el Laboratorio como: listas de guardias, catálogos de pruebas, resultados anuales de productividad, anuncios de convocatorias a cursos de formación interna, etc.

**TITULO** Mejora de la gestión de la Calidad del Servicio de Microbiología a través de la acreditación, de la unidad de virus

**AUTORES** Palacián MP, Omeñaca O, Egido P, Monforte ML, Revillo MJ y Grupo de Mejora de la Calidad

**CENTRO DE TRABAJO**

Servicio de Microbiología Hospital Universitario Miguel Servet

**TIPO DE COMUNICACIÓN**  Oral  Póster

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

**PALABRAS CLAVE** Acreditación, Norma ISO 15189.

**OBJETIVO DEL TRABAJO**

El resultado esperado es la acreditación de una Sección del Servicio según la Norma UNE-EN-ISO 15189 en el plazo de 2 años (2005-2007). Se ha establecido la prioridad de la unidad de Virología por ser única en nuestra comunidad autónoma y por tanto servicio de referencia de la misma.

**METODOLOGÍA EMPLEADA**

La metodología del proyecto realizada hasta Octubre de 2006: Sesiones de trabajo con el personal de la unidad de Virología, elaboración de los documentos requeridos por Norma, sesiones de comunicación con los facultativos y resto de personal del Servicio y establecimiento de indicadores de calidad: Cumplimiento del plazo de entrega de resultados y errores en la preanalítica de la sección de virus

En octubre de 2006 SALUD contrata a una consultora para abordar la acreditación de os laboratorios clínicos de 9 hospitales de la comunidad cambiando el rumbo de la metodología. El proceso de implantación en el laboratorio se plantea ahora en tres fases de acuerdo con la consultora.

1. Análisis de requisitos: Conocer la actividad que se desarrolla en el laboratorio, obtención de información sobre la estructura jerárquica y funcional, verificación de procedimientos y documentación con el fin de mantener o adecuar estos a los requerimientos de la norma 15189
2. Implantación: Instrucciones de trabajo y talleres
3. Evaluación: Auditoría de evaluación, internas y externas

**RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Siguiendo la metodología propuesta antes de Octubre de 2006:

- 22 sesiones del grupo de mejora
- Realización de procedimientos y documentos requeridos por Norma.
- La adecuación del tiempos de respuesta al fijado en la cartera de servicios es > 90%.
- Las incidencias preanalíticas en la sección de virología disminuyen del 5% en Enero al 3% en Junio de 2006.

A partir de octubre de 2006, y siguiendo la nueva metodología:

- Cumplimentación y realización de nuevas instrucciones y procedimientos de trabajo
- Adecuación documental de lo anteriormente trabajado
- Formación al personal del alcance de los tres laboratorios en Norma ISO
- Mayor experiencia de la unidad de virología en sistemática de trabajo de Norma ISO

**CONCLUSIONES**

La sistemática empleada se basaba en una dinámica de grupo lo que retardaba el proceso pero implicaba a un mayor número de personas.

El apoyo de una consultora cambió nuestra forma de trabajo.

Se ha logrado una mayor unidad entre los laboratorios implicados en el proceso de acreditación.