

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Mesa 6 * 20M-18:00 h.

Reg	Apellidos y Nombre	Título de la Comunicación
204	ANTOÑANZAS LOMBARTE, ANGEL	EL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. UNA ESTRATEGIA DE MICROGESTIÓN Y
356	BALLABRIGA ESCUER, MARIA SOLEDAD	HERIDAS CRÓNICAS: UN ABORDAJE INTEGRAL
291	CAMPOS CALLEJA, CARMEN	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA MEDIANTE PROGRAMA FORMATIVO DE ENTRENAMIENTO BASADO EN
119	CRESPO MAINAR, MARIA CLEOFE	PARTICIPANDO EN LA COMUNIDAD: EDUCACIÓN SANITARIA EN ASMA INFANTIL EN LOS COLEGIOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
315	GIMENO BALLESTER, VICENTE	ESTUDIO FARMACO ECONÓMICO DE CABAZITAXEL
185	JOSE GUTIERREZ, YASMINA	PROTOCOLO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO O SOSPECHA DIAGNOSTICA DE PATOLOGIA ONCOLOGICA
162	LOPEZ VELEZ, LINA MARIA	ISO 9001:2008. LA GESTIÓN CON INDICADORES PERMITE MEJORAR LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA
53	MONRROY LOPEZ, FELIPE	INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS POSQUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
219	PALANCA ARIAS, DANIEL	IMPLANTAR UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
274	PALMERO PEREZ, FRANCISCA	PROGRAMA DE CONCIENCIACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN LA PREVENCIÓN DE LA I. NOSOCOMIAL.
146	PEREZ SALILLAS, MARIA	EVALUACIÓN HIGIÉNICO-SANITARIA DE UTENSILIOS Y SUPERFICIES CULINARIAS COMO BARRERA DE CONTAMINACIÓN CRUZADA
302	REAL CAMPAÑA, JOSE MANUEL	¿ESTÁ CUMPLIENDO EL SERVICIO DE FARMACIA LAS EXPECTATIVAS DE SUS CLIENTES INTERNOS?
250	SANTAFE PINTADO, SILVIA	MEJORA DE CALIDAD EN LA SEGURIDAD Y MANIPULACIÓN DEL MATERIAL DESECHABLE EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO I,

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 204

TÍTULO. EL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. UNA ESTRATEGIA DE MICROGESTIÓN Y MOTIVACIÓN.

Autores: ANTOÑANZAS LOMBARTE A, PEREZ VILLARROYA, JC, AGUIRRE ABADIA, N, LACARTA VICIOSO, MP, OLIVEROS GONZALVO, P, CRESPO MAINAR, MC, VILLANOVA LANUZA, A, LACLETA LORENTE, L

ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . ATENCION PRIMARIA (aantonanzas@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Presentamos el Proyecto de Mejora de Calidad del Centro de Salud Delicias Sur que señala objetivos de atención a la salud no recogidos en los objetivos de los contratos de gestión. Se dirigen a áreas en las que un pequeño esfuerzo organizativo permite dar un salto cualitativo en la atención a los pacientes, ya sea para un mejor diagnóstico, para disminuir riesgos para la salud, para garantizar la seguridad clínica o en la promoción de la salud. Se estructura en 12 líneas de mejora que se coordinan desde el grupo de calidad del equipo y en las que participan todos los profesionales del mismo. El centro por otra parte mantiene el sistema de gestión de calidad con la norma ISO.

METODOLOGÍA

Cada una de las 12 líneas de calidad son coordinadas por dos o tres profesionales, médicos de familia, pediatras, enfermeras y administrativos. Cada año se marcan objetivos e indicadores de cada una de las líneas para conseguir en el año. Para 2012 las líneas previstas son:

1. DESHABITUACIÓN DE TABAQUISMO
2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (MAPA: Monitorización ambulatoria de la presión arterial)
3. RETINOGRAFÍA DIGITAL EN DIABÉTICOS
4. EPOC: ESPIROMETRIA, EDUCACIÓN EN INHALADORES Y AEROSOLTERAPIA
5. SEGURIDAD CLÍNICA
6. VACUNACIÓN EN EL ADULTO
7. OBESIDAD EN NIÑOS
8. VACUNACIÓN EN INMIGRANTES
9. GRUPO DE ESTRÉS
10. GESTIÓN DE IT EN MOSTRADOR
11. ESTRATEGIA PASEAR
12. PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON LA AA.VV. DE DELICIAS

RESULTADOS

Los resultados de ese proyecto se dividen en

1. Mejoras alcanzadas en los indicadores de cada una de las líneas a lo largo de los años
2. Resultados de motivación en los profesionales con su implicación en la mejora de su área de responsabilidad.
3. Mejoras en la organización del equipo, especialmente en la coordinación entre profesionales y en la disminución de la carga administrativa en el área clínica
4. Mayores niveles de satisfacción percibida por los profesionales

CONCLUSIONES

El mantenimiento de un Proyecto de Calidad en el Equipo de Atención Primaria Delicias Sur es, y esperamos que siga siendo, un buen instrumento de para mantener la motivación de los profesionales, único modo de conseguir implantar mejoras, de forma continua en la calidad de la atención prestada por el centro. Se complementa con los objetivos generales del contrato de gestión y contribuye también al mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad con la norma ISO. En estos momentos de

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **204**

TÍTULO. EL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. UNA ESTRATEGIA DE MICROGESTIÓN Y MOTIVACIÓN.

Autores: ANTOÑANZAS LOMBARTE A, PEREZ VILLARROYA, JC, AGUIRRE ABADIA, N, LACARTA VICIOSO, MP, OLIVEROS GONZALVO, P, CRESPO MAINAR, MC, VILLANOVA LANUZA, A, LACLETA

ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . ATENCION PRIMARIA (aantonanzas@salud.aragon.es)

crisis económica en el Sistema Público de Salud, un proyecto de estas características constituye uno de los pocos incentivos necesarios para mantener vivo el espíritu por la calidad de nuestro trabajo.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **356**

TÍTULO. **HERIDAS CRÓNICAS: UN ABORDAJE INTEGRAL**

Autores: BALLABRIGA ESCUER MS, ALLUE MA, CLERENCA M, GALLEGO L, GARCIA A, MOYA MT

BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD . CSS HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA . GERIATRIA (mballabriga@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

DAR ORIENTACIÓN Y SOPORTE A LOS PROFESIONALES.
DISMINUIR EL GRADO DE INCERTIDUMBRE EN LAS ACTUACIONES Y DECISIONES.
REDUCIR LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.
CONSEGUIR UN TRATAMIENTO HOLÍSTICO.
MANTENER ACTUALIZADO EL DOCUMENTO.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EN BASES DE DATOS, PUBLICACIONES Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.
APORTACIÓN DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA DE LOS AUTORES.
UTILIZACIÓN DE UN CÓDIGO DE COLORES PARA CADA UNO DE LOS CAPÍTULOS.
ELABORACIÓN DE RESÚMENES AL FINAL DE CADA CAPÍTULO.

RESULTADOS

ELABORACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL DOCUMENTO EN FORMATO LIBRO.
DIFUSIÓN DEL DOCUMENTO EN LOS DISTINTOS NOVELES ASISTENCIALES.

CONCLUSIONES

RESULTADOS MUY POSITIVOS POR LA PUBLICACIÓN.
PENDIENTE DE DIFUSIÓN A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DEL HOSPITAL E INTRANET
MANTENER ACUTUALIZADO EL DOCUMENTO MEDIANTE REVISIONES PERIÓDICAS

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 291

TÍTULO. MEJORA DE LA SEGURIDAD EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA MEDIANTE PROGRAMA FORMATIVO DE ENTRENAMIENTO BASADO EN SIMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Autores: CAMPOS CALLEJA C, CAMPOS-CALLEJA C, SANCHO-GRACIA E, BENITO-RUIZ E, LATORRE-IZQUIERDO A, PEREZ-DELGADO R, ROMERO-SALAS Y, GOMEZ-BARRENA V

CAMPOS CALLEJA CARMEN . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . URGENCIAS PEDIATRÍA (ccamposc@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Desarrollar un programa específico que permita entrenarnos en la asistencia inicial en urgencias de pediatría ante situaciones clínicas que bien por su poca frecuencia o gravedad no son habituales en nuestra ejercicio profesional.
- Evaluar la aplicación de protocolos de actuación, manejo de tratamientos, fomentar el trabajo en equipo y el uso racional de recursos en la asistencia urgente del paciente crítico.

METODOLOGÍA

Designación de Grupo de Trabajo constituido por: 2 enfermeras y 2 facultativos de la Unidad de Urgencias.

Se priorizan los casos clínicos de entrenamiento y se diseña una Hoja de Registro para cada escenario.

Se utiliza BOX con equipamiento de estabilización.

Se define como equipo mínimo en cada simulacro: dos residentes, dos enfermeras, una auxiliar y un facultativo.

De forma periódica (1 vez/semana) se realizan los entrenamientos de asistencia urgente al paciente crítico con participación del personal de enfermería, auxiliares y los residentes que rotan en urgencias (actividad que hemos incluido en el Plan de Formación específica en la rotación de urgencias de pediatría).

RESULTADOS

Se han elaborado 10 registros, que corresponden a las patologías de: anafilaxia, crisis convulsiva, metabólica, intoxicación, quemaduras, sedoanalgesia, sepsis, secuencia rápida de intubación, taquicardia paroxística supraventricular, movilización/ inmovilización de paciente politraumatizado.

Los profesionales que han realizado entrenamiento son enfermería y auxiliares(50%) y residentes pediatría que están rotando en urgencias (90%)

Se han realizado una media de 4 simulacros/mes.

Como resultados relevantes son adecuación de los tiempos de preparación, dilución y administración de fármacos, con buenos resultados en patologías neurológicas, tóxicas y metabólicas principalmente. Se detectan áreas de menor destreza como la secuencia rápida de intubación (patología de menor prevalencia).

CONCLUSIONES

Se ha proporcionado una atención de calidad mediante la continuidad del programa formativo a todos los profesionales que trabajan en la unidad (auxiliares, enfermería, residentes y facultativos)

Los facultativos de urgencias están entrenados para dirigir el simulacro y su posterior evaluación trabajando en equipo con los responsables de enfermería en el liderazgo de simulación.

Se han podido detectar necesidades formativas en los profesionales.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 119

TÍTULO. PARTICIPANDO EN LA COMUNIDAD: EDUCACIÓN SANITARIA EN ASMA INFANTIL EN LOS COLEGIOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: CRESPO MAINAR MC, LAMBÁN-CASAMAYOR E, FORES-CATALA MD, MARÍN-IBAÑEZ P, GARCIA-ANTON A, TRASOBARES-GRACIA C, MARTINEZ-CRESPO P, GARCIA-CATALAN N
CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE . CS DELICIAS SUR (DRONDA) . PEDIATRIA (mccrespo@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Valorar el conocimiento y actitud de los profesores de los centros educativos de la zona sobre el asma.
Mejorar el conocimiento sobre asma infantil y lograr una actitud favorable frente al asma en el medio escolar.
Valorar la existencia de medidas específicas en los colegios en relación al asma.
Difusión del Servicio de Atención al Niño Asmático del Centro de Salud a los profesores.

METODOLOGÍA

Se mantuvieron reuniones previas con el equipo directivo de cada uno de los colegios para ofertar la intervención y programar los talleres.
Se valoraron los conocimientos y actitudes de profesores en relación al asma por medio de un cuestionario.
Para la valoración de las medidas específicas de los centros educativos, se utilizó el decálogo de colegio saludable para niños con asma.
En la elección y elaboración de material educativo se consideró que los propios niños asmáticos atendidos en el Centro de Salud fueran los agentes educadores. Para ello se realizaron video grabaciones en las que los niños explicaban los aspectos fundamentales del asma -en que consiste la enfermedad, síntomas, tratamiento, uso de inhaladores, medidas de evitación, estilo de vida- con la finalidad de que los profesores conozcan la enfermedad y la capacidad del niño y familia en su autocontrol.
Se realizaron 4 talleres de educación en asma a profesores en los 3 colegios de la zona. La duración de cada taller fue de 2 horas. Se realizaba una pequeña exposición de introducción con devolución de los resultados de las encuestas previas, se continuaba con el desarrollo del taller, finalizando con un pequeño debate con las dudas, preguntas y opiniones de los profesores.

RESULTADOS

Han mejorado los conocimientos de los profesores en relación al asma
Se ha producido un cambio positivo de actitud de los profesores frente al abordaje del asma en el ámbito escolar.
La asistencia y participación de profesores en el taller fue óptima
El grado de satisfacción de los participantes en el taller fue alto.

CONCLUSIONES

Conseguir un entorno educativo más seguro con un aumento de los conocimientos y manejo del asma por parte del profesorado y la adopción de comportamientos saludables y buenas actitudes en el colegio va a favorecer la integración y aceptación de los jóvenes que la padecen con el resto de sus compañeros.
La experiencia educativa en la escuela abre una línea de trabajo para el abordaje de cuidados y promoción de la salud.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **315**

TÍTULO. ESTUDIO FARMACO ECONÓMICO DE CABAZITAXEL

Autores: GIMENO BALLESTER V, DE LA LLAMA N, CASAJUS P, VILLAR I, ALONSO Y, AGUSTIN MJ, ABAD MR

GIMENO BALLESTER VICENTE . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (vgimenob@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Estimar desde la perspectiva del Servicio de Farmacia el coste por paciente de la administración de cabazitaxel en el cáncer de próstata metastásico hormono refractario previamente tratado con docetaxel, con y sin la reutilización de viales.

METODOLOGÍA

Se realizó un modelo estocástico en Excel utilizando simulaciones de Monte Carlo. Para la construcción del modelo se consideró una dosis de cabazitaxel de 25 mg/m², una talla de 166,83±8,89 cm y un peso de 78,70±9,81 kg obtenidos a partir de los datos de los pacientes con cáncer de próstata en tratamiento durante 2011. Para calcular la superficie corporal a partir de la fórmula de du Bois y du Bois. Se utilizó una distribución uniforme entre 3-10 ciclos estimada a partir del ensayo clínico de de Bono y cols. En el análisis se hace una simulación sobre 10.000 pacientes en el que se modifican el peso, la talla y el número de ciclos simultáneamente. Los costes de adquisición aplicados fueron 3.944,20 €, 5,10 €, 0,40 €, 0,20 € para cabazitaxel 60 mg, dexclorfeniramina 5 mg, dexametasona 4 mg y ranitidina 50 mg respectivamente, se obtuvieron teniendo en cuenta el precio de venta del laboratorio y las deducciones aplicables según el Real Decreto Ley 8/2010.

RESULTADOS

La dosis media de cabazitaxel fue 47 mg (IC95%: 40-53 mg), el coste por pacientes con aprovechamiento de viales se situó en torno a 20.127 € (IC95%: 9.641-30.838 €), sin el aprovechamiento de los viales el coste ascendió a 25.738 € (IC95%: 11.850-39.499 €) y la diferencia fue 5.611 € (2.150-10.145 €). El peso y la talla de los pacientes no tuvieron ninguna repercusión en el coste por ciclo cuando no hubo reutilización de los viales.

CONCLUSIONES

La no reutilización de viales de cabazitaxel aumenta los costes por paciente en un 27.89 %. La utilización de modelos estocásticos permite añadir incertidumbre en los modelos y mejorar las estimaciones de los resultados.
La coordinación entre el Servicio de Farmacia y los distintos servicios médicos para poder agrupar pacientes es fundamental en la reducción de los costes de fármacos de alto impacto económico

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **185**

TÍTULO. **PROTOCOLO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO O SOSPECHA DIAGNOSTICA DE PATOLOGIA ONCOLOGICA GINECOLÓGICA.**

Autores: JOSE GUTIERREZ Y, PUIG FERRER F, CATALAN SESMA T, HORNO OCTAVIO M, BOLEA TOBAJAS R, LANZON LAGA A, MIÑANO NAVARRO A, RUIZ CONDE M.A.

JOSE GUTIERREZ YASMINA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . GINECOLOGIA (yjosegu@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Elaborar e implantar un protocolo de actuación sobre la asistencia de pacientes con patología oncológica del aparato genital diagnosticadas en el servicio de ginecología o remitidas desde otros servicios del hospital, otros hospitales de la comunidad autónoma o centros médicos de especialidades.

METODOLOGÍA

El primer paso es centralizar toda la atención de las pacientes en la planta 2ª, Servicio de Ginecología del Hospital Materno-Infantil, aquí se coordinará toda su asistencia desde el momento de la remisión hasta su alta médica o su derivación a otros servicios (Oncología y Radioterapia fundamentalmente) para completar el tratamiento. Se elaborará un registro donde se especifique la procedencia, motivo y diagnóstico.

El médico responsable decidirá:

- Si es necesario su ingreso en planta de hospitalización.
- Realización de técnicas de confirmación diagnóstica.
- Solicitud de las pruebas complementarias indicadas. Nos encargaremos (personal o telefónicamente) del dialogo y coordinación con otros servicios de modo que consigamos mayor eficacia en completar el estudio. (Servicios de Radiología, Oncología, Hematología, Anestesia, Digestivo, Cirugía,...).
- Valoración de la paciente por parte del Servicio de Anestesia

Los casos derivados de otros centros, a ser posible, deberán remitirse con todas las pruebas complementarias necesarias previas a realizar el tratamiento.

RESULTADOS

Hemos conseguido agilizar el proceso diagnóstico terapéutico de las pacientes oncológicas atendidas en nuestro Servicio. Cuando el tratamiento sea quirúrgico, determinación de la fecha de intervención. Esto no ha permitido lograr que el tiempo máximo de espera desde el diagnóstico hasta la intervención no supere los 30 días.

CONCLUSIONES

Sabemos que una variable importante en los procesos oncológicos es el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento, esta variable depende en gran medida de los circuitos diagnóstico-terapéuticos del centro y de los sistemas de derivación de pacientes. Una demora en el inicio del tratamiento puede suponer, además de la normal angustia por parte de la paciente, modificaciones en el avance de la historia natural del proceso. Son muchos los estudios que han demostrado que los resultados finales están significativamente asociados al modo en que son prestados los servicios; la evidencia pone de manifiesto que la especialización quirúrgica, el número de pacientes atendidas, el trabajo multidisciplinario y la existencia de protocolos repercute favorablemente.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 162

TÍTULO. ISO 9001:2008. LA GESTIÓN CON INDICADORES PERMITE MEJORAR LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA

Autores: LÓPEZ VÉLEZ LM, DE LA CUEVA-BARRAO L, GUALLAR-LABRADOR A, SANGRÓS-SAHUN MJ, ESPEJO-NIÑO JM, ÁLVAREZ-RUIZ S, BARINGO-FUENTES T, ABÓS-OLIVARES D

LÓPEZ VÉLEZ LINA MARÍA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . MEDICINA NUCLEAR (linalopezvelez@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

La obtención de indicadores de cuyo análisis puedan obtenerse datos que permitan llevar a cabo acciones para mejorar la asistencia a los pacientes que atendemos es una de las ventajas de la certificación ISO 9001:2008 . El diseño y la medida de indicadores en servicios certificados debe pretender siempre la mejora en la calidad percibida.

METODOLOGÍA

Se han evaluado indicadores de los procesos de citación, diagnóstico y terapéutico del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet certificado en junio de 2011. La evaluación se ha llevado a cabo al año de conseguida la certificación , una vez establecidos los estándares que se han considerado óptimos.

RESULTADOS

Los indicadores evaluados en el proceso de citación han sido: tiempo entre petición de exploración y cita y tiempo desde cita hasta recepción del volante en el SMN. Se han cumplido en un 94% y 94,6%. Los evaluados en el proceso diagnóstico han sido: cumplimentación de todos los datos de los pacientes requeridos en nuestros protocolos, tiempo de realización de los informes en pacientes ambulatorios, tiempo de realización de informes en pacientes ingresados y demora en pruebas diagnósticas no preferentes ni urgentes. Se han cumplido en un 93%, 98,3%, 96,8% y 92,6% respectivamente. Los evaluados en el proceso terapéutico han sido: cumplimentación del consentimiento informado, tiempo de citación de los pacientes y demora para la realización de la terapia en indicaciones no preferentes ni urgentes. Los objetivos se han cumplido en un 100%, 99,1%, y 99,2%. Los indicadores evaluados con respecto a la satisfacción de los pacientes y de los médicos que nos solicitan las exploraciones han sido: comodidad de la sala de espera de pacientes y la satisfacción general con el Servicio de Medicina Nuclear. Los datos se han obtenido de las encuestas de satisfacción y considerado estándares puntuaciones medias de 3 y 3,5 (con respecto a 4 y a 5). Los estándares se han cumplido en un 83,8 y 82% respectivamente.

CONCLUSIONES

La gestión con indicadores permite reflexionar sobre nuestras “rutinas” y una vez obtenidos, aplicar acciones de mejora sobre algunos aspectos de la actividad asistencial que sin constituir nuestro trabajo específico sí que mejoran la calidad percibida por nuestros pacientes.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 53

TÍTULO. INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS POSQUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: MONRROY LOPEZ F, CALDERÓN MEZA JM, BARRASA VILLAR JI, CASTÁN RUIZ S, LÓPEZ IBORT N, RODRIGUEZ COGOLLO R

MONRROY LOPEZ FELIPE . DIRECCION DE ATENCION ESPECIALIZADA . ATENCION ESPECIALIZADA (fmonrroy@aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Determinar la proporción de reintervenciones, la mortalidad y la incidencia, gravedad y grado de evitabilidad de los eventos adversos posquirúrgicos (EAP), como paso previo antes de la implementación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ)

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo y transversal en el que se revisó una muestra aleatoria de 350 intervenciones quirúrgicas con hospitalización realizadas en 2009 en pacientes mayores de 14 años. Tanto para identificar los EAP como para determinar su gravedad se utilizaron clasificaciones validadas en estudios internacionales. La evitabilidad de los EAP se estableció por grados de probabilidad en función de la mayor o menor evidencia de que en las mejores condiciones ideales posibles dicho evento podría haberse evitado

RESULTADOS

En las 350 cirugías estudiadas se detectaron 113 EAP que aparecieron en 61 pacientes, lo que representa una Incidencia Acumulada de Pacientes con EAP del 17,4% [IC95%:13,4-21,3] y una Incidencia Acumulada de EAP de 32,3% [IC95%:26,8-36,5]. La media de EAP por paciente fue de 1,85. La edad media fue de 69,64 + 17,1 años. El 4,3% [IC95%:2,2-6,4] de los pacientes fue reintervenido y la mortalidad a los 30 días fue del 2,6% [IC95%:0,9-4,2], relacionándose de forma significativa con la cirugía urgente y el riesgo anestésico ($p < 0,001$).

El uso de anestesia general ($p < 0,001$), el riesgo anestésico ($p < 0,001$), la cirugía urgente ($p = 0,022$) y la edad del paciente ($p < 0,001$) fueron las variables que se asociaron de forma significativa con el desarrollo de eventos adversos. Los EAP más frecuentes fueron: Infección de herida quirúrgica (15,0%), hematoma o hemorragia de herida (9,7 %) y anemia por sangrado (8,8%). Cerca del 70% de los EAP estaban recogidos en el informe de alta.

El 72,6% [IC95%:67,8-77,1] de los EAP fueron catalogados como de gravedad leve, el 11,5% [IC95%:8,2-14,8] de gravedad moderada y solo el 15,9% [IC95%:12,1-19,7] como muy graves. Los EAP de tipo específico se asociaban a una mayor gravedad de forma significativa ($p = 0,029$).

El 19,5% [IC95%:15,4-23,6] de los EAP tuvo una probabilidad baja (menos del 20 %) de haber sido evitados, el 40,7% [IC95%:35,6-45,8] una probabilidad moderada (entre 21- 60%) y hasta un 39,9% [IC95%:34,7-44,9] fueron catalogados con una probabilidad alta de evitabilidad (más del 60%). No se encontró relación entre la evitabilidad y gravedad de los EAP

CONCLUSIONES

Las cifras de mortalidad (2,6 %), reintervenciones (4,3 %) e incidencia de EAP (37,7%) encontrada en nuestro estudio, si las trasladamos al gran volumen de actividad que supone los procesos quirúrgicos en cualquier hospital (más de 10.000 intervenciones/año en el nuestro) nos da una idea de la importancia que tiene implantar acciones, como la LVSQ, tendentes a reducir la magnitud e impacto de estos eventos adversos, sobre todo si consideramos que, según nuestros datos, cerca del 40 % de los mismos tendría una probabilidad muy alta de ser evitados

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 219

TÍTULO. **IMPLANTAR UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

Autores: PALANCA ARIAS D, MADURGA-REVILLA P, GARCIA-IÑIGUEZ JP, MURILLO-PERUGA O, GUTIERREZ-LIZARRAGA C, ROYO-PASCUAL LA, ESTABEN-BOLDOVA V

PALANCA ARIAS DANIEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS (danielpalanca@hotmail.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

TRAS EVALUAR LA PERCEPCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD POR PARTE DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA AVALADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (SECIP) ENVIADA A TODAS LAS UCIPs ESPAÑOLAS CONSIDERAMOS PRIORITARIO CREAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD Y DESARROLLAR UN SISTEMA DE REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN NUESTRA UNIDAD DURANTE EL AÑO 2012.

METODOLOGÍA

EL PERSONAL MÉDICO DE LA UCIP DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA DESARROLLÓ DURANTE FEBRERO DE 2012, SESIONES DE DOCENCIA EN HORARIO DE TRABAJO A TODO EL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA UNIDAD (ADJUNTOS, MIR, ENFERMERÍA, AUXILIARES) PARA CREAR CULTURA DE SEGURIDAD Y DETALLAR EN QUÉ CONSISTE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/ACONTECIMIENTOS ADVERSOS Y QUÉ SE DEBE NOTIFICAR EN DICHA HOJA.

ASÍMISMO INVITAMOS A UNA INSTRUCTORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (AVALADO POR SEMERGEN) DE NUESTRO CENTRO PARA EXPLICAR MEDIANTE SESIÓN DOCENTE AL PERSONAL DE LA UCIP (MÉDICOS/ENFERMERÍA) EN QUÉ CONSISTE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y RESOLVER LAS DUDAS QUE SURGIERAN AL PERSONAL AL IMPLANTAR UN SISTEMA DE SEGURIDAD.

SE DISEÑÓ UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/ACONTECIMIENTOS ADVERSOS ADAPTADA A NUESTRA UNIDAD Y ABIERTA A MODIFICACIONES MEDIANTE PROPUESTAS DEL PERSONAL, EN FORMATO PAPEL, PARA SER RELLENADA DE FORMA VOLUNTARIA Y ANÓNIMA, POR TODO AQUEL TRABAJADOR DE LA UCIP QUE OBSERVE UN INCIDENTE. LAS HOJAS DE NOTIFICACIÓN SE DEPOSITAN EN UN BUZÓN FUERA DE LA UNIDAD.

RESULTADOS

TRAS CREAR UN CLIMA DE SEGURIDAD Y UN PERÍODO DE CAMBIOS EN LA HOJA DE NOTIFICACIÓN PROPUESTOS POR EL PERSONAL DE LA UCIP SE IMPLANTA EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN FORMATO PAPEL, SENCILLO Y CON DIVERSOS APARTADOS QUE RESPONDEN A DIVERSAS CUESTIONES: HORARIO, LUGAR, CLASIFICACIÓN Y TIPO DE INCIDENTE CON UNA BREVE DESCRIPCIÓN Y EFECTO DEL MISMO, TIPO DE PACIENTE, CAUSAS POSIBLES, PREVENCIÓN Y PERSONA QUE DECLARA EL INCIDENTE.

SE RECOGEN ALGUNAS NOTIFICACIONES DURANTE ESTOS 3 MESES.

CONCLUSIONES

SE HAN CUMPLIDO LOS PRINCIPALES OBJETIVOS DE CALIDAD QUE NOS PROPONÍAMOS AL FINAL DEL AÑO 2011: CREACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO DE INCIDENTES/ACONTECIMIENTOS ADVERSOS, DEL GRUPO DE SEGUIMIENTO Y SE HAN RECOGIDO VARIAS NOTIFICACIONES.

SE HA VALORADO POSITIVAMENTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/ACONTECIMIENTOS ADVERSOS Y LA CREACIÓN DE UN CLIMA DE SEGURIDAD. EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ES POCO UTILIZADO HASTA EL MOMENTO POR EL PERSONAL, AUNQUE SÓLO HAN PASADO 3 MESES DESDE SU IMPLANTACIÓN. PARECE NECESARIO PROMOVER EL USO DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y CREAR CULTURA DE SEGURIDAD PARA ANIMAR A LOS TRABAJADORES A NOTIFICAR SIN MIEDO. LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN FUTURO PODRÍA

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 219

TÍTULO. **IMPLANTAR UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

Autores: PALANCA ARIAS D, MADURGA-REVILLA P, GARCIA-IÑIGUEZ JP, MURILLO-PERUGA O, GUTIERREZ-LIZARRAGA C, ROYO-PASCUAL LA, ESTABEN-BOLDOVA V

PALANCA ARIAS DANIEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS (danielpalanca@hotmail.com)

FAVORECER UNA MAYOR PARTICIPACIÓN A LA HORA DE NOTIFICAR. LOS OBJETIVOS PENDIENTES DURANTE ESTE AÑO SON: REALIZAR RONDAS DE SEGURIDAD INTERNAS SEMESTRALES, ANALIZAR Y DISCUTIR LAS NOTIFICACIONES, REUNIRNOS ANUALMENTE PARA COMENTAR ALGÚN EFECTO ADVERSO GRAVE, ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) O DECIDIR SI SE PUEDE MEJORAR ALGO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE ALGÚN CAMBIO, PASAR DE NUEVO LA ENCUESTA INICIAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA PODER EVALUAR EL CAMBIO EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DE NUESTRA UNIDAD. EL PERSONAL, INCLUYENDO JEFE DE SERVICIO/SUPERVISORA, CONSIDERA MUY IMPORTANTE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, AUNQUE PENSAMOS QUE ES NECESARIO TRABAJAR MÁS EN ESTE ÁREA.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 274

TÍTULO. PROGRAMA DE CONCIENCIACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN LA PREVENCIÓN DE LA I. NOSOCOMIAL.

Autores: PALMERO PEREZ F, MARCO-LIARTE, Mª CARMEN, FALCES-AÑÓN, EVA, LABORDA-USON, Mª CARMEN, GOMEZ, PAULA, SISAS, RAQUEL, FLORENTIN, EVELYN, GONZALEZ, MARGA

PALMERO PEREZ FRANCISCA . CSS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA . DIRECCION DE ENFERMERIA (fpalmero@ohsjd.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

- Dar a conocer la importancia del lavado de manos en la prevención I NSC.
- Difundir esta práctica entre profesionales, pacientes, cuidadores y voluntarios.
- Reducir las Infecciones dentro y fuera del Hospital, a través de la formación
- Colaborar en la formación de pacientes y familias
- Determinar las pautas basadas en la evidencia científica para el buen uso de guantes.

METODOLOGÍA

Se programaron 4 semanas de actuaciones relacionadas con el lavado de manos, una de ellas alrededor del "día internacional de la higiene de manos". La metodología fue la siguiente:

- Banner en Intranet corporativa al abrir sesión de trabajo
- Folletos explicativos para pacientes y familias
- Folletos específicos para profesionales
- Charlas dirigidas a pacientes y familias
- Charlas dirigidas a profesionales
- Charla específicamente dirigida a Voluntarios

Las semanas de actuación han sido:

- 24-30 Enero
- 3-9 Mayo
- 19-25 Septiembre
- 12-18 de Diciembre

RESULTADOS

Impacto de los seminarios:

- 40% trabajadores
- 13% pacientes
- 60% voluntarios.

Durante las semanas de concienciación se han repartido:

- 700 folletos informativos a pacientes y familias
- 150 folletos a profesionales
- 50 folletos a voluntarios

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 274

TÍTULO. PROGRAMA DE CONCIENCIACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN LA PREVENCIÓN DE LA I. NOSOCOMIAL.

Autores: PALMERO PEREZ F, MARCO-LIARTE, Mª CARMEN, FALCES-AÑON, EVA, LABORDA-USON, Mª CARMEN, GOMEZ, PAULA, SISAS, RAQUEL, FLORENTIN, EVELYN, GONZALEZ, MARGA

PALMERO PEREZ FRANCISCA . CSS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA . DIRECCION DE ENFERMERIA (fpalmero@ohsjd.es)

CONCLUSIONES

- Mejora de los conocimientos relativos a Higiene Hospitalaria en familia y pacientes
- Mejora del cumplimiento de protocolo de higiene de manos en profesionales
- Mejora de conocimientos en higiene y manipulación en Voluntarios.

Hemos considerado y así se desprende de las encuestas que sería adecuado programar al menos 1 semana de concienciación con diversas actividades con regularidad para mantener/mejorar el nivel de educación sanitaria en higiene y prevención de la infecciones.

En las encuestas realizadas para valorar la acción se han tenido en cuenta 3 parametros diferentes:

- Aspectos globales 78% considera bueno o excelente la utilidad, el horario y la duración de la formación
- Profesorados e indicación del tema, el 82% considera bueno o excelente los conocimientos de los docentes, la claridad, la actualidad y los recursos utilizados
- Opinion global sobre la actividad, el 90% considera bueno o excelente la información en cuanto a la utilidad de la iniciativa.

Toda la documentación se encuentra recogida en la Memoria del Proyecto.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 146

TÍTULO. EVALUACIÓN HIGIÉNICO-SANITARIA DE UTENSILIOS Y SUPERFICIES CULINARIAS COMO BARRERA DE CONTAMINACIÓN CRUZADA ALIMENTARIA.

Autores: PEREZ-SALILLAS M, Ibarra-Sierra C, Pérez-Pascual C, Donoso-Alonso P, de Torres Olson C, Laguna-Henández P, Tena-Herrero J, de Torres Aured ML

PEREZ-SALILLAS MARÍA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . HOSTELERIA (mperezsal@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Evaluar correctamente los procedimientos de limpieza y desinfección de equipos, superficies y utensilios de la cocina hospitalaria, para

- Identificar y/o prevenir la presencia de microorganismos patógenos, en los productos alimenticios.
- Evitar la contaminación cruzada de los alimentos, con el consiguiente riesgo infeccioso y déficit nutricional.

METODOLOGÍA

Siguiendo el Protocolo diseñado por el hospital y homologado por el Servicio provincial de Sanidad, para un establecimiento de restauración colectiva de alto riesgo:

- Mensualmente se realiza el control de cuatro superficies, de forma rotatoria, con placas de contacto: hornos, cámaras, abatidor, superficies de manipulación, túneles de lavado...
 - También de forma rotatoria y mensual, cuatro superficies por el método de hisopado: utensilios de corte, licuadoras, lavadora de hortalizas...
 - Para comprobar la eficacia de las operaciones, la toma de muestras se realiza al concluir las operaciones de limpieza y desinfección, de final de un turno laboral de mañana o tarde.
- Para cada utensilio y superficie hay un procedimiento descrito:
- Placas Rodac para análisis de aerobios mesófilos: agar PCA.
 - Placas Rodac para análisis de enterobacterias: agar VRBG.
 - Hisopos.

RESULTADOS

1) La evaluación de resultados se ha hecho siguiendo los criterios de calidad establecidos para la medición y control, expresados en unidades formadoras de colonias por cm² (UFC /cm²):

- Limpio.- Aerobios mesófilos y Enterobacterias < 1
- Aceptable.- Aerobios mesófilos 1- 10 Enterobacterias 1
- Sucio.- Aerobios mesófilos > 10 Enterobacterias > 1

2) Según los márgenes protocolizados como garantía de calidad, la media ponderada de los resultados obtenidos en el hospital, desde el año 2008 son:

- Mediciones en placas: 95,7% satisfactoria
- Mediciones por hisopos: 75,3% <1ufc de enterobacterias/cm².

CONCLUSIONES

- Analizar microbiológicamente superficies de manipulación, verifica la efectividad de los procedimientos de limpieza y desinfección como garantía de calidad alimentaria.
- Determinar el origen de la contaminación, ayuda a reforzar los puntos más débiles de la cadena.
- Si la valoración es "No satisfactoria" se rellena hoja de incidencias que incluye medida correctora, para mejorar los resultados en analíticas posteriores.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. 302

TÍTULO. ¿ESTÁ CUMPLIENDO EL SERVICIO DE FARMACIA LAS EXPECTATIVAS DE SUS CLIENTES INTERNOS?

Autores: Real JM, Idóipe A, Huarte R, Agustín MJ, Carcelén J, Villagrasa I, Vicente A, Abad-Sazatornil MR

REAL JOSE MANUEL . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . FARMACIA (jmreal@salud.aragon.es)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de los clientes internos: personal facultativo (PF) y de enfermería (PE) sobre el funcionamiento del servicio de farmacia (SF) e identificar los aspectos percibidos como puntos débiles con el fin de establecer acciones de mejora.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado mediante una encuesta de satisfacción anónima dirigida a jefes de servicio, coordinadores de calidad y tutores como observadores clave para conocer la percepción del PF y a supervisores/as como representantes del PE. La encuesta se envió por correo electrónico, realizándose online. Constaba de 13 preguntas valoradas en una escala de 1-10. Se incluyeron preguntas abiertas para recoger aspectos positivos, negativos, dificultades de prescripción por principio activo y sugerencias. El análisis estadístico se realizó en SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

El índice de respuestas fue del 23,3% (60 respuestas de un total de 257 encuestas), siendo mayor el porcentaje de respuesta del PE (40,0%) que el de PF (17,1%) ($p < 0,001$). El PE valora todos los aspectos con puntuación inferior a la del PF, siendo $p < 0,05$ en los ítems referentes a trato, comprensión, identificación del profesional, satisfacción con las explicaciones y competencia profesional. La satisfacción general con el SF es alta en ambos grupos (PE: 7,4 y PF: 8,1), siendo globalmente 7,8. Ítems mejor valorados para PF: competencia profesional, (8,8), trato (8,6) y satisfacción con las respuestas a consultas planteadas (8,5), y para PE: accesibilidad (8,4), agilidad (8,2), solicitud de medicamentos no urgentes (8,2) y la ayuda (7,9). El aspecto peor valorado está relacionado con la prescripción/petición de medicamentos por principio activo (PF: 6,2, PE: 6,1).

Las acciones de mejora implementadas son: identificación del personal, aumento del número de camas en prescripción electrónica y con sistemas de dispensación automatizada o unidosis.

CONCLUSIONES

Los clientes internos manifiestan una elevada satisfacción con el SF siendo los aspectos relacionados con la actuación profesional del farmacéutico los mejor valorados. Aunque el PE responde ampliamente, se muestra más crítico que el PF en la puntuación otorgada.

La encuesta ha facilitado la identificación de las acciones de mejora prioritarias que deben ponerse en marcha.

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 20 de junio de 2012

Comunicación ORAL *** Mesa 6

Nº Reg. **250**

TÍTULO. **MEJORA DE CALIDAD EN LA SEGURIDAD Y MANIPULACIÓN DEL MATERIAL DESECHABLE EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO I, CONVIVIENTES Y S.MPAL. DE RECOGIDA DE RESIDUOS URBANOS**

Autores: SANTAFE PINTADO S, SANTAFE-PINTADO S, IDAÑEZ RODRIGUEZ D., MONZON -MORENO E., ORDOÑEZ- GARCIA G

SANTAFE PINTADO SILVIA . CS SANTO GRIAL . ATENCION PRIMARIA (silviamsp@ono.com)

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS

Trás constatar que solo 4.4% (11) de los diabéticos insulino-dependientes pertenecientes a nuestro centro de salud (250) que retiran material desechable (agujas y tiras reactivas) poseen contenedores en su domicilio y que el resto de pacientes depositan las agujas, tiras y lancetas en la basura de residuos orgánicos con el consiguiente riesgo de sufrir pinchazos accidentales y posible transmisión de enfermedades. Hemos creído necesario subsanar esta situación que puede tener trascendencia

METODOLOGÍA

Elaboración de una tabla para el registro de los pacientes que acuden a recoger el material, donde conste nombre y apellidos, fechas de entrega, devolución y teléfono de contacto.
Entrega del contenedor cuando acudan a recoger el material acompañado de una información oral y material impreso sobre la importancia que hagan un uso adecuado para su propia higiene y salud así como la de sus familiares y profesionales implicados en la recogida de basura.
Recogida y supervisión al año de su entrega

RESULTADOS

Nº de contenedores

1ª Entrega 46	1ª Devolución 1
2ª Entega 12	2ª Devolución 5
3ª Entrega 5	3ª Devolución 1
4ª Entega 1	

CONCLUSIONES

Satisfacción y buena acogida de los pacientes
Evitar contagios por accidente de material punzante
Respetar el medio ambiente
Seguir fomentando la utilización de los contenedores cada vez que vienen a recoger el material de diabéticos