

**MEMORIA CALIDAD 2007**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA**

## **INDICE**

### **Prólogo**

#### **I. DESCRIPCION DE LA UNIDAD**

- I.1. Denominación de la Unidad**
- I.2. Plantilla**
- I.3. Ubicación**
- I.4. Objetivos**

#### **II. OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

- II.1. Resultados Objetivos Calidad 2007**
- II.2. Registro de Actuaciones en Calidad 2007**
- II.3. Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios Informe de Actuaciones**
- II.4. Desarrollo de los Proyectos de Mejora tras la autoevaluación EFQM.**

#### **III. COMISIONES.**

#### **IV. ACTIVIDADES DE CALIDAD.**

- IV.1. Dirección Médica**
- IV.2. Dirección de Enfermería**
- IV.3. Dirección de Gestión**

## PROLOGO

Como decíamos en la memoria del pasado ejercicio 2006, elaborar un prólogo no es tarea sencilla, pero si es cierto que se facilita un poco cuando el equipo que lideras participa y comparte las principales directrices que marca la Gerencia y sus colaboradores.

El objetivo de calidad fijado en el 2007 para el Hospital Universitario “Santa Cristina” es el mismo del año pasado “mejorar la calidad total del centro”, y mientras continúe trabajando en este equipo, se mantendrá en el futuro, porque como dice el aforismo popular “la no mejora significa retroceso”.

Pero el camino por conseguir el objetivo no ha sido tan fácil como nos hubiese gustado, este hospital se ha visto afectado por los cambios que está experimentando la sanidad madrileña. El crecimiento y la expansión van ligados a la reorganización de los recursos materiales y humanos, siendo este último el que mayores consecuencias ha tenido en nuestro Hospital. Ninguna ha resultado irreparable, pero lo que más se ha resentido ha sido la actividad de las Comisiones Clínicas.

Como decía Masaa Ki Imai, el creador de la práctica kaizen, si no se reconoce un problema, tampoco se reconoce la necesidad de mejoramiento. Aunque con retraso, lo hemos reconocido y ya estamos trabajando para solucionar el problema.

El balance personal del ejercicio 2007 refleja el intenso esfuerzo que realiza todo el personal del Hospital para poder ofrecer una asistencia de calidad y por otro lado la inestimable labor de mis compañeros de la Unidad de Calidad, Formación y Riesgos Sanitarios para transcribir esos resultados al lenguaje de la gestión de la Calidad.

DR. CARLOS GRANDE BAOS  
COORDINADOR CALIDAD  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “SANTA CRISTINA”

## I. DESCRIPCION DE LA UNIDAD:

### **I.1. Denominación de la Unidad:**

- Unidad de Calidad, Formación y Riesgos Sanitarios.

### **I.2. Plantilla**

- Coordinador de Calidad: Dr. Carlos Grande Baos
- Enfermera de Calidad: D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Teresa Pérez y Pérez-Medrano y
- Administrativo, Biblioteca y Calidad: D. Saturnino Díaz Trujillo
- Responsable de Objetivos de Calidad para la División de Enfermería D<sup>a</sup>. Pilar Martín Martín.
- Administrativo: D<sup>a</sup>. Petra de Pedro Blanco
- Responsable de Objetivos de Calidad para la Dirección de gestión: D. Eduardo Castañeda.
- Responsable de Objetivos de Calidad para la Dirección Médica: Jefes de Servicio y Unidades Médicas.

Salvo D<sup>a</sup>. María Teresa Pérez y Pérez Medrano y D<sup>a</sup>. Petra de Pedro Blanco, que están asignadas a tiempo completo a la Unidad, el resto de los componentes del equipo encargado de la Gestión de Calidad, comparten esta labor con su trabajo asistencial: Dr. Carlos Grande Baos (Oftalmología) o de otro tipo D. Saturnino Díaz Trujillo (Biblioteca) D<sup>a</sup>. Pilar Martín Martín (Formación) y D. Eduardo Castañeda González (Jefe de Mantenimiento).

### **I.3. Ubicación**

- La Unidad de Calidad, Formación y Riesgos Sanitarios del Hospital Universitario Santa Cristina, está ubicada en la 4<sup>a</sup> planta del Edificio A, junto a la Biblioteca.
- Consta de una sala con 5 puestos con el equipamiento ofimático e informático necesario y de un archivo interno.

### **I.4. Objetivos**

- El Hospital Universitario Santa Cristina, impulsa la Mejora Continua de Calidad atendiendo a la Calidad Científico Técnica, Asistencial y Calidad percibida por los ciudadanos que son atendidos en nuestra organización.
- Objetivos Generales de la Unidad de Calidad:
  - Impulsar y facilitar el Modelo de Calidad de la Comunidad de Madrid, basado en el Modelo EFQM.
  - Implicación/sensibilización de los directivos, líderes y profesionales en la Mejora Continua de la Calidad.
  - Relaciones con organizaciones institucionales y otras organizaciones hospitalarias así como con Atención Primaria.
- Objetivos Específicos de la Unidad de Calidad:
  - Asegurar la implementación de procesos asistenciales basados en la Mejora Continua de Calidad.
  - Autoevaluación EFQM y seguimiento de grupos de mejora.
  - Apoyo en la evaluación, indicadores y control de los procesos en los objetivos institucionales (PAS).

## II. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Como todos los años la Consejería de Sanidad a través de la Dirección General de Calidad Inspección y Acreditación, dicta unos objetivos de obligado cumplimiento en los hospitales de la red pública de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Así mismo se fijan los objetivos que deben cumplir la Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios en materia de seguridad clínica.

Por último, también se incluye la fase de Desarrollo de los Proyectos de Mejora, surgida de la autoevaluación EFQM por la que apostó la Comunidad Autónoma de Madrid.

## RESULTADOS OBJETIVOS DE CALIDAD 2007

ID. HOSPITAL

CG-8206

### 1.- Mejora en la atención sanitaria del ciudadano

I. 1.1: Elaboración-rediseño de la Carta de Servicios del hospital	Sí
I. 1.2.1: Existencia de un Plan de acogida de pacientes actualizado	Sí
I. 1.2.2: % de pacientes hospitalizados a los que se aplica el Plan de acogida	85,0%
I. 1.3.1: Realización de una encuesta de satisfacción posthospitalización	Sí
I.1.3.2: Establecimiento de al menos 2 acciones de mejora tras el análisis de los resultados de esta encuesta	Sí
I.1.3.3: % encuestas recibidas/ total altas	3,0%
I.1.4: Elaboración de una Estrategia de Seguridad del Paciente	No
I.1.5: Grado de implantación del sistema de identificación de pacientes mediante pulseras	100,00%
I.1.6: Grado de implantación del lavado de manos con soluciones alcohólicas	100,00%

### 2.- Mejora en los procesos asistenciales

I.2.1: Pacientes dados de alta con informes definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos	99,15%
---	--------

### 3.- Mejora en la gestión de la organización

I. 3.1: Remisión del informe resumen de la autoevaluación de acuerdo al Modelo de Autoevaluación y Mejora del Sistema sanitario Madrileño	Sí
---	----

### 4.- Mejora en las personas de la organización

I.4.1.1: Existencia de un Plan de acogida para profesionales elaborado o revisado en los 2 últimos años	No
I.4.1.2: Implantación del Plan de acogida para profesionales	No
I.4.1.3: % de profesionales de nueva incorporación a los que se aplica el Plan de acogida	0,0%
I. 4.2: % de profesionales en grupos de trabajo, comisiones y/o equipos de proceso	20,89%



## Encuestas de satisfacción posthospitalización

Tipo encuesta:

SERVQHOS

Forma de  
administración:

Correo

Fechas de realización:

2ª quincena de Mayo y de Octubre

Acciones de mejora tras el análisis de resultados de la encuesta:

Grupo de trabajo para mejorar la información clínica a los pacientes

Recuerdo de la Dirección Médica a los profesionales de mejorar su  
identificación

## Pulseras identificativas

Áreas donde se utilizan

1. Hospitalización
2. Bloque Quirúrgico
3. Unidad de CMA
4. Urgencias
5. Secretarías y Despachos
6. Salas de exploración
7. Controles de Enfermería
8. Urgencias

## Soluciones alcohólicas

### Áreas donde se utilizan

1. Hospitalización
2. Sala de Espera de Familiares (WC)
3. Bloque Quirúrgico y CMA
4. Secretarías y Despachos
5. Salas de exploración
6. Controles de Enfermería
7. Urgencias
8. Consultas

## Plan de acogida profesionales

### Estamentos en que se aplica:


### Actuaciones realizadas:

1. Grupo de Mejora constituido para la revisión y actualización de la Guía de Acogida al Profesional.
2. Realización del Plan de Acogida al Profesional, según la nueva estructura física del Hospital.

## Comentarios / Observaciones

### 1. Mejora de la Atención Sanitaria del Ciudadano.

#### 1.1.2.1: Existencia del plan de acogida de Pacientes actualizado:

Tras la finalización en el 2007, de las obras de remodelación del Hospital y como proyecto de mejora derivado de la Autoevaluación EFQM se ha conformado un grupo de trabajo para la actualización de la Guía de Acogida al Paciente, formado por 12 profesionales. En la actualidad se encuentra el grupo de mejora revisando el cumplimiento del Plan en la recepción del paciente al ingreso y en la hospitalización.

#### **Resultados obtenidos:**

1. Guía de Acogida reformada, pendiente de imprenta.
2. Contrastados resultados 2006, 2007 de la encuesta SERVQ HOSP con las actividades del Plan de Acogida Institucional.

### 3. Mejora en la Gestión de la Organización.

1. 3. 1: Remisión del Informe Resumen de la Autoevaluación de acuerdo al modelo de Autoevaluación y Mejora del Sistema Sanitario Madrileño.

#### **Resultados obtenidos:**

1. Desplegados 8 de los 9 proyectos de mejora tras la Autoevaluación EFQM

### 4. Mejora en las personas de la Organización.

- 1.4.1.: Existencia de un Plan de Acogida para Profesionales elaborado o revisado en los 2 últimos años:

Tras la finalización en el 2007, de las obras de remodelación del Hospital, se ha conformado un grupo de mejora, para la actualización de la Guía de Acogida al Profesional.

#### **Resultados obtenidos:**

1. Revisando la Guía de Acogida, actualizando la información a las nuevas características del Hospital.

## REGISTRO ACTUACIONES EN CALIDAD 2007 (enero-junio)

ID. HOSPITAL/ ÁREA:

Hospital  
Universitari  
o Santa  
Cristina

### 1.- PLANES.

Dispone de Plan Estratégico vigente	Sí
Dispone de Plan de Calidad vigente	Sí
Dispone de Plan de Comunicación interna vigente	Sí
Dispone de Otros planes	Sí

### 2.- DOCUMENTACIÓN

Elabora anualmente una Memoria de Calidad	Específica
---	------------

### 3.- AUTOEVALUACIONES

Iniciada en 2007 de acuerdo al Modelo de Calidad del Sistema Sanitario C. de Madrid	Sí
Realizada con Apoyo Externo	No

### 4.- ACREDITACIONES

Nº de servicios que estén en proceso de acreditación en 2007	0
Nº de servicios que han recibido la acreditación en 2007	0

### 5.- CERTIFICACIONES

Nº de servicios que estén en proceso de certificación en 2007	0
Nº de servicios que han recibido la certificación en 2007	0

### 6.- ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

#### 6.1-PACIENTES

Ha realizado encuestas propias del Área a usuarios de ATENCIÓN PRIMARIA	No
Ha realizado encuestas de POSTHOSPITALIZACIÓN	Sí
Ha realizado encuestas en CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	Sí
Ha realizado encuestas en URGENCIAS	No
Ha realizado encuestas en CONSULTAS EXTERNAS	Sí
Ha realizado encuestas en CENTROS DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICOS	No
OTRAS encuestas	No

#### 6.2-PROFESIONALES

Ha realizado encuestas de satisfacción/ clima laboral	No
Alcance de la encuesta	
<b>7.- COMISIONES CLÍNICAS/ GRUPOS DE MEJORA</b>	
Nº de Comisiones Clínicas constituidas	15
Nº de Grupos de Mejora constituidos	9
<b>8.- VÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS</b>	
Nº de vías clínicas editadas y/o revisadas este año 2007	No
Nº de protocolos editados y/o revisados este año 2007 (se excluyen protocolos no asistenciales y procedimientos)	No
<b>9.- CURSOS CALIDAD</b>	
Nº de cursos de calidad impartidos en el año 2007 dentro del Programa de Formación Continuada de la Gerencia (referidos por ej. a: <i>Introducción- Generalidades; Herramientas y metodología; Procesos; EFQM; ISO; Otros</i> )	0
<b>10.-PUBLICACIONES CALIDAD</b>	
Nº de publicaciones relacionadas con la calidad en el año 2007	0
<b>11.-PONENCIAS/COMUNICACIONES</b>	
Nº de ponencias relacionadas con la calidad en el año 2007	0
Nº de comunicaciones orales relacionadas con la calidad en el año 2007	0
Nº de comunicaciones poster relacionadas con la calidad en el año 2007	0
<b>12.- JORNADAS Y PREMIOS CALIDAD ORGANIZADOS</b>	
Nº de Jornadas/ Premios de Calidad organizados	0
<b>13.- PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS RECIBIDOS</b>	
Nº de Premios/ Reconocimientos de Calidad organizados	0
<b>14.- OTRAS ACTUACIONES</b>	
Otras actuaciones de calidad relevantes y de interés para su difusión al resto de centros	Sí

## Grupos de mejora constituidos

### **LA CALIDAD DEL PROCESO QUIRURGICO EN CMA**

Establecer un plan para mejorar la participación de los profesionales en la consecución de los objetivos anuales

Informatizar la gestión de personal en las distintas direcciones del HUSC

Evaluar el cumplimiento de la normativa vigente en material de bioseguridad, en todas las áreas del HUSC

Actualizar el procedimiento de acogida al paciente.

Evaluar el desarrollo del procedimiento de acogida al trabajador.

Mejorar la información clínica para los pacientes

Informatizar los sistemas de información clínico

#### Asistenciales

Establecer un sistema de información específico para cada servicio relacionado con el seguimiento de los objetivos

## REGISTRO ACTUACIONES EN CALIDAD 2007 (julio - diciembre)

ID. HOSPITAL/ ÁREA: HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, AREA 2 CG-8206

### 1.- PLANES.

Dispone de Plan Estratégico vigente	Sí
Dispone de Plan de Calidad vigente	Sí
Dispone de Plan de Comunicación interna vigente	Sí
Dispone de Otros planes	

### 2.- DOCUMENTACIÓN

Elabora anualmente una Memoria de Calidad	Específica
---	------------

### 3.- AUTOEVALUACIONES

Iniciada en 2007 de acuerdo al Modelo de Calidad del Sistema Sanitario C. de Madrid	Sí
Realizada con Apoyo Externo	No

### 4.- ACREDITACIONES

Nº de servicios que estén en proceso de acreditación en 2007	0
Nº de servicios que han recibido la acreditación en 2007	0

### 5.- CERTIFICACIONES

Nº de servicios que estén en proceso de certificación en 2007	0
Nº de servicios que han recibido la certificación en 2007	0

### 6.- ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

#### 6.1-PACIENTES

Ha realizado encuestas propias del Área a usuarios de ATENCIÓN PRIMARIA	No
Ha realizado encuestas de POSTHOSPITALIZACIÓN	Sí
Ha realizado encuestas en CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	Sí
Ha realizado encuestas en URGENCIAS	No
Ha realizado encuestas en CONSULTAS EXTERNAS	Sí
Ha realizado encuestas en CENTROS DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICOS	No
OTRAS encuestas	Sí

#### 6.2-PROFESIONALES

Ha realizado encuestas de satisfacción/ clima laboral	No
Alcance de la encuesta	

## 7.- COMISIONES CLÍNICAS/ GRUPOS DE MEJORA

Nº de Comisiones Clínicas constituidas	13
Nº de Grupos de Mejora constituidos	9

## 8.- VÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS

Nº de vías clínicas editadas y/o revisadas este año 2007	1
Nº de protocolos editados y/o revisados este año 2007 (se excluyen protocolos no asistenciales y procedimientos)	2

## 9.- CURSOS CALIDAD

Nº de cursos de calidad impartidos en el año 2007 dentro del Programa de Formación Continuada de la Gerencia (referidos por ej. a: <i>Introducción- Generalidades; Herramientas y metodología; Procesos; EFQM; ISO; Otros</i> )	3
---	---

## 10.-PUBLICACIONES CALIDAD

Nº de publicaciones relacionadas con la calidad en el año 2007	0
--	---

## 11.-PONENCIAS/COMUNICACIONES

Nº de ponencias relacionadas con la calidad en el año 2007	0
Nº de comunicaciones orales relacionadas con la calidad en el año 2007	3
Nº de comunicaciones poster relacionadas con la calidad en el año 2007	6

## 12.- JORNADAS Y PREMIOS CALIDAD ORGANIZADOS

Nº de Jornadas/ Premios de Calidad organizados	0
--	---

## 13.- PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS RECIBIDOS

Nº de Premios/ Reconocimientos de Calidad organizados	0
---	---

## 14.- OTRAS ACTUACIONES

Otras actuaciones de calidad relevantes y de interés para su difusión al resto de centros	
---	--



Comisiones Clínicas		constituidas
Calidad		Si
Docencia		Si
Ética Asistencial		Si
Ética Investigación Clínica		No
Farmacia y Terapéutica		Si
Formación Continuada		Si
Hemoterapia y transfusiones		Si
Historias clínicas		Si
Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica		Si
Investigación		Si
Mortalidad		Si
Tecnología y adecuación de medios		No
Tejidos		Si
Trasplantes		Si
Tumores		Si
Otras Comisiones		
Radiodiagnóstico		
Dirección		
Violencia de Género		

### Grupos de mejora constituidos

Revisar y actualizar las vías clínicas existentes y diseñar al menos una vía clínica.
Establecer un plan para mejorar la participación de los profesionales en la consecución de los objetivos anuales.
Informatizar la gestión de personal en las distintas direcciones del Hospital Universitario Santa Cristina.
Evaluar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de bioseguridad en todas las áreas del Hospital Universitario Santa Cristina.
Actualizar el procedimiento de acogida al paciente
Evaluar el desarrollo del procedimiento de acogida al trabajador.
Mejorar la información clínica para los pacientes.
Informatizar los sistemas de información clínico asistenciales
Establecer un sistema de información específico para cada servicio, relacionado con el seguimiento de los objetivos (relacionado con cuadros de mando).
Establecer un sistema de información específico para cada servicio, relacionado con el seguimiento de los objetivos (relacionado con cuadros de mando).

### Vías Clínicas editadas y/o revisadas año 2007

Título	Conjuntamente e Primaria Especializada
Vía Clínica de la Hernia Inguinal Unilateral no complicada sin ingreso.	No

### Protocolos editados y/o revisados año 2007

Título	Conjuntamente Primaria Especializada
Guía de Actuación en EPOC agudizado	
Protocolo de manejo de la insuficiencia cardiaca crónica	

### CURSOS CALIDAD

(referidos a: *Introducción-Generalidades; Herramientas y metodología; Procesos; EFQM; ISO; Otros*)  
*SE EXCLUYE Seguridad del paciente*

Título	Temática	Nº horas	Dirigido a:
Elaboración de proyectos de investigación para la salud	Herramientas/ Metodología	20	Facultativos y Personal de enfermería
Curso taller E.F.Q.M. (organización y funcionamiento de las Unidades de C.M.A.)	Introducción/ Generalidades	20	Personal de enfermería
Fundamentos metodológicos en Educación para la salud	Introducción/ Generalidades	20	Facultativos y personal de enfermería
Metodología de calidad para la interpretación de las técnicas diagnósticas de laboratorio	Herramientas/ Metodología	20	Personal de enfermería y técnicos de laboratorio
Cuidados postoperatorios del enfermo urológico para aumentar la calidad de los resultados	Otros	20	Personal de enfermería

### Ponencias/ Comunicaciones relacionadas con calidad

Título	Congreso/ Jornada	Tipo
Proceso de calidad de vida de la mujer con cáncer de mama: La importancia de los riesgos de enfermería.	26 Reunión de la Sociedad Española de senología y patología mamaria	Comunicación póster
1.-Intervención enfermera durante el proceso quirúrgico. 2.- Preparación perioperatoria en pacientes de cirugía radical en el Hospital Universitario Santa Cristina	XI Congreso de la sociedad española de la enfermería oncológica	Comunicación póster
Intervención enfermera en la Población emigrante atendida en el Sº de Endoscopia	XI Encuentro Internacional de Investigación de enfermería	Comunicación póster
Cáncer de ovario: Intervención enfermera intraoperatoria durante el proceso quirúrgico	XI Congreso de la Sociedad Española Oncológica	Comunicación póster

Evaluación de los estudios de calidad percibida por el usuario en la Unidad de cirugía ortopédica	XXIII Jornada Nacional de Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica	Comunicación póster
Implantación de la llamada prequirúrgica para evaluar las recomendaciones enfermeras	XVIII Jornada Nal. De Supervisión de enfermería; Enfermeras Gestoras	Comunicación póster
Lectura del test rápido en la Infección Gástrica por Helicobacter pylori	XI Encuentro Internacional de Investigación de enfermería	Comunicación oral
Ampliando Horizontes en Cuidados Paliativos	XI Jornada Nacional de Enfermería en Cuidados Palliativos	Comunicación oral
Humanizar el final de la Vida	XI Jornada Nal. De Humanización de la Salud	Comunicación oral

### Otros Encuestas (especificar)

Encuestas de satisfacción de Enfermería. Realización telefónica en C.M.A. y Bloque Quirúrgico

Encuesta satisfacción de los pacientes en salas de RX de mamografía y radiología general

### Otras actuaciones relevantes y de interés

Normas par la unificación de manuscritos

Figura del Médico responsable en la Unidad de Oftalmología y Traumatología.

Creación del registro de actuaciones de Calidad del Hospital.

Preparación de una Jornada sobre mejora de la Seguridad Clínica del Paciente Discapacitado.

## UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS INFORME DE ACTUACIONES



Observatorio Regional  
de Riesgos Sanitarios

HOSPITAL/ ÁREA:

H. U. Santa  
Cristina Área 2

### 1.- ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL

¿La Gerencia tiene planificada la Estrategia en Seguridad del paciente?	No
¿La Unidad Funcional ha establecido objetivos para este año?	Sí
Nº de reuniones en el semestre	5
¿Se elabora un informe/acta de las reuniones?	Sí

### 2.- ACTIVIDAD

#### 2.1.- PROMOCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD

##### 2.1.1.- Actividades de formación dirigidas a profesionales (impartidas u organizadas desde la Unidad Funcional y recibidas)

Nº de cursos	4
Nº de sesiones	
Nº de jornadas/ seminarios/talleres	1

##### 2.1.2.- Actividades de difusión/divulgación

Difusión de material de elaboración propia (carteles, folletos,...)	Sí
Difusión de material elaborado por el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios(carteles, folletos,...)	Sí
Participación en medios de comunicación (radio, televisión, prensa local,...)	No
Publicación de artículos en revistas científicas/ Participación en estudios de investigación sobre seguridad del paciente	No

#### 2.2.- IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS

##### 2.2.1.- Fuentes de información utilizadas para la identificación-análisis de casos

¿Utiliza el Sistema de Notificación de incidentes facilitado en el Documento de Apoyo a las Unidades Funcionales?	Sí, en papel
¿Utiliza el Sistema de Notificación on-line del Portal "Uso Seguro de Medicamentos"?	No
¿Utiliza otros Sistemas de Notificación?	Sí

¿Utiliza las reclamaciones del Servicio de Atención al Paciente/ Usuario?	Sí
¿Utiliza las reclamaciones al Seguro de Responsabilidad Sanitaria?	
¿Utiliza otras fuentes de información?	Sí
<b>2.2.2.- Distribución de los casos de la Unidad Funcional</b>	
Nº de casos identificados y No analizados	
Nº de casos identificados y analizados	3
Nº Total de casos	
Nº de casos comunicados al Portal "Uso seguro de medicamentos" (del total de casos)	
<b>2.2.3.- Número de casos analizados según herramientas utilizadas</b>	
Análisis causa raíz	
AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)	
Otras herramientas	3
<b>2.2.4.- Clasificación de Casos</b>	
Por etapas del proceso de atención	<a href="#">ver clasificaciones</a>
Por factores causales	<a href="#">ver clasificaciones</a>
<b>2.3.- PRÁCTICAS SEGURAS IMPLANTADAS</b>	
2.3.1.- Nº de prácticas seguras específicas tras el análisis de los casos	2
2.3.2.- Nº de Prácticas seguras generalizables a otras organizaciones o unidades (Buena Práctica en Seguridad)	
<b>COMENTARIOS</b>	<a href="#">Comentar</a>
	Sí
	No
	Sí, en papel
	Sí, en formato electrónico
	No

## Objetivos anuales establecidos por la Unidad Funcional

### *Enumerar y enunciar:*

Implantar y mejorar prácticas de calidad para la seguridad de pacientes.

Cultura del conocimiento mediante charlas y cursos explicativos; estableciendo un medio de recogida de

de denuncias y sugerencias.

Se elabora una hoja de comunicación de incidentes (será anónima y su fin es implantar mejoras)

### OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ESPECÍFICOS:

1.- Identificación de todos los pacientes tanto hospitalizados con los que pasan por Bloque Quirúrgico

2.- Mejorar la seguridad del paciente atendido en Bloque Quirúrgico: Trazabilidad (Etiquetar las cajas de

instrumental con doble etiqueta y precintar todos los contenedores).

3.- Evaluar la tasa de las úlceras por presión: Incidencia y prevalencia

4.- Realizar las tasas de infección nosocomial (EPINE)

5.- Colocación de Alcogeles en las nuevas Unidades de Hospitalización con tríptico explicativo de uso.

## Actividades de formación dirigidas a profesionales

*Cumplimentar todos los apartados siguientes*

Tipo actividad	Impartidas/ Recibidas	Título	Nº ediciones	Nº horas	Dirigido a:	Nº asistentes
Curso	Recibida	Soporte Vital Básico	2	20	Profesionales sanitarios y no sanitarios	40
Curso	Recibida	Prevención de Riesgos Laborales	2	20	Profesionales sanitarios y no sanitarios	23
Jornada	Impartida	Plan de Gestión de Riesgos Sanitarios	1	2	Profesionales sanitarios y no sanitarios	50



## Actividades de difusión-divulgación

*Cumplimentar todos los apartados siguientes*

<b>Tipo actividad</b>	<b>Dirigido a</b>	<b>Descripción ( especifique objetivos, soporte de difusión...)</b>
Material gráfico propio	Ambos	Lavado higiénico de manos
Material gráfico propio	Ambos	Utilización de alcohol con desinfectante (alcoholes)
Material gráfico propio	Profesionales	Clasificación de los residuos

## Otras Fuentes de información utilizadas para la identificación-análisis de casos

*Enumerar (ejemplo: Historia clínica, CMBD, EPINE, registros de caídas y úlceras por presión, informes de estudios, comunicación oral, ...)*

EPINE.

Registro de úlceras por Presión.

Registro de caídas.

Los miembros de la UFRS ponen en común los comentarios recibidos verbalmente, las observaciones derivadas del quehacer cotidiano y los conocimientos obtenidos por el estudio.

### Otras herramientas utilizadas en el análisis de casos

*Cumplimentar los apartados siguientes*

<b>Tipo herramienta</b>	<b>Observaciones sobre su utilización</b>
Estudio pormenorizado del caso.	Implantación de la medida de mejora en los tres casos.

**TABLA 1: CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS POR ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN**

	IDENTIFICADOS Y NO ANALIZADOS	IDENTIFICADOS Y ANALIZADOS
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
ACCESO O ADMISIÓN (ej. accesibilidad, gestión de citas, listas de espera y demoras en la atención, transporte...)		
DIAGNÓSTICO (ej. realización pruebas diagnósticas, juicio clínico, valoración...)		
TRATAMIENTO MÉDICO (ej. medicamentos, quimioterapia, radioterapia, rehabilitación...)		
SEGUIMIENTO Y CUIDADOS (ej. evaluación de cuidados, manejo de catéteres, de signos de alerta, revisiones, coordinación entre profesionales, dieta...)		3
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (ej. anestesia, reanimación, procedimiento quirúrgico...)		
DERIVACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES		
TOTAL		

**TABLA 2: CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS por FACTORES CAUSALES**

Factores causales relacionados con:	IDENTIFICADOS Y NO ANALIZADOS	IDENTIFICADOS Y ANALIZADOS
PROFESIONALES (ej. formación, cualificación, estrés, fatiga, incumplimiento de procedimientos de trabajo establecidos, ...)		
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN (ej. identificación, lista de espera, paciente mal citado, falta de normalización de procesos, dotación de recursos humanos...)		3
CONTINUIDAD ASISTENCIAL (ej. coordinación entre profesionales, niveles asistenciales, servicios y unidades)		
COMUNICACIÓN Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (ej. barreras culturales, comunicación entre profesionales ,comunicación con el paciente, disponibilidad de la información ...)		
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (ej. pérdidas o equivocaciones de la historia clínica, de pruebas, informe de alta, consentimiento informado, instrucciones previas ...)		
EQUIPAMIENTO (ej. mantenimiento, fallo de una alarma en paciente monitorizado, ausencia/disponibilidad de materiales...)		
PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS (ej. transfusiones, técnicas quirúrgicas, radiología intervenc, quimioterapia, hemodinamia,...)		
MEDICAMENTOS (ej. prescripción, transcripción, dispensación, administración, suministro, etiquetado, interacción medicamentosa... .)		

ENTORNO (ej. problemas medioambientales, falta de higiene, barreras arquitectónicas..)		
OTROS (ej. situaciones de emergencia...)		
TOTAL		

## PRÁCTICAS SEGURAS ESPECÍFICAS

*Enumerar y describir la actuación y el ámbito:*

---

Medidas de Seguridad par evitar errores en cirugía de órganos pares.

---

Carteles indicadores para pacientes de movilidad reducida.

---



## FICHA DE BUENA PRÁCTICA EN SEGURIDAD (1)

<b>ID. HOSPITAL/ ÁREA:</b>	Hospital Universitario Santa Cristina, Área 2
<b>Nombre (Título)</b>	Medidas de seguridad para evitar errores en cirugía de órganos pares.
<b>Área a la que se refiere</b>	Cirugía - Traumatología
<b>DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema; soluciones/acciones de mejora implantadas)</b>	1- Riesgo de error de intervención en lado equivocado. 2- Elaboración de protocolos. 3- Implantación del mismo con hoja de cumplimentación obligatoria en bloque quirúrgico y su inclusión en la historia clínica.
<b>EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)</b>	Grado de cumplimentación de protocolo. Análisis de posibles errores.
<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>Responsable</b>	Dr. Porrero - Dr. Llopis
<b>Teléfono</b>	91.557.43.56 / 91.557.43.19
<b>Correo electrónico</b>	jlporrero.hscr@salud.madrid.org / rllolis.hscr@salud.madrid.org

## FICHA DE BUENA PRÁCTICA EN SEGURIDAD (2)



<b>ID. HOSPITAL/ ÁREA:</b>	Hospital Universitario Santa Cristina, Área 2
<b>Nombre (Título)</b>	Carteles indicadores para pacientes de movilidad reducida.
<b>Área a la que se refiere</b>	Mantenimiento.
<b>DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)</b>	1- Dificultades en los accesos al Hospital, para personas con movilidad reducida. 2- Una caída en una escalera mecánica, sufrida por un visitante usuario de muletas. 3- Señalización con carteles más visibles de otros circuitos alternativos (ascensor).
<b>EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)</b>	Número de accidentes que se produzcan. Periodo de evaluación Enero-Diciembre 2008.
<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>Responsable</b>	D. Eduardo castañeda
<b>Teléfono</b>	915.574.337
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:ecastañeda.hscr@salud.madrid.org">ecastañeda.hscr@salud.madrid.org</a>



## II.4. Desarrollo de los Proyectos de Mejora tras la autoevaluación EFQM

### 1. ELABORACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA

➤ **Resultado obtenido:**

- Indicador Fase I: Documentos de la Vía Clínica diseñados al 100%. Diciembre 2007.
- Se definen los indicadores para el seguimiento y evaluación de la vía clínica:
  - N° pacientes que cumplen los criterios inclusión en CMA y son incluidos en vía clínica / Total pacientes operados de hernia unilateral en CSI
  - N° pacientes que siguen la vía y son dados de alta según el plan asistencial establecido / N° pacientes que siguen la vía
  - N° pacientes que tras la cirugía permanecen en el hospital desde el fin de la intervención hasta el alta en readaptación, periodo estimado entre 5,30-7 horas / Total pacientes que siguen la vía
  - N° pacientes que siguen la vía y en el domicilio necesitan analgesia de rescate / N° pacientes que siguen la vía
  - N° pacientes que siguen la vía y puntúan en la encuesta de satisfacción  $> \text{ó} = 4$  / N° pacientes que siguen la vía y responden a la encuesta
  - N° pacientes incluidos en vía que tras la cirugía quedan ingresados en el hospital / N° pacientes incluidos en vía clínica.
- Queda Implantada la vía clínica al 100%.
- Creación del grupo de seguimiento con los siguientes profesionales:
  - Dra. Esther Quirós Higuera. Cirujano. Propietaria
  - D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Pérez Pérez-Medrano. U. de Calidad
  - D<sup>a</sup> Virginia Rojas Nuñez-Arenas . DUE. CSI
  - D<sup>a</sup> Roció Peña Toribio. DUE, CSI
  - D. Rubén Colmenarejo Sánchez. DUE, CSI.

- D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Cruz Plaza Gómez. Supervisora Consultas

## **2. ESTABLECER UN PLAN PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ANUALES**

Este grupo de mejora se constituirá cuando se conozca la nueva cartera de servicios y como consecuencia el nuevo rumbo que va a seguir nuestro Hospital.

## **3. INFORMATIZAR LA GESTIÓN DE PERSONAL EN LAS DISTINTAS DIRECCIONES DEL HUS Cristina**

### ➤ **Resultado obtenido:**

- Creación del grupo de mejora, en reunión del 17 de Enero de 2008, con los siguientes profesionales:
  - D. Alfonso Garrigós Garnica (Director de Gestión) líder.
  - D. Jesús Fernández Rojas (Jefe de Recursos Humanos) propietario.
  - D. Eduardo Castañeda (Jefe de Servicios Técnicos) secretario.
  - D<sup>a</sup>. Mayte de Mora-Losana (Jefa del Servicio de Informática)
  - D. José Manuel Vázquez (Recursos Humanos)
  - D. Javier Mulas (Archivo y Documentación Clínica)

- Cursos iniciales de formación dirigidos a las personas implicadas en la implantación del programa informático Meta4 PeopleNet.

- Pruebas iniciales en Hospital Universitario Santa Cristina, de funcionamiento del programa informático Meta4 PeopleNet.

## **4. EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE DEL MATERIAL DE BIOSEGURIDAD, EN TODAS LAS ÁREAS DEL HUSC.**

### ➤ **Resultados obtenidos:**

- Creación grupo de mejora:
  - Líder del proyecto Dra. Rosa M<sup>a</sup> Ramos Pérez. Subdirectora Médica y
  - D<sup>a</sup>. Ascensión Robledo González. Directora de enfermería.
  - D<sup>a</sup>. Carmen Manzanares. Propietaria del Proyecto Supervisora Área Funcional Serv. Quirúrgicos.
  - D<sup>a</sup>. Ana Molina Claudio. Supervisora de CMA.
  - D. José M<sup>a</sup> Paúl Santiago. Jefe de Servicio de Suministros. Secretario del Grupo.

D<sup>a</sup>. Fátima Montero. Técnico de Laboratorio

Dra. Beatriz de la Quintana Giménez. Anestesia

D<sup>a</sup>. Dolores García Lozano. DUE Quirófano

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Teresa Pérez y Pérez-Medrano. Unidad de Calidad.  
Apoyo al proyecto

- Identificar las carencias del material de bioseguridad y estudiar nuevas incorporaciones.
- Concretar el plan de acción a seguir a través de las propuestas presentadas por los miembros del grupo de mejora del Proyecto.
- Elaborar un listado de material de bioseguridad implantado en el Hospital y cotejar con los productos que recoge la normativa de la Comunidad de Madrid (Orden 827/2005, de 11 de mayo, de la Consejería de Sanidad). Responsables: D<sup>a</sup>. Carmen Manzanares y D. José M<sup>a</sup> Paúl.
- Elaborado un listado que refleja aquéllas áreas del Hospital donde aún no estén implantados los dispositivos de seguridad. Responsables: D<sup>a</sup>. Carmen Manzanares, D<sup>a</sup>. Ana Molina y D<sup>a</sup>. Fátima Montero y D. José María Paúl.
- Estudio por el grupo de mejora los resultados del informe de Salud Laboral con datos relativos sobre accidentes laborales (pinchazos y salpicaduras) producidos antes y después de la implantación de los dispositivos de seguridad. Responsable: Dra. Ramos.
- Diseñar la herramienta de recogida de dato. Responsables: Dra. De la Quintana, D<sup>a</sup>. Inmaculada Lanza y D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores García.
- Averiguar si existe aguja para artroscopia que evite el riesgo de tener que utilizar el sistema de seguridad del catéter intravenoso periférico, tal y como se realiza en la actualidad.
- Constatar que en la aguja hipodérmica no se puede recargar la jeringa una segunda vez para utilizar la misma aguja. Se propone revisar las muestras existentes.
- Implantadas las agujas de bioseguridad para reservorio cutáneo.
- Elevar a la Dirección la propuesta de introducir válvulas simples bifurcadas de seguridad en el Hospital a través de concurso, previa elaboración del expediente o mediante compra directa, para evitar demoras en la implantación de este material.

## 5. ACTUALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL PACIENTE.

### ➤ Resultados obtenidos:

- Conformar el equipo de mejora
  - Dra. M<sup>a</sup> Cruz Sanchez-Valdepeñas. Jefe de Servicio de S.A.P. Líder del Proyecto de Mejora.
  - D<sup>a</sup>. Prisca García Amo: Propietaria del proyecto. DUE, S.A.P.
  - Dra. Felisa Mármol Tardagula : Jefe S<sup>o</sup> Admisiones
  - D<sup>a</sup> .Candelaria Caballero Olivares. DUE S<sup>o</sup> Admisiones.
  - D<sup>a</sup>. Isabel Catalán Fernández. Celadora.
  - D<sup>a</sup>. Rosario Sánchez Herrero. Trabajadora social.
  - D<sup>a</sup> .Yolanda Vicente Lazcano. DUE Quirófano.
  - D<sup>a</sup>. Dolores García Lozano. DUE Quirófano.
  - D<sup>a</sup>. Ana Cobo Izquierdo. Supervisora Hospitalización. Cirugía.
  - D<sup>a</sup>. Paloma Castillo Cabello, enfermera Cirugía.
  - D<sup>a</sup> .Pilar González Iglesias. Aux, enfermería M.I.
  - D. Borja Herranz Checa. Aux. M.I.
  - D<sup>a</sup>. Angelines Gracia Pacheco. Auxiliar de enfermería. Cirugía
  - D<sup>a</sup>. Isabel López Cortejana. Aux de Ginecología
  - D<sup>a</sup>. Lola Heras Agudo. DUE Cirugía
  - D.<sup>a</sup> Rosa López Jorquera. Supervisora Hospitalización M.I.
  - D<sup>a</sup>. Teresa Carrasco Sanz. Supervisora Hospitalización. UTCA, Ginecología
  - D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Teresa Pérez. Unidad de Calidad, apoyo metodológico al proyecto.
- Recoger por todas las unidades de hospitalización las normas específicas en la acogida del paciente, se encargan: Ana Cobo, M<sup>a</sup> Pilar González, Borja Herranz Checa
- Estudiar el documento: Plan General de Acogida Comunidad de Madrid.
- Debatir el punto número 2, referido a la ubicación de paneles informativos encuadrado en las actividades esenciales del plan de acogida al paciente de la Comunidad de Madrid, que hace referencia a la señalización del centro. Se ha utilizado una herramienta de calidad: brainstorming para detectar problemas relacionados con la señalización en el hospital.

- Propuesta de soluciones, se invita a D. Eduardo Castañeda, Jefe del Servicio de mantenimiento con el objetivo de continuar con el debate relacionado con la señalización.
- Lectura del programa de Acogida del HUSCristina.
- Lectura de los análisis de los cambios organizativos propuestos para el plan de acogida del HUSC 2006 – 2007; así como los puntos débiles detectados y sus propuestas de mejora.
- Debatir el punto número 4 de las actividades esenciales del plan de acogida al paciente en la Comunidad de Madrid, que hace referencia a la identificación de los profesionales del Hospital por estamentos.
- Debatir el punto número 3 de las actividades esenciales del plan de acogida al paciente en la Comunidad de Madrid, que hace referencia a acondicionamiento de una sala de espera para el paciente que ingresa.
- Evaluación de indicadores:
  - Existencia de un Plan de acogida de pacientes actualizado, a Diciembre 2007= 100%
  - Pacientes a los que se ha aplicado acogida / N° pacientes atendidos x 100 . Diciembre 2007= 85%
- Evaluación y cumplimiento de las actividades esenciales del Plan de Acogida de la Comunidad de Madrid, a 2007 con un resultado del 88,89%, como opciones de mejora se detectaron:
  - La señalización desde el hall del edificio A, para las personas con discapacidad física por el ascensor situado en el pasillo verde.
  - Actualizar la Guía de Acogida según la nueva estructura del Hospital tras la obras.
- Evaluación y cumplimiento de las actividades de soporte del Plan de Acogida de la Comunidad de Madrid, a 2007 con un resultado del 84,66%, como opciones de mejora se detectaron:
  - Mejorar la presentación verbal de los profesionales.
  - Facilitar la tarjeta para el paciente con número, cama, habitación y planta.

## 6. EVALUAR EL DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL TRABAJADOR.

### ➤ Resultado obtenido:

- Creación del grupo de trabajo

D. Amaro Rodríguez Murciego. Subdirector Enfermería. Líder del Proyecto.

D. Jesús Fernández Rojas. Propietario del Proyecto.

D<sup>a</sup> María José Candela Amorós. Supervisora de Área Hospitalización.

D<sup>a</sup> Mayte Fernández Vila. Supervisora de Tarde.

D<sup>a</sup> Mayte Pérez. Enfermera de la Unidad de Calidad. Apoyo técnico al Grupo de Mejora

- Definir el circuito de acogida que sigue el nuevo trabajador en las tres Direcciones.
- Revisar las leyes y normativas vigentes que se definen en la Guía de Acogida al Trabajador, pendiente de reformar.

## 7. MEJORAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA PARA LOS PACIENTES

### ➤ Resultado obtenido:

- Creación del grupo de mejora:  
Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Neira Rodríguez. Directora Médica. Líder del Grupo.  
Dr. Rafael Llopis Miró. Jefe de Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
Dra. Sonia de Miguel Fernández. Microbióloga.  
Dra. Laura Moreno Moreno. M.I.  
D<sup>a</sup> Teresa de Miguel Martínez. Psicóloga.  
D. Javier Mulas Franco. Documentación Clínica.  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Pérez y Pérez-Medrano. U. Calidad
- Lectura de la Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Recogida datos de la encuesta del SERVQUSH, 2006 y 2007, en materia de información.

## 8. INFORMATIZAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICO ASISTENCIALES

### ➤ Resultados obtenidos:

- RRHH: El personal administrativo de los servicios que ha tenido que formarse para trabajar día a día con la herramienta informática (informes de alta) y los Facultativos que han aceptado como herramienta de su asistencia la aplicación y que gestionan el conocimiento almacenado en el sistema.

- Recursos materiales y económicos: La aplicación ha sido cedida por el Hospital Gregorio Marañón. El coste total de la implantación del sistema = COSTE CERO. Se han utilizado los ordenadores y la red disponible en el hospital y solo en algún punto aislado ha sido preciso instalar un nuevo ordenador o impresora.
- Se ha elaborado una guía de uso de programa y buen uso de la información.
- Evaluación EFQM: ABRIL
- Detección necesidades: MAYO
- Estudiar Aplicación elegida: JUNIO- JULIO
- Iniciar Formación y elaboración de la Guía: AGOSTO, continúa.
- Implantación a los servicios: SEPTIEMBRE, continúa.
- Primera Evaluación: NOVIEMBRE
- Reevaluación de intervención: NOVIEMBRE- DICIEMBRE
- Se define como indicadores para obtener datos en cuanto al seguimiento:
  - Nº de Servicios Clínicos adheridos al sistema.
  - Nº de Personas incorporadas al sistema.
  - Nº de informes realizados en un periodo.
  - Indicador principal: Nº de informes firmados y validados por servicio / Nº total de informes elaborados por el servicio.
- Se ha realizado un primer corte de información en el mes de Noviembre y transmitido los resultados a los responsables para que minimicen las desviaciones detectadas.
- Conclusión: la intervención hasta la fecha ha resultado un éxito en cuanto a la implantación de los Servicios Clínicos que se habían planificados, teniendo en cuenta: COSTE, RECURSOS, GRADO DE IMPLANTACION y EFICACIA. Su implantación y desarrollo sigue en marcha.
- RESULTADOS, servicios implantados:  $7/7 = 100\%$

## **9. ESTABLECER UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECIFICO PARA CADA SERVICIO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS**

### **➤ Resultados obtenidos:**

- Se definen con cada servicio y se pone en marcha las líneas estratégicas pactadas. De los documentos del acuerdo se recopilan los objetivos y se diseña un cuadro de mandos simple,

sencillo y ágil que permite a los servicios seguir la evolución del cumplimiento de los objetivos marcados. Se definen los periodos de evaluación. Se pone en marcha el subsistema de información.

- Actividades:
  - Reunión con los líderes del proyecto: Tras evaluación según modelo E F Q M y detección de las áreas de mejora se decide la intervención. Se elabora un cronograma aprobado por la Dirección Médica y se procede a elaborar los documentos base de la información desde la Subdirección Médica. Se realizan varias reuniones con los distintos jefes de los servicios clínicos para comprobar las necesidades de información.
  - Estrategia a desarrollar: Se diseña un cuadro de mandos acorde a las necesidades de información de los servicios para que dispongan de la información suficiente para tomar decisiones sobre las acciones que repercutan positivamente en el cumplimiento de los objetivos pactados. Se realizan varios cortes, a lo largo del año y se elabora el cuadro de mandos con esta información que trasmite a los servicios. Desde la Dirección se mantiene un seguimiento próximo sobre la actividad.
  - Puesta en marcha: Se inicia en Abril de 2007, tras decidir la Dirección que sería un importante área de mejora con la autoevaluación EFQM del hospital.

## 10. LA CALIDAD DEL PROCESO QUIRURGICO EN CMA

- La calidad del proceso quirúrgico en CMA, ha sido definida en reunión con Gerente, Directores, Subdirectores y Unidad de Calidad, como línea estratégica del Hospital, definiendo como líder del proyecto al Dr. José Luis Porrero Carro.
- Para el año 2008, se planifican las siguientes acciones:
  - Creación del grupo de mejora.
  - Información a las Direcciones implicadas, a todos los Jefes de Servicios Quirúrgicos, mandos intermedios y profesionales relacionados con la actividad quirúrgica, de la acción formativa y futuro desarrollo de la línea estratégica.
  - Acción formativa en gestión y definición del proceso quirúrgico dentro del plan de formación del 2008, dirigida a los profesionales que integran el grupo.



### III. COMISIONES

Nombre comisión	Integrantes	Nº Reuniones
C. Tejidos y Mortalidad	Presidente: Dra. M <sup>a</sup> . Carmen García Andrade Secretario: Dr. Luis Carretero	10
C. Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos	Presidente: Dra. Isabel Usandizaga Elio Secretaria: Dra. M <sup>a</sup> . José Asis	1
C. Transfusiones	Presidente: Dr. Carlos Lozano Trotonda Secretaria: D <sup>a</sup> . Carmen Manzanares	3
C. de Quirófano	Presidente: Dr. José Luis Porrero Carro Secretaria: Dra. Pilar Pérez Sanz	10
C. Historias Clínicas	Presidente: Dr. Carlos Grande Baos Secretario: Dr. Julio Muriel Gil	2
C. de Investigación, Docencia y Formación Continuada	Presidente: Dr. Tirso Pérez Medina Secretaria: D <sup>a</sup> . Pilar Martín Martín	5
Comisión de Farmacia	Presidenta: D <sup>a</sup> . Paloma Izquierdo Izquierdo Secretaria: D <sup>a</sup> . Maria Jesús López Muñoz	6
C. de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica	Presidenta: D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> . Jesús López Muñoz Secretaria: Dra. M. Carmen Pazos Muñoz	6

<p>Comisión Garantía de la Calidad</p>	<p>Presidenta: Dra. M<sup>a</sup>. Ángeles Neira Rodríguez</p> <p>Vocales: Dra. M<sup>a</sup>. Carmen García Andrade Dra. Isabel Usandizaga Elio Dr. Carlos Lozano Trotonda Dr. José Luis Porrero Carro Dr. Carlos Grande Baos Dr. Tirso Pérez Medina D<sup>a</sup>. Paloma Izquierdo Izquierdo D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Jesús López Muñoz D<sup>a</sup>. Concepción García Zarza</p>	<p>1</p>
<p>Comisión de Cuidados Enfermeros</p>	<p>Presidenta: D<sup>a</sup>. Concepción García Zarza</p> <p>Secretaria: D<sup>a</sup>. Belén Arroyo Caballero</p>	

Desgraciadamente el cometido de las Comisiones Clínicas se ha visto seriamente afectado por los últimos acontecimientos vividos en el Hospital, como se ha detallado en la introducción. Estamos a expensas de que durante el ejercicio del 2008 se solucione y si no, en el cuarto trimestre del 2008 coincidiendo con la renovación periódica de las mismas y el conocimiento de la nueva cartera de servicios y plantilla orgánica del Hospital se inicie el trabajo habitual de estas Comisiones Clínicas.

## IV. ACTIVIDADES DE CALIDAD

## IV.1. Dirección Médica

### MEDICINA INTERNA.

#### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.

##### A.- Mejorar la atención sanitaria del ciudadano:

- Impulsar los programas especiales puestos en marcha en la Comunidad.
  - o Plan de actuación ante ictus.
  - o Plan de acción frente a VIH / SIDA
  - o Plan de atención a afectaciones neuromusculares en unidades de referencia (ELA, neurofibromatosis I y II, Ataxia de Friedreich.)
  - o Plan integral de detección y asesoramiento de cáncer familiar.

##### B. Mejora en los procesos asistenciales:

- Adaptar el número de primeras consultas para adecuar la espera media y máxima a los parámetros establecidos.
- Impulsar las consultas de alta resolución.
- Desarrollar la figura del especialista consultor. Indicador. N° de interconsultas.
- Potenciar las actividades ambulatorias alternativa a la hospitalización convencional.
- Valorar los criterios de continuidad asistencial a los problemas de salud más prevalentes, con revisión y actualización de los vigentes. Comenzando por aquellos relacionados con iniciativas impulsadas a nivel central (diabetes mellitus, anticoagulación oral, ...)

#### Objetivo propuesto por el Servicio.

##### Indicadores:

Media sesiones servicio /mes.

N° de sesiones clínica Viernes.

N° de sesiones bibliográficas.

##### Metodología:

Se llevará un registro del número de sesiones, que reflejará en la memoria anual de actividades del servicio de Medicina Interna.

## TRAUMATOLOGIA – REHABILITACION – REUMATOLOGIA.

### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.

A.- Mejora en los procesos asistenciales:

- Adaptar el número de primeras consultas para adecuar la espera media y máxima a los parámetros establecidos.
- Impulsar las consultas de alta resolución.
- Potenciar las actividades ambulatorias alternativa a la hospitalización convencional: CMA.
- Consolidar la mejora en la actividad quirúrgica: rendimiento de quirófanos.
- Valorar los criterios de continuidad asistencia de los problemas de salud más prevalentes, con revisión y actualización de los vigentes.

### Objetivo propuesto por el Servicio de Traumatología.

#### Definición:

- Protocolo de Evolución Clínica de Prótesis Total de Cadera.

#### Indicador de seguimiento:

$$\frac{\text{Nº de hojas cumplimentadas con todos los apartados cumplimentados}}{\text{Nº total de registros}} >95\%$$

Responsabilidad del seguimiento:

FEA COT: Yolanda Guindal Pérez

FEA COT: Arancha Hernando Sánchez

FEA RHB: Olga Pérez Moro

FEA RHB: Fuencisla Díez Ramos

#### Metodología de evaluación:

- Evaluación semestral.

## **TOCOGINECOLOGIA**

### **Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.**

A1.- Mejora la atención sanitaria del ciudadano: actuaciones en programas especiales de la Comunidad:

- Implantar las actuaciones correspondientes a 2007 del plan integral del control del cáncer: mejorar el proceso de atención ante sospecha de cáncer de mama. Indicador: tiempo de espera para consulta de oncología ginecológica.
- Adecuación al incremento de cobertura del servicio de detección precoz del cáncer de cerviz.
- Plan de actuación frente VIH/SIDA. Actuaciones encaminadas a disminuir transmisión materno fetal.

A2.- Mejorar la atención sanitaria del ciudadano: Impulsar la resolución de la atención en los servicios de urgencias hospitalarias. Indicador: Tiempo medio de permanencia en urgencias.

A3.- Mejorar la atención sanitaria del ciudadano; impulsar lo Programas especiales: Plan de mejora de la asistencia perinatal:

- Impulsar la formación con relación al parto (información y atención).  
Indicador: Porcentaje de personal del centro que ha recibido formación.

A4.- Consolidar las actuaciones iniciadas en el 2006 sobre el abordaje de riesgo familiar. Servicio de detección de riesgo familiar y comisiones al efecto, orientadas a la detección y abordaje de los posibles casos de maltrato en mujeres, niños y ancianos. Indicador: Casos detectados en relación a la población atendida / Casos abordados de los detectados.

A5.- Incrementar la disponibilidad de medicación del paciente dado de alta en Urgencias, facilitando la medicación necesaria hasta poder disponer de receta en Atención Primaria. Indicador: Nº de pacientes a los que se les ha facilitado medicación.

### **Objetivo propuesto por el Servicio de Tocoginecología.**

#### Definición:

Los pacientes con aborto diferido acudirán a la urgencia entre las 8 y las 9 de la mañana en ayunas, donde se les pondrá el misoprostol y se les extraerá la analítica preoperatorio y se les ofrecerá el consentimiento informado, esperando esas horas en el cuarto de urgencias que estará destinado a tal fin (máximo de dos pacientes diarias).

Entre las 13 y las 15 horas se procederá a realizar el legrado obstétrico pertinente en el quirófano 5 habitualmente. En caso de no disponer de este quirófano, se hará en el que termine primero su actividad quirúrgica programada.

El personal encargado del quirófano será ginecológico de guardia, el anestesiólogo de guardia y las enfermeras y auxiliares destinadas a urgencias.

Desde ahí la paciente partirá a la reanimación desde donde será dada de alta a las 4 – 6 horas del procedimiento con su alta correspondiente.

Indicador de seguimiento:

Porcentaje de abortos diferidos en las que se cumple el proceso en relación al total.

Metodología de evaluación:

Las hojas de quirófano e informes de alta de todas las pacientes intervenidas con este proceso serán evaluadas todos los meses.

Igualmente se valorarán los motivos que ha habido para no seguir la vía expuesta.

El porcentaje resultante del total de la suma de ambos grupos nos dará el grado de cumplimiento del objetivo que, para este primer semestre, fijaremos en el 70%.



## SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO.

### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.

A. Mejorar la atención sanitaria del ciudadano: Actuaciones en Programas Especiales de la Comunidad:

- Implantar las actuaciones correspondientes a 2007 del plan integral del control de cáncer.
- Implantar la experiencia piloto de detección precoz del cáncer colorrectal. Adhesión a los protocolos establecidos por la Comunidad.

B. Mejora en los procesos asistenciales:

- Adaptar el número de primeras consultas para adecuar la espera media y máxima a los parámetros establecidos.
- Impulsar las consultas de alta resolución.
- Potenciar las actividades ambulatorias alternativa a la hospitalización convencional: CMA.
- Consolidar la mejora en la actividad quirúrgica: rendimiento de quirófanos.

### Objetivo propuesto por el Servicio de Cirugía General y Digestivo.

#### Definición:

- Tasa de ingresos en pacientes programados con CSI en el Servicio de Cirugía General a lo largo del año 2007.

#### Indicador de seguimiento:

$$\frac{\text{Pacientes que habiendo sido programados con CSI que se quedan ingresados}}{\text{Nº total de pacientes programados como CSI}} \times 100$$

#### Responsabilidad del seguimiento:

Dr. Porrero Carro

#### Metodología de evaluación:

- Mensualmente se recoge el % de pacientes, el nº de historia, lo que nos permite analizar de forma pormenorizada tanto la causa del ingreso como la siguiente clasificación de causas de ingreso:
  - o Criterio de selección
  - o Náuseas y vómitos
  - o Inestabilidad hemodinámica
  - o Retención Urinaria
  - o Falta de movilidad
  - o Dolor no controlable
  - o Causas administrativas

## **SERVICIO DE UROLOGIA.**

### **Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.**

#### **A. Mejora en los procesos asistenciales:**

- Adaptar el número de primeras consultas para adecuar la espera media y máxima a los parámetros establecidos.
- Impulsar las consultas de alta resolución.
- Potenciar las actividades ambulatorias alternativa a la hospitalización convencional: CMA.
- Consolidar la mejora en la actividad quirúrgica: rendimiento de quirófanos.

### **Objetivo propuesto por el Servicio de Urología.**

#### Definición:

- Revisar la vía clínica correspondiente a pacientes con patología del suelo pélvico.
- Elaborar vía clínica de pacientes con HBP.
- Elaborar vía clínica de pacientes con CMS.

#### Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de pacientes que siguen la vía clínica
- Grado de implantación de la vía clínica
- Grado de implantación de la vía clínica

#### Responsabilidad del seguimiento:

- Dr. Galmés
- Dr. Sánchez
- Dra. Pérez y Dr. Arana

#### Metodología de evaluación:

Revisión de los documentos de seguimiento de las vías clínicas de forma anual.

## **SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.**

### **Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.**

#### **A. Mejora en los procesos asistenciales:**

- Adaptar el número de primeras consultas para adecuar la espera media y máxima a los parámetros establecidos.
- Impulsar las consultas de alta resolución.
- Potenciar las actividades ambulatorias alternativa a la hospitalización convencional: CMA.
- Consolidar la mejora en la actividad quirúrgica: rendimiento de quirófanos.

### **Objetivo propuesto por el Servicio de Oftalmología.**

#### **Definición:**

- Seguimiento de pacientes reintervenidos en el Servicio de Oftalmología.

#### **Indicador de seguimiento:**

- % de reintervenciones.

#### **Responsabilidad del seguimiento:**

- Dr. Gegúndez
- Dr. Grande
- Dra. Ramírez
- Dr. Ureña

#### **Metodología de evaluación:**

- Seguimiento trimestral de pacientes implicados con mismo diagnóstico.

## SERVICIO DE ANESTESIA.

### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.

#### A. Mejora en los procesos asistenciales:

- Adaptar el número de primeras consultas para adecuar la espera media y máxima a los parámetros establecidos.
- Potenciar las actividades ambulatorias alternativa a la hospitalización convencional: CMA.
- Consolidar la mejora en la actividad quirúrgica: rendimiento de quirófanos.
- Impulsar la coordinación con los servicios quirúrgicos en la consecución de los objetivos institucionales.

### Objetivo propuesto por el Servicio de Anestesia.

#### Definición:

- Nº de legrados por aborto diferido en CMA

#### Indicador de seguimiento:

- Dra. Martínez Callejo

#### Metodología de evaluación:

- ¿Quién?: El anesthesiólogo de guardia.
- ¿Cuándo?: Antes de las 14 horas
- ¿Dónde?: En el quirófano nº 5, o en el primero finalice.
- ¿Qué?: A la paciente se le entregará el consentimiento informado de anestesia a su ingreso, entrará en quirófano antes de las 14 horas, será anestesiada por el anesthesiólogo de guardia, pasando a continuación por la URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica) y / o Readaptación, según circuito de CMA, y siendo dada de alta en la UCMA (Unidad de CMA) cuando cumpla los criterios de alta establecidos.
- ¿Por qué?: Nuestro objetivo es ambulatorizar un proceso que ha venido realizándose, hasta el momento actual, en régimen de ingreso hospitalario.

#### Responsables del seguimiento de cada objetivo:

##### Objetivo

- Consulta Externa (demoras)
- Seguimiento actividad quirúrgica
- Farmacia
- Objetivos propuestos por el Servicio

##### Responsable

Dr. Tabra Osorio  
Dra. García-Moncó Carra  
Dra. Recasens González  
Dra. Martínez Callejo

## SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO.

### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.

#### A. Mejora en los procesos asistenciales:

- Consolidar la oferta asistencial para adecuar la actividad de pruebas diagnósticas a la espera media máxima de las citaciones a los parámetros establecidos.
- Monitorización del catálogo de pruebas diagnósticas ofertadas.
- Impulsar la mejora de los sistemas de información asistenciales. Incorporación de los informes a la red del hospital integrando los sistemas de información asistencial.

### Objetivo propuesto por el Servicio de Radiodiagnóstico.

#### 1. Formación e información dirigida a pacientes.

- o Documentos dirigidos a pacientes.  
Encuesta de satisfacción de las pacientes a las que se realiza mamografía-ecografía. Encuesta de satisfacción de los pacientes de la sala de radiología general. Valoración de 100 pacientes en cada sala. Análisis de resultados (análisis estadístico, Pilar Martín. Coordinadora de Calidad de Enfermería).
- o Evaluación global de las reclamaciones (Dra. Alcaraz).

#### 2. Información a médicos.

- o El Dr. Ruiz ha impartido a los médicos de Atención Primaria 2 ponencias, con un total de 4 horas. El objetivo ha sido mejorar la coordinación entre los facultativos de atención primaria y el Servicio de Radiodiagnóstico. El programa se centró en mejorar la información clínica en los volantes de petición y en exponer conocimientos generales de radiología de la mama. Se prevé repetir estas ponencias a los TER y a los ginecólogos adaptándolas a los respectivos estamentos.
- o Ponencia (Dra. España) a TER y radiólogos sobre las bases físicas del TC multidetector.  
Ponencia (Dra. Alcaraz) sobre las indicaciones clínicas.  
Ponencia a Ginecólogos sobre las indicaciones de las exploraciones con el nuevo equipo de Esterotaxia (Dr. Ruiz – Dra. Cueva).

#### 3. Demoras de asistencia.

- o Mantenimiento de la lista de espera en los límites establecidos en los objetivos generales del Hospital con respecto a las pruebas diagnósticas. Coordinación con admisión.
- o Comprobar que el tiempo de realización de RM a pacientes con ca de mama se ajuste a lo acordado con el Servicio de Radiodiagnóstico de la Princesa durante el año 2006 (15 días).

#### 4. Documentación Clínica.

- o Realización de consentimiento informado para exploraciones con contraste de TC (Dra. Alcaraz).

- Realización de consentimiento informado para procedimiento con esterotaxia (Dr. Ruiz-Dra. Cueva).
  - Control de la incorporación del BIRADS en el programa informático de DEPRECAM según lo pactado en el 2006 (auxiliares administrativos. Dra. Alcaraz).
  - Comprobación de la incorporación del BIRADS en todos los procedimientos radiológicos de la mama: mamografías, ecografía y RM (Dra. Alcaraz).(indicador 100%).
  - Control durante el año 2007, de todos los volantes provenientes de Atención Primaria: desviación de pacientes a Deprecam cuando la edad es la adecuada, anulación de los volantes de screening por debajo de 50 años y de aquellos volantes sin información clínica.
  - Impulsar la mejora de los sistemas de información asistenciales. Incorporación de los informes a la red del hospital integrando los sistemas de información asistencial.
5. Guías de práctica clínica. Protocolos y vías clínicas.
- Valoración de los volantes de petición provenientes de ginecología (500 volantes) según su indicación.  
Se compara con los resultados obtenidos en el año 2006 (23% screening, encontrándose el 34 % entre los 50 – 69 años).
  - Uso inapropiado de RM de mama. Control de nuestras indicaciones.  
Complemento del documento de indicaciones realizado durante el año 2006.
  - Protocolo de indicaciones de Esterotaxia (Dr. Ruiz. Dra. Cueva)
  - Protocolo de indicaciones de TC. (Dra. Lorente. Dra. Del Valle)
  - Se valora con la Unidad de Psicología del Hospital el protocolo establecido durante el año 2006 de las pacientes con ca de mama.
  - Se valora el nº de pacientes con BIRADS 3 provenientes de Atención Primaria (se compara con los datos del año 2006, demasiado altos (25%).
  - Control mensual y anual de todos los equipos de biopsia por las profesionales auxiliares de clínica.
  - Protocolos de exploraciones con TC realizadas por los técnicos.
  - \*\*\* importante. Valoración de los resultados de todos los arpones realizados durante el año 2006 (buscar profesional para análisis estadístico) Dra. Alcaraz.
6. Investigación.
- Aprendizaje de TER en TC. Rotaciones.
  - Aprendizaje de radiólogos en TC. Rotaciones.
7. Control de calidad de los equipos.  
(Servicio de Radiofísica H. de la Princesa)
- Control de calidad de la procesadora AGFA.
  - PHILIPS OPTIMUS 64. SALA GENERAL.
  - PHILIPS SUPER 80 OMNIDIAGNOST. DIGESTIVO
  - MAMOGRAFO GE HF SENOGAPHE 600 T.B. Darlo de baja.
  - MAMOGRAFO GE DMR ANTIGUO
  - MAMOGRAFO GE DMR NUEVO

- PORTATIL SIEMENS HF POLIMOBIL 10
- PORTATIL PHILIPS PRACTIX 300 HF
- PHILIPS BV 25 GOLD
- SIEMENS MOBILETT XP-PORTATIL
- MAMOGRAFO DIGITAL. INSTALACION
- MESA DE ESTEROTAXIA SIEMENS INSTALACION
- TC MULTIDECTOR. INSTALACION

8. Dosis a Pacientes.

Servicio de Radiofísica H. de la Princesa.

## **SERVICIO DE FARMACIA.**

### **Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.**

#### A. Mejora en los procesos asistenciales:

- Impulsar la mejora continua de los sistemas de información asistenciales en el área de Farmacia. Se mantendrán actualizados los procedimientos de información: médicos prescriptores en el sistema.
- Implantación y gestión del sistema PYXIS en las plantas de hospitalización. Mantenimiento de las estaciones de dispensación de medicamentos y actualización de la información contenida en el sistema informático.
- Elaborar, difundir e implantar información sobre medicamentos que apoyen las líneas de mejora en utilización de medicamentos en forma de protocolos, guías, boletines, sesiones.
- Informar a la Comisión de Uso Racional de Medicamento del Área del análisis de la prescripción a través de receta.
- Informar mensualmente a la Dirección de los resultados globales de consumo de medicamentos.
- Elaboración memoria o informe anual farmacoterapéutico: datos cuantitativos y cualitativos del hospital.
- Se remitirá a la Dirección en las fechas señaladas la información disponible de prescripción a través de receta de los servicios, con el evolutivo del año, sobre los indicadores definidos en el contrato de gestión.

#### Fechas de informes:

- o 15 de Junio
- o 1 de Septiembre
- o 15 de Noviembre

Las fechas coinciden con el resto del envío de información de la actividad asistencial a los servicios para el seguimiento de contrato de gestión.

### **Objetivo propuesto por el Servicio de Farmacia.**

#### Definición:

Actualización de los protocolos normalizados de trabajo del Servicio de Farmacia.

#### Indicador de seguimiento:

A fin de año estarán los protocolos actualizados.

#### Responsabilidad del seguimiento:

Según las secciones, incluyendo a todo el personal de la Farmacia implicado.



Metodología de evaluación:

Se evaluará el número de protocolos hechos y consensuados con respecto al total de protocolos necesarios.

## **SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA.**

### **Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad.**

#### **A. Mejora en los procesos asistenciales:**

- Consolidar la oferta asistencial para adecuar la actividad de pruebas diagnósticas a la espera media y máxima de las citaciones a los parámetros establecidos. Max. 7 días para pruebas diagnósticas.
- Monitorización del catálogo de pruebas diagnósticas ofertadas.
- Impulsar la mejora de los sistemas de información asistenciales.
- Colaborar en la adecuación al incremento de cobertura del servicio de detección precoz del cáncer de cérvix. Indicador: Incremento de Citologías procesadas.
- Impulsar y colaborar en el registro de tumores del hospital integrado en la red autonómica de banco de tumores de la Comunidad de Madrid.

### **Objetivo propuesto por el Servicio de Anatomía Patológica.**

#### Definición:

Valoración del riesgo de progresión de las lesiones intraepiteliales del cérvix uterino mediante estudio inmuhostoquímico con Ac Monoclonal frente a proteína p16.

#### Indicador de seguimiento:

Porcentaje de muestras diagnósticas del cérvix (biopsia y conizaciones) estudiadas con p16 respecto al total de muestras diagnósticas de cérvix estudiadas en el Servicio de Anatomía Patológica.

#### Responsabilidad del seguimiento:

Dra. Eugenia Jareño

#### Metodología de evaluación:

Tras la implantación progresiva y optimizada de la técnica, a partir del mes de Octubre se valorará mensualmente el indicador contabilizando la totalidad de los casos estudiados, debiendo sus resultados aproximarse lo máximo posible al 100%.

## **SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS: BIOQUIMICA / SEROLOGIA / MICROBIOLOGIA / HEMATOLOGIA.**

### **Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad**

#### **A. Mejora en los procesos asistenciales:**

- Consolidar la oferta asistencial para adecuar la actividad de pruebas diagnósticas a la espera media y máxima de la actividad ambulatoria y quirúrgica a los parámetros establecidos.
- Monitorización del catálogo de pruebas diagnósticas ofertadas.
- Impulsar la mejora de los sistemas de información asistenciales.
- Impulsar la donación de sangre. Indicador porcentaje de autoabastecimiento. Nº de unidades recogidas por donación.
- Valorar los criterios de continuidad asistencial de los problemas de salud más prevalentes, con revisión y actualización de los vigentes. Comenzando pro aquellos relacionados con iniciativas impulsadas a nivel central (anticoagulación oral, ....)

### **Objetivo propuesto por el Servicio de Análisis Clínicos.**

#### Definición:

Realización de Índice de Riesgo Prenatal en primer trimestre de gestación a las gestantes de nuestra Área Asistencial.

#### Indicador de seguimiento:

Número de gestaciones totales atendidas en nuestras consultas y número de realización de Índices de Riesgo Prenatal (S. Down) realizadas.

#### Responsabilidad del seguimiento:

Dra. M.A. Argüello de la Prieta.

#### Metodología de evaluación:

Monitorización mensual de pruebas realizadas de I. Riesgo Prenatal (S. Down).

Numero de casos mensuales con Índices de Riesgo Prenatal 8S. Down) alto.

Relación de pruebas realizadas y % de casos positivos.

## SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA.

### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad

#### A. Mejora en los procesos asistenciales:

- Adaptar el número de primeras consultas para adecuar la espera media y máxima a los parámetros establecidos.
- Impulsar las consultas de alta resolución.
- Impulsar la figura del especialista consultor.
- Valorar los criterios de continuidad asistencial de los problemas de salud más prevalentes, con revisión y actualización de los vigentes. Comenzando por aquellos relacionados con iniciativas impulsadas a nivel central (diabetes mellitus, ...)

### Objetivo propuesto por el Servicio de Endocrinología.

#### Definición:

Implantar un sistema de consulta rápida para tratar y resolver los problemas agudos que, en relación con el metabolismo hidrogenocarbonato, sufran los pacientes diabéticos tratados en esta Sección.

#### Indicador:

Nº de pacientes diabéticos vistas.  
Nº de pacientes que acuden con problemas.  
Nº de problemas resueltos.

#### Responsable:

Dr. García Centenera.

#### Metodología de evolución:

- Establecer base de datos de pacientes diabéticos vistos.
- Pacientes y nº de veces que acude cada paciente a esa "consulta rápida".

## SERVICIO DE ADMISION.

### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad

#### A. Mejora en los procesos asistenciales:

- Colaborar en la consolidación del sistema de identificación inequívoca de pacientes en el conjunto de áreas del hospital, siguiendo instrucciones de la Consejería.
- Impulsar la extensión de la telecita a todas las agendas de especializada con acceso directo desde Atención Primaria y pruebas incluidas en el catálogo de pruebas diagnósticas.
- Mejora en la gestión de la cita múltiple. Indicador: Porcentaje de pacientes con cita con más de una cita en el mismo día.
- Mejorar la calidad de los registros utilizados en la gestión de citas. Generalizar la utilización del CIP. Indicador: nº de citas que tienen cumplimentado el campo CIP.
- Consolidar e impulsar la mejora de los sistemas de información. Remisión de la información en los plazos establecidos.
- Colaborar en la actualización del Plan de Acogida para Pacientes.
- Monitorizar el catálogo de pruebas diagnósticas ofertadas a Atención Primaria. Indicador: pruebas accesibles a AP incluidas en el catálogo.
- Implementar la infraestructura descentralizada para la gestión de los fondos de cohesión territorial. (Sistema de identificación de los pacientes atendidos procedentes de otras CCAA y comunicación a la Dirección de gestión según protocolo).

### Objetivo propuesto por el Servicio Admisión.

#### Definición:

- Hospitalización – Urgencias – CMA:  
Citación en consultas externas en el momento del alta, del 90% de pacientes, con informe, cuando así se encuentre indicado en el mismo.
- Consultas externas:  
Actualización de datos de CIP en pacientes que acuden a las consultas de Ginecología por primera vez, 90%.

#### Indicador de seguimiento:

- Indicador = número de altas con destino consultas externas / número de citas dadas en el momento de alta de urg.
- Indicador = número de primeras consultas / número de pacientes que tienen el CIP cumplimentado.

#### Responsabilidad del seguimiento:

- Antonio Martín de la Riva
- Dra. Mármol Tardáguila

Metodología de evaluación:

- Medición en descarga de la base de datos = citaciones realizadas con fecha de grabación = fecha alta en urgencias, hospitalización y CMA.
- Complimentación del CIP en descarga de Sicyt.

## SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA.

### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad

#### A. Mejora en los procesos asistenciales:

- Consolidar e impulsar la mejora de los sistemas de información asistencial.
- Remisión de la información en los plazos establecidos.
- Elaborar Informe anual sobre objetivos de calidad referidos a la Historia Clínica de otros Servicios del Hospital.
- Informes de la explotación del CMBD y otras bases de datos a las Direcciones, según los acuerdos establecidos.
- Colaboración en la definición de los criterios de unificación, puesta en marcha y seguimiento del sistema informático centralizado de informes en el hospital.
- Consolidación en la mejora de la calidad de la codificación clínica.
- Impulsar y colaborar en el registro de tumores del hospital integrado en la red automática de registro de tumores de la Comunidad de Madrid.
- Seguimiento del IEMA y estancias evitables (por servicio y GRD) de forma periódica. Análisis del cambio de perfil de la complejidad de la patología atendida.

### Objetivo propuesto por el Servicio Admisión.

#### Definición:

- Seguimiento de las discordancias entre CMBD y SIAE en lo referente a altas producidas en un periodo de tiempo (seguimiento trimestral).

#### Indicador de seguimiento:

$$\frac{\text{Nº de registros identificados en el CMBD}}{\text{Nº de registros identificados en el SIAE}} \times 100$$

#### Responsabilidad del seguimiento:

Dr. Pérez – Fuentes.

#### Metodología de evaluación:

- Recogida de la información en las unidades de Admisión y Documentación Clínica.
- Comparación de los datos obtenidos.
- Investigación de las discrepancias.
- Corrección de posibles errores.

## SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE.

### Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad

#### A. Mejora en los procesos asistenciales:

- Colaborar en la elaboración y / o actualización de la Carta de Servicios de acuerdo al nuevo modelo de la Dirección general de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano.
- Colaborar en la actualización del Plan de Acogida para pacientes.
- Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes mediante encuesta sobre los servicios que prestan.

#### B. Mejora en los procesos asistenciales:

- Impulsar la mejora a través de la gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones:
  - o Índice: deficiencias corregidas / deficiencias identificadas a través de la explotación de los datos de sugerencias, quejas y reclamaciones: estructurales.
  - o Índice deficiencias corregidas / deficiencias identificadas a través de la explotación de los datos de sugerencias, quejas y reclamaciones: Organización.
  - o Índice deficiencias corregidas / deficiencias identificadas a través de la explotación de los datos de sugerencias, quejas y reclamaciones: trato e información.
- Colaborar con la Dirección General de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales ante proyectos de cooperación en materia sanitaria de ámbito internacional.

### Objetivo propuesto por el Servicio Admisión.

#### Definición:

- Facilitar el acceso del paciente a sus datos personales en el plazo máximo de un mes en los casos de solicitud de historia clínica completa.
- El objetivo pretende adecuar la entrega de la documentación lo máximo posible a los plazos marcados por el artículo 12.3 del Real Decreto 1332/1994, de 20 de Junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley Orgánica 5/1992 que continúa en vigor. Asimismo, cumplir el compromiso escrito del Hospital ante la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, a raíz de la reclamación de una paciente, de revisar los circuitos establecidos para ajustarlos a los plazos fijados.

#### Indicador de seguimiento:

Pacientes avisados para recoger la documentación dentro del plazo  
----- X 100  
Pacientes que han solicitado una copia completa de su Historia clínica



Responsabilidad del seguimiento:

Dra. M<sup>a</sup>. Cruz Sánchez-Valdepeñas.

Metodología de evaluación:

- Se evaluarán las solicitudes realizadas en el segundo semestre del año.
- Se seguirá el protocolo actual vigente en el Hospital, en el que intervienen los Servicios de Documentación Clínica, Dirección Médica y Unidad de Atención al Paciente.
- Se establecerá un cronograma con la secuencia de actuación, en el que la tramitación interna se realice en el plazo máximo de 20 días, quedando un margen de seguridad de 10 días para casos especiales (revisiones por facultativos de otros centros que hayan intervenido el proceso, problemas derivados con la restricción de las anotaciones subjetivas, etc.)
- Los datos para la evaluación se obtendrán de los registros internos de la Unidad de Atención al Paciente (registro de consultas orales).
- Se efectuarán controles intermedios para evitar desviaciones.

## **UNIDAD TRASTORNO COMPORTAMIENTO ALIMENTACION.**

### **Objetivos de calidad específicos del Servicio/Unidad**

#### **A. Mejora en los procesos asistenciales:**

- Impulsar la mejora de los sistemas de información asistenciales. Colaborar en el registro de actividad y su integración en el sistema información del hospital.
- Incrementar el nº de tratamientos en el hospital de día, hasta la optimización de recursos disponibles.
- Elaboración de una memoria de la unidad a final de año.

#### **B. Mejora en la atención sanitaria del ciudadano:**

- Impulsar la atención en salud mental en relación a la anorexia y bulimia. Plan de actuación específico.

### **Objetivo propuesto por Unidad Trastornos Comportamiento Alimentación.**

#### Objetivo General:

- Los objetivos plantados pretenden consolidar el funcionamiento óptimo de la Unidad e instaurar una mejor coordinación con los dispositivos asistenciales de las áreas.
- Desarrollar la consulta externa aún incipiente que de servicio especializado: a pacientes con alteraciones de la Imagen Corporal, y a los problemas de sobrepeso y obesidad de familiares de los pacientes.
- Continuación de:
  - o La labor docente (especialización en el tratamiento del TCA) a otros profesionales de la red pública (Psiquiatras, Psicólogos, DUES, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Nutricionistas).
  - o La labor investigadora de factores de resistencia al cambio de cronicidad.

#### Objetivos Particulares:

- Iniciar la evaluación de los pacientes en un plazo máximo de 5 días laborales tras la recepción de la canalización desde la O.R.S.M.  
Responsable: Dr. Puente García, Rodrigo
- Ofertar una propuesta terapéutica (incluyendo, si se considerase oportuno, la derivación a otro recurso asistencial) en los 15 días laborales siguientes al inicio de la evaluación.  
Responsable: Dr. Puente García, Rodrigo
- Establecer algún tipo de contacto con alguno de los responsables del paciente en cualquiera de sus centros de referencia (Centro de Salud, Centro de Salud Mental u Hospital); como mínimo en una ocasión durante el seguimiento y en el momento del alta o al inicio de la derivación hacia dichos recursos.

- Responsable. Dr. Puente García, Rodrigo
- Ofertar al paciente, y si fuese procedente a su familia, de forma verbal y por escrito en un documento la información pertinente referente al planteamiento general del tratamiento que se administrará durante la estancia en la Unidad de Día.  
Responsable: D<sup>a</sup>. Pilar Vilariño Besteiro
  - Mantener un mínimo de tres reuniones presenciales entre algún miembro del equipo terapéutico y el conjunto de coordinadores de Trastornos de la Conducta Alimentaria de las distintas áreas.
  - Administrar un cuestionario autoaplicado de calidad a los pacientes y a sus familiares si participaron en el tratamiento.  
Responsable: D<sup>a</sup>. Pilar Vilariño Besteiro
  - Registrar con una frecuencia mínima semanal la evolución clínica de cada paciente en su historial clínico.  
Responsable: Dra. Calvo Sagardoy, Rosa
  - Cuando se considere adecuado realizar terapia familiar manteniendo un mínimo de tres sesiones con cada paciente y su familia.  
Responsable: D<sup>a</sup>. Pilar Vilariño Besteiro
  - Diseño del proyecto de investigación y recopilación de cuestionarios sobre cronicidad y resistencia al tratamiento en pacientes con T.C.A.  
Responsable: Dra. Calvo Sagardoy, Rosa
  - Realización de un curso (ya aprobado) de formación de profesionales en el tratamiento de los T.C.A. en la Agencia Laín Entralgo, similar al que se está impartiendo en la actualidad. Duración del curso: 32 horas lectivas.  
Responsable: Dra. Calvo Sagardoy, Rosa
  - Para el seguimiento de estos objetivos cada uno de los responsables elaborará un registro de los datos oportunos que se evaluarán por el equipo de facultativos, con una frecuencia trimestral.

## IV.2. Dirección de Enfermería

### **OBJETIVO 1.- CONOCER EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN**

#### RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - AÑO 2007

#### RECLAMACIONES AÑO 2007

Tamaño muestral 243 escritas

Corresponden al personal de enfermería el 14,8%

#### MOTIVOS DE LAS RECLAMACIONES:

Disconformidad con el trato (Trato incorrecto, tanto en consultas como en hospitalización).

Demora en el tiempo de espera en consultas.

Demora en tiempo de espera en Radiodiagnóstico.

Demora en Extracciones (Laboratorio).

Falta de asistencia en Radiodiagnóstico (Huelga de Técnicos de RX).

#### **RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

<b>TOTAL RECLAMACIONES:243</b>  (De las cuales corresponden a P. enfermería <u>37</u> )	<b>ENFERMERAS:</b> 15 reclamaciones	Cirugía Traumatología Laboratorio Consulotas M. Interna (3ª y 4ª planta)
	<b>MATRONAS:</b> 0 reclamaciones :	(Actividad en H. Gregorio Marañón).
	<b>AUXILIARES:</b> 15 reclamaciones :	8 S.Centrales 7 Rayos
	<b>TÉCNICOS:</b> 7 reclamaciones:	7 Rayos

Número de reclamaciones contestadas por escrito = 100% (en un período de 24 días hábiles)

Pendientes de contestar = 0

### AGRADECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

<p>TOTAL AGRADECIMIENTOS: 73</p>	<p>Cirugía – Traumatología : 12 Laboratorio (extracciones): 4 Consultas y RX: 14 M. Interna, 3ª planta: 9 M. Interna, 4ª planta: 5 Ginecología – M. Interna 1ª planta: 12 Quirófano 2ª planta: 4 C.S.I. : 5 C.M.A. : 4 Admisiones y Atención al paciente: 4</p>
--------------------------------------	---

Con respecto al año 2006 se han aumentado en un 50% el número de agradecimientos al personal de Enfermería

**OBJETIVO 2.- “REDUCIR AL MÍNIMO POSIBLE, EL NIVEL DE UNA INFECCIÓN EVITABLE E IDENTIFICAR PACIENTES DE RIESGO APLICANDO ACCIONES PREVENTIVAS “**

**ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS**

**Tasa de prevalencia de la Infección Nosocomial. (EPINE 2007):**

**Periodo del estudio: del 14 al 26 de Mayo.  
Nº de pacientes estudiados 124**

**TASA DE PREVALENCIA = 4 % SOBRE 124 PACIENTES:**

- **5 Infecciones:**
  - 2 de herida quirúrgica.
  - 1 Neumonía nosocomial.
  - 1 Bacteriemia.
  - 1 Digestiva.

Los gérmenes implicados son:

- 1 herida quirúrgica.- E.coli y S. epidermidis, intervenida de prótesis total de rodilla.
- 1 herida quirúrgica.- E. coli y Ent. Fecalis, intervenido de Ca. de próstata.
- 1 Neumonía nosocomial con un Pse. auroginosa y Kle. pneumoniae.
- 1 Bacterinemia con un St. Aureus.
- 1 Digestivo con un clostridium difficile

**TASA DE INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR PROCESOS:**

- **Prótesis totales de cadera:**  
**Nº de pacientes = 50**  
**Periodo de estudio = 1 de enero/30 de junio.**
  - Nº de infecciones 3. Tasa = 6%  
El tipo de infecciones son:  
De herida quirúrgica 1. Tasa = 2%  
De tracto Urinario 2. Tasa = 4%

Los gérmenes implicados en estas infecciones han sido:

- Herida quirúrgica : Enterobacter cloacae.
- Tracto Urinario: 1 Morganella Morganii.  
1 Pseudomona Auroginosa.

- **Prótesis totales de rodilla:**  
**Nº de pacientes = 108**

**Periodo de estudio = 1 de enero/30 de junio.**

- Nº de infecciones 12. Tasa = 11%
- El tipo de infecciones son:
- De herida quirúrgica 5. Tasa = 4,5%
  - De tracto Urinario 7. Tasa = 6,4%

Los gérmenes implicados en estas infecciones han sido:

- Herida quirúrgica: 1 Ent. Cloacae.
  - 2 E. Coli.
  - 1 Proteus Mirabilis.
  - 1 Sta. Lugdunensis.
- Tracto Urinario: 5 E. Coli
  - 1 Morganelle Morganii.
  - 1 Pseudomona Auroginosa.

**TASA DE INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE Ca. DE MAMA (AÑO 2007)**

**Periodo del estudio: del 1 de Agosto al 31 de Diciembre**

**Nº de pacientes estudiadas: 61**

**Nº de infecciones: 3**

**TASA = 4,9 %**

- Todas ellas han sido de herida quirúrgica:
  - Los gérmenes implicados han sido: 2 de herida quirúrgica.
  - 1 s. Aureus, no resistente a la meticilina
  - 2 s. Epidermidis
  - 3 Enterococcus clocae

Estas infecciones han sido superficiales y en ningún caso, ha necesitado reingreso.

**Estudios realizados por D<sup>a</sup> Ana Izquierdo Izquierdo,  
(enfermera de vigilancia epidemiológica)**

**OBJETIVO 3.- “ELABORAR REGISTROS UNIFICADOS DE UPP,  
PARA REALIZAR TASAS DE INCIDENCIA”**

**TASA DE INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AÑO 2007:**

**NUMERO DE HISTORIAS REVISADAS**

Historias evaluadas: **74**, registrando número. Periodo de estudio Noviembre 2007.

**EDAD**

La edad media de los pacientes ingresados en la Unidad en el período mencionado ha sido de 82,5 años (rango comprendido entre 23-97 años).

**ESTUDIO DE INCIDENCIA**

- **INDICADOR:** % PACIENTES VALORADOS MEDIANTE E.N.M. REALIZADO AL INGRESO.

$$\frac{\text{Nº pac. valorados mediante E.N.M. al ingreso} \times 100}{\text{Nº total de pacientes evaluados}} = \frac{65}{74} = 87\%$$

En las Historias Clínicas de 9 pacientes no se encuentra la hoja de valoración del riesgo de úlceras.

La valoración se realiza en 65 pacientes.

La **cumplimentación** por tanto, ha sido del **87%**.

- **APLICACIÓN DE NORTON AL INGRESO**

PACIENTES DE RIESGO SEGÚN E.N.M.

$$\frac{\text{Nº pac. de riesgo según E.N.M. al ingreso} \times 100}{\text{Nº total de pacientes evaluados}} = \frac{21}{65} = 32\%$$

- **PACIENTES DE NO RIESGO SEGÚN E.N.M.**

$$\frac{\text{Nº pac. de no riesgo según E.N.M. al ingreso} \times 100}{\text{Nº total de pacientes evaluados}} = \frac{36}{65} = 55\%$$

- **RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE NORTON EN PACIENTES INGRESADOS.**

INDICADOR: % PACIENTES VALORADOS MEDIANTE E.N.M. REALIZADO CADA 7 DÍAS DURANTE EL INGRESO DEL PACIENTE



$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pac. Valorados mediante E.N.M. cada 7 días} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes evaluados}} = \frac{40}{65} = 61\%$$

Sobre el total de 40 pacientes en que no se ha evaluado la E.N.M. en tres casos no se encontraba la hoja y en 7 casos dicha escala, aplicada al ingreso, era inferior 14 puntos.

- **ÚLCERAS EXTRAHOSPITALARIAS**

INDICADOR: % DE PACIENTES QUE PRESENTAN U.P.P. DE ORIGEN EXTRAHOSPITALARIO EN EL PERÍODO ESTUDIADO

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que presentan U.P.P. Extrahospitalario} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes evaluados}} = \frac{23}{65} = 35\%$$

**OBJETIVO 4.- “REALIZAR EL 95% DE INFORMES DE ENFERMERÍA AL ALTA A TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS “**

**INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA**

Estudio realizado en las unidades:

- Ginecología/ Medicina Interna.
- Traumatología / Cirugía General.
- Medicina Interna, 3ª planta (Controles E, F).

**PERIODO DE ESTUDIO**

**Mayo y Octubre 2007**

Se realiza sobre todos los pacientes dados de alta y también en aquellos casos en los que se trasladan a otros centros sanitarios.

**RESULTADOS**

Nº total de Historias auditadas: **150**

Pacientes incluidos en el audit.: 150 = **100%** de pacientes a los que se ha dado el alta

**HOJA DE EVALUACIÓN.-  
INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA**

Nº	CRITERIOS	SÍ	NO	Incompleto/ No precisa	%
1	Número de Historia Clínica legible	150	0	0	<b>100 %</b>
2	Consta identificación del paciente	150	0	0	<b>100 %</b>
3	Se identifica la enfermera que realiza el informe	150	0	0	<b>100 %</b>
4	Se especifica el motivo del ingreso	150	0	0	<b>100 %</b>
5	Constan problemas/ cuidados pendientes al alta	150	0	0	<b>100 %</b>

**ÍNDICE DE CALIDAD MEDIO GLOBAL: 100 %**

**OBJETIVO 5.- “FACILITAR AL 90% DE PACIENTES INTERVENIDOS E INGRESADOS EN EL H.U.S.C., LAS RECOMENDACIONES AL ALTA”**

**INFORME DE RECOMENDACIONES AL ALTA DE ENFERMERÍA  
ANÁLISIS Y VALORACIÓN**

El presente estudio se ha realizado en:

- Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.).
- Cirugía sin Ingreso (C.S.I.).
- Hospitalización

Las recomendaciones de enfermería al alta, se entregan al paciente junto con el alta médica y prescripción del tratamiento, si lo hubiera.

En Bloque Quirúrgico este estudio ha sido realizado por la enfermera que realiza la llamada telefónica, preguntándole en ese momento si le han entregado las recomendaciones de Enfermería y si las ha comprendido.

**PERIODO DE ESTUDIO**

- Cirugía Mayor Ambulatoria, (C.M.A.): **Mayo/Junio de 2.007**
- Cirugía Sin Ingreso C.S.I: **Mayo/Junio de 2.007**

**DATOS RECOGIDOS**

- Fecha de intervención
- Diagnóstico/ Intervención
- Fecha de llamada
- Entrega de recomendaciones      SI       NO

**RESULTADOS**

**Proporción de recomendaciones entregadas en Unidades de cirugía sin ingreso**

	Llamadas contestadas	Recomendaciones entregadas	Índice calidad
<b>C.M.A.</b>	<b>66</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>
<b>C.S.I.</b>	<b>98</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

(\*)12 Pacientes del C.S.I., se les realiza la llamada pero no han necesitado recomendaciones, por lo tanto se considera:

**INDICE GLOBAL DE CALIDAD: 100%**

- **Unidad de Hospitalización:**
  - Cirugía/Traumatología
  - Ginecología/Medicina Interna
  - Medicina Interna, 3ª planta

- Historias revisadas donde consta la entra de recomendaciones de Enfermería:

**TOTAL 256**

**Proporción de recomendaciones entregadas en Unidad de Hospitalización de Cirugía/Traumatología**

	Historias revisadas	Recomendaciones Entregadas	Índice calidad
<b>Cirugía/Traumatología</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>100%</b>

**Proporción de recomendaciones entregadas en Unidad de Hospitalización de Medicina Interna, 3ª planta**

	Recomendaciones entregadas	No consta/No precisa (*)	Índice calidad
<b>M. Interna - 3ª planta</b>	<b>58</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Proporción de recomendaciones entregadas en Unidad de Hospitalización de Ginecología/Medicina Interna**

	Recomendaciones Entregadas	No consta/no precisa (*)	Índice calidad
<b>Ginecología/M.Interna</b>	<b>68</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

(\*) Este criterio tiene difícil evaluación en las Unidades de Medicina Interna y Ginecología, porque alguna de las patologías no disponen de recomendaciones específicas, otras han sido exitus, por lo tanto se considera:

**INDICE GLOBAL DE CALIDAD: 100%**

**OBJETIVO 6.- “ALCANZAR QUE AL 90% DE LOS PACIENTES SE LES CUMPLIMENTE EL REGISTRO DE PREPARACIÓN QUIRÚRGICA”**

**CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES**

**INTRODUCCIÓN.**

La preparación quirúrgica adecuada de los pacientes es fundamental para favorecer el éxito de la intervención, verificando los procedimientos o pruebas, la documentación precisa en el registro clínico, facilitando la comunicación entre profesionales y favoreciendo la continuidad de los cuidados.

En este registro se confirma **el lugar correcto de la cirugía** (con el parte Quirúrgico y con el paciente despierto y consciente, o bien con sus acompañantes).

Este objetivo va dirigido a la **SEGURIDAD DEL PACIENTE**.

Para conseguir un **registro** que comprenda las actividades de la preparación quirúrgica, se elaboró e implantó una hoja de registro en las Unidades del Área Quirúrgica.

En la hoja de registro de la preparación de pacientes se indican:

<u>Nombre del paciente</u>	Fecha:	
	Hospitalización Consulta.	Preanestesia
Verificar identificación del paciente e intervención a realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificar hoja de anestesia, analítica y consentimiento informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificar si está en ayunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificar si se ha quitado prótesis, metales...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificar que la zona quirúrgica está preparada correctamente (rasurada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constantes correctas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premedicación administrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidencias (reflejar causas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Firma	Firma

## **ANÁLISIS Y RESULTADOS**

Unidades del Bloque Quirúrgico:

- B.Q. 2ª Planta , Edif. A;
- Unidad de Cirugía sin Ingreso, 1ª Planta, Edif..A;
- Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, 3ª Planta Edif.B

La hoja de registro de la preparación de los pacientes se cumplimenta en todos pacientes que vayan a ser intervenidos de Cirugía, tanto de tipo ambulatorio como con ingreso, permaneciendo en la Historia Clínica del paciente.

### **Fechas de realización del audit:**

- Unidad de Cirugía sin Ingreso: Mayo y Junio 2.007
- Cirugía Mayor Ambulatoria: Octubre 2.007

### **RESULTADOS**

<b>EVALUACION DE DATOS (Registro)</b>					<b>Índice de calidad</b>
<b>Historias revisadas</b>	<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>	<b>No aplicable</b>	<b>Incidencias sin definir</b>	
<b>174</b>	<b>166</b>	<b>8</b>	<b>10</b>		<b>95%</b>

**ÍNDICE DE CALIDAD GLOBAL: 95%**

**OBJETIVO 7.- “AUDITAR LA CUMPLIMENTACIÓN DEL DOSIER DE ENFERMERÍA**

El objetivo de este audit es **mejorar la calidad de los cuidados enfermeros**, verificando el registro de los mismos, en el documento que está incluido en la historia del paciente.

Este estudio se realiza en el mes de Noviembre, solo en la Unidad de Cirugía.

**CRITERIOS EVALUADOS:**

Los ITEM evaluados del registro de enfermería se ajustan al protocolo establecido y a criterios de calidad:

- Valoración inicial
- Tratamiento y Cuidados.
- Actividades.
- Gráfica.
- Pruebas Diagnósticas.
- Observaciones.
- Informe de Alta.

**PERIODO DE ESTUDIO:**

Noviembre 2.007, en la Unidad de Cirugía General y Traumatología.

**MUESTRA:** Nº de Historias auditadas: **58**

**ESTANCIA EN UNIDAD:** Estancia Media: **8 días** (Rango comprendido entre 1 - 29 días)

**Número de Historias evaluadas: 58**

<b>CRITERIOS</b>		<b>Índice calidad</b>	
AREA ADMINISTRATIVA	Identificación del paciente en todos los impresos	58	100%
	El dossier está completo	58	100%
	Consta firma DUE responsable	58	100%
AREA DE VALORACIÓN	Se registra el motivo del ingreso	58	100%
	Se registran datos relativos a alergias/hábitos	58	100%
	Se registra valoración de necesidades básicas en las primeras 24 horas	58	100%
AREA DE ACTIVIDADES	Las actividades planificadas corresponden a los problemas detectados	58	100%
	Se registran correctamente las actividades realizadas (día, turno)	58	100%
AREA DE TRATAMIENTO	Se anotan los tratamientos correctamente (fecha, inicio, vía, dosis, frecuencia)	58	100%
	Se identifican claramente los tratamientos no administrados o suspendidos	58	100%
AREA GRÁFICA	Se registran las constantes según pauta(ingreso, postoperatorio, diarias)	58	100%
	Las anotaciones son correctas (color, símbolos)	58	100%
AREA PETICION PRUEBAS	Se especifican las pruebas diagnósticas con fecha de petición, realización, recepción.	36	60%
AREA DE OBSERVACIONES	Consta la fecha y turno de la observación	58	100%



	Recogen evolución del paciente en cada turno.	58	100%
AREA ALTA DE ENFERMERÍA	Se realizó Informe de Alta según criterios de la Unidad	58	100%
	Consta los cuidados prestados y recomendaciones a seguir	58	100%

**Observaciones:**

En el criterio relativo a pruebas diagnósticas ha bajado el resultado de calidad y opinamos que es un criterio de difícil evaluación, porque en todas las Historias revisadas se especifica la fecha de petición y de realización de la prueba pero no consta la recepción de la misma, por depender de un servicio ajeno a la unidad (RX, Laboratorio etc.).

**Si exceptuamos este criterio, el Índice de Calidad sería del 100%**

**OBJETIVO 8.- “EVALUAR LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN PACIENTES INTERVENIDOS EN PROTESIS DE CADERA**

**INTRODUCCIÓN**

El siguiente estudio se realiza para evaluar la cumplimentación de cuidados standarizados en los pacientes intervenidos de prótesis de cadera, ingresados en la Unidad de Traumatología.

**PERIODO DE ESTUDIO**

1º semestre 2007

Se realiza sobre las historias de todos los pacientes con diagnóstico de artroplastia de cadera. Los criterios evaluados se refieren a:

- Realizar la valoración de enfermería en las primeras 24 h.
- Registrar las constantes según vía clínica.
- Constan cuidados para prevenir luxaciones.
- Consta la colocación de la bomba plantar.
- Consta vigilancia de apósito y drenaje quirúrgico en el 1º día de la intervención.
- Realizar cuidados para prevenir T.V.P. y/o T.E.P.

**RESULTADOS**

Nº de historias auditadas: **40**

Pacientes incluidos: **40 = 100 %**

<b>HOJA DE EVALUACIÓN VIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADOS STANDARIZADOS P.T.C.</b>	<b>I.C.</b>
1. Se realiza valoración de enfermería las primeras 24 h.	100 %
2. Constan registradas Ctes. Según vía s	100 %
3. Consta cuidados para prevenir luxaciones	100%
4. Consta la colocación de la bomba plantar	98 %
5. Consta vigilancia de apósito y drenaje quirúrgico en el 1º día	100%
6. Se realizan cuidados para prevenir T.V.P. y/o T.E.P.	100 %

**INDICE DE CALIDAD GLOBAL MEDIO GLOBAL 99,6 %**

**OBJETIVO 9.- “MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES,  
IMPLANTANDO EN EL HUSC, LA PULSERA IDENTIFICATIVA”**

**INFORME DE ESTANDARIZACIÓN EN LA COLOCACIÓN DE LA PULSERA  
IDENTIFICATIVA: ANALISIS Y VALORACIÓN**

La identificación adecuada de pacientes es una medida fundamental en la prevención de problemas y complicaciones asociados a errores en la asistencia.

Esta medida se implantó a comienzos del segundo trimestre del año 2.005. En esta pulsera o brazalete debe constar el nombre, apellido y número de Historia Clínica del paciente. Es colocado en el momento del ingreso del paciente, permaneciendo hasta el momento del alta hospitalaria.

Se realiza un audit. en:

- Unidades de Hospitalización
  - Medicina Interna (3ª y 4ª Planta. Edificio A)
  - Cirugía/Traumatología (2ª Planta. Edificio A)
  - Ginecología/ M. Interna (1ª Planta. Edificio A)
  - Medicina Interna (4ª Planta)

**CRITERIOS EVALUADOS :**

- 1 Consta la identificación del paciente
- 2 Se identifica la enfermera que realiza el informe
- 3 Se especifica el motivo del ingreso
- 4 Constan problemas/cuidados pendientes al alta.

**“Identificación de pacientes con pulsera identificativa”**

La evaluación del citado Indicador se ha realizado en los meses de **Octubre 2.007.**

La muestra global ha sido de **365 pacientes.**

El grado de cumplimiento medio en las 7 Unidades donde se ha realizado ha sido del **99%.**

**Índice de calidad global: 99 %**

La segunda evaluación se ha realizado en el mes de **Noviembre 2.007.**

La muestra total ha sido de **289 pacientes**

El grado de cumplimiento en las unidades analizadas ha sido del **100%.**

**Índice de calidad global: 100 %**

**OBJETIVO 10.- “ETIQUETAR LAS CAJAS DE INSTRUMENTAL CON DOBLE ETIQUETA Y PRECINTAR LOS CONTENEDORES”**

**ASEGURAR LA TRAZABILIDAD DEL MATERIAL PROCEDENTE DE ESTERILIZACIÓN**

Como medida para incrementar el control de calidad de nuestro Hospital se elabora una certificación del sistema de seguimiento del proceso de esterilización para cada intervención quirúrgica.

La evaluación ha sido realizada en el Área Quirúrgica y en el Servicio de Esterilización, durante el mes de julio de 2.007.

El objetivo es evaluar el grado de cumplimiento de los Indicadores de Calidad:

- 1.- “Existencia de etiqueta y precinto en contenedores y material estéril”.**  
**2.- “Inclusión de etiquetas en la Historia Clínica del paciente”.**

Se definen las condiciones de garantía de esterilidad en el material procedente de la Central de Esterilización y de los requisitos que debe reunir el material destinado a Quirófano.

Los **resultados obtenidos** han sido:

**1.- “Existencia de etiqueta y precinto en contenedores y material estéril”.**

Resultados obtenidos en el material de la Central de Esterilización.

1º Estudio: Muestra (contenedores y material): **365**

- Resultados obtenidos en el material recibido en Bloque Quirúrgico:  
Muestra: (contenedores y material): **68**

**2.- “Inclusión de etiquetas de control en la Historia Clínica del paciente”.**

- Resultados obtenidos en las tres Unidades del Bloque Quirúrgico: Cirugía Sin Ingreso (C.S.I.); Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.); Bloque Quirúrgico (2ª.Planta).
- Se ha determinado como Indicador de Calidad tener en la Hª Clínica al menos dos etiquetas.

HISTORIAS AUDITADAS	C.S.I.	C.M.A.	Bloque Quirúrgico
	45	78	51
<b>IND. CALIDAD</b>	<b>100%</b>	<b>99%</b>	<b>98%</b>

- El **Índice de Calidad global medio** en las tres Unidades del Bloque Quirúrgico en cuanto a la inclusión de etiquetas en la Historia Clínica ha sido del **99%**.

➤ **RESULTADOS OBTENIDOS EN EL MATERIAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

Periodo de Estudio: 1º: Julio 2007

FECHA	INSTRUMENTAL NUMERO	ETIQUETA SI	ETIQUETA NO	PRECINTO SI	PRECINTO NO/ ROTO
Julio 2007	(CONTENEDORES) <b>150</b>	146	4	150	--)
	(OPTICAS) <b>32</b>	32	-	-	--
	(MATERIAL SIN CONTENEDOR) <b>230</b>	--	-		

El Índice de Calidad Global ha sido del **98.6%**

➤ **RESULTADOS OBTENIDOS EN EL MATERIAL RECIBIDO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (Junio 2.007).**

FECHA	INSTRUMENTAL NUMERO	ETIQUETA SI	ETIQUETA NO	PRECINTO SI	PRECINTO NO
Junio 2007	39	39	-	--	-
	13 (OPTICAS)	13	-	-	-

El índice de calidad global ha sido del **100%**

**OBJETIVO 11.- CONOCER LA SATISFACCIÓN, NECESIDADES Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**

**INTRODUCCIÓN:**

El presente estudio se realiza para conocer el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en la **Sala de Ecografía-Mamografía** y en la **Sala de Radiología General**. Se obtienen los resultados tras analizar las encuestas que se les facilita después de la realización de las técnicas.

**METODOLOGÍA:**

Se diseñó un cuestionario sobre los aspectos a evaluar. Los cuestionarios fueron distribuidos por el personal del servicio después de que se realizasen las técnicas.

Constan 5 ítems.

**RESULTADOS:**

Periodo de estudio: **Del 4 de Mayo al 1 de Junio 2007**

• **SALA DE ECOGRAFÍA-MAMOGRAFÍA:**

- Nº de encuestas entregadas: 153
- Nº de encuestas contestadas: 101

**Contestan el 66 % de los encuestados**

• **SALA DE RADIOLOGÍA GENERAL:**

- Nº de encuestas entregadas: 244
- Nº de encuestas contestadas: 105

**Contestan el 43 % de los encuestados**

**SALA DE RADIOLOGÍA GENERAL : Encuestas contestadas 105**

**ITENS VALORADOS :**

1º ¿Cuánto tiempo ha esperado Vd. para que se le realice esta prueba?

- Menos de 15 minutos = 43 pacientes = 41 %
- Entre 15 y 30 minutos = 55 pacientes = 52 %
- Entre 30 minutos y 1 hora = 10 pacientes = 9,5 %
- Más de 1 hora = 0

2º ¿Prefiere usted esperar y hacerse el estudio radiológico en el mismo día de la consulta médica o preferiría venir otro día y no esperar?

- Prefiero esperar pero hacerme todo el mismo día = 7 pacientes = 7 %
- Prefiero venir otro día y no esperar = 104 pacientes = 99 %

3º ¿Se siente bien tratado/a en recepción. Se le indica y se le informa bien donde tiene que ir?

- Muy bien = 77 pacientes = 73 %
- Bien = 22 pacientes = 21 %
- Regular = 0
- Mal = 0

4º ¿Se siente bien tratado por el técnico que le realiza la prueba radiológica? (és amable, le indica cómo colocarse, le ayuda, le informa?)

- Muy bien = 87 pacientes = 83 %
- Bien = 17 pacientes = 16 %
- Regular = 0
- Mal = 0

5º ¿Se considera bien tratado/a por el médico radiólogo que ha valorado su estudio? ¿Le ha informado cuando usted lo ha solicitado? ¿Ha sido amable con usted?.

- No he tenido necesidad del radiólogo = 53 pacientes = 50,4 %
- Me considero bien tratado/a por el radiólogo = 52 pacientes = 50 %
- No me considero bien tratado por el radiólogo = 0

#### **OBSERVACIONES:**

- 10 Felicitaciones, consideran muy buen trato.
- 2 consideran debe mejorar la asistencia.
- 1 No se le informó de la huelga del personal.

#### **SALA DE MAMOGRAFÍA Y ECOGRAFÍA:**

**Encuestas contestadas = 101 ITENS VALORADOS :**

(Esta encuesta sólo se ha pasado a las pacientes con mamografía a las que el radiólogo ha considerado que es necesario ampliar su estudio con ecografía).

1º ¿Cuanto tiempo ha esperado usted para hacerse la ecografía después de la mamografía?

- Menos de 15 minutos: 19 pacientes = 19%
- Entre 15 y 30 minutos: 39 pacientes = 39%
- Entre 30 minutos y 1 hora: 28 pacientes = 28%
- Entre 1 hora y 2 horas: 9 pacientes = 9%
- Más de 2 horas.= 1 paciente = 0,9%

2º ¿Preferiría venir otro día hacerse la ecografía o prefiere esperar y completar su estudio?

- Preferiría venir otro día y no esperar. : 8 pacientes = 8 %
- Prefiero esperar y completar mi estudio: 93 pacientes = 9 %

3º ¿Para Vd. es importante que sea siempre el mismo médico radiólogo, el que vea todos sus estudios de mamografía y ecografía?.

- Prefiero que sea siempre el mismo médico: 47 pacientes = 47 %
- Me da igual: 54 pacientes = 54 %

4º ¿Considera usted que el circuito mamografía-ecografía no está bien realizado?

¿Qué mejoraría usted?.

- La información que se me da en recepción sobre donde me tengo que dirigir: 11 pacientes = 11 %
- La información que me da el técnico que me ha hecho la mamografía: 4 pacientes = 4%
- El trato humano y la amabilidad del técnico que me ha hecho la mamografía. 4 pacientes = 4%
- Los tiempos de espera entre ambas pruebas: 16 pacientes = 16%
- El trato humano que me da la auxiliar en la sala de ecografía: 0 pacientes = 0%
- La información que me da el radiólogo en la sala de ecografía: 5 pacientes = 5%
- El trato humano que recibo del radiólogo: 1 paciente = 1 %
- No cambiaría nada. Lo considero apropiado.: 44 pacientes = 44 %

#### **OBSERVACIONES:**

Si le produce a usted mucha ansiedad esta prueba, ¿Qué es lo que se podría hacer para que su estancia en el Servicio de Radiodiagnóstico fuera más satisfactoria?

- 4 pacientes, sugieren que el buen trato y la información da tranquilidad.
- 10 felicitaciones.
- 2 pacientes indican que el tiempo de espera entre una prueba y otra lo viven con ansiedad por falta de información.
- 2 Esperan mucho tiempo desde la hora de la cita.
- 4 Agradecen el trato personalizado.

### **ANÁLISIS Y VALORACIÓN**

El nº de encuestas recibidas nos sirve de muestreo para ver la percepción del paciente. Se observa que el índice de calidad y satisfacción es alto y las sugerencias nos hacen plantear áreas de mejora.

La calidad de la información, profesionalidad y trato son los tres aspectos mejor valorados.

<b>Índice de calidad 99 %</b>
-------------------------------



Los tiempos de espera entre una prueba y otra, sin ser llamativos, podrían mejorarse así como la información en esta espera.

**Indice de calidad 60 %**

En la sala de mamografía y ecografía se podrían ajustar los tiempos de citación, ya que el 76% de los pacientes esperan entre 30 minutos y una hora (Posiblemente se deba a que la prueba requiera profundizar su estudio).

Una posibilidad para que los pacientes entiendan el retraso, sería elaborar y difundir una nota informativa, explicando que los tiempos de citación son meramente orientativos ya que cada paciente requiere su tiempo. Se consideraría como un área de mejora en la satisfacción del paciente.

Otra observación es que la respuesta obtenida de los pacientes, ha sido sobre una muestra pequeña, por lo que en el próximo corte habría que ampliar los tiempos de entrega de la encuesta.

**OBJETIVO 12.- “GARANTIZAR LA CORRECTA DOTACIÓN DEL CARRO DE PARADA EN TODO EL HOSPITAL”**

**ANÁLISIS Y VALORACIÓN**

- En los meses de Mayo y Octubre se realiza por parte del Servicio de Anestesia, en coordinación con la Dirección de Enfermería y del equipo de Calidad, una ficha actualizada en la cual consta :
  - o Medicación, Elementos del equipo de ventilación y de circulación, sueros
  - o Pautas para la revisión, dotación y mantenimiento correcto. Teléfono de emergencia (506)

**UNIDADES EN LAS QUE SE HA REALIZADO LA EVALUACIÓN.**

Áreas de Hospitalización:

- Ginecología y Medicina Interna (1ª planta - 2 controles)
- Medicina Interna (3ª Planta - 2 controles)
- Medicina Interna (4ª Planta - 2 controles)
- Cirugía (3ª Planta. Edificio A).
- Cirugía (2ª Planta. Edificio A).

Unidades Quirúrgicas

- Bloque Quirúrgico (2ª Planta. Edificio A).
- Cirugía sin Ingreso (1ª Planta. Edificio A).
- Cirugía Mayor Ambulatoria (3ª Planta. Edificio B).
- Urgencias (Planta Baja. Edificio A)

Área de Servicios Centrales

- Unidad de extracciones
- Unidad de Endoscopia
- Consultas generales

**CRITERIOS EVALUADOS**

1	El carro está situado en un lugar visible y de fácil acceso
2	Tiene ambú en buenas condiciones de uso
3	Tiene balón de O2 en buenas condiciones
4	Consta la fecha, firma y nombre en el libro de registro
5	Está revisado hace un mes o menos
6	No tiene fármacos caducados
7	Dispone de todo el set de respiración especificado en la hoja

8	Dispone de todo el set de circulación especificado en la hoja
9	Dispone de toda la medicación que consta en la hoja

<b>ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN Y UNIDADES QUIRÚRGICAS</b>
<p>(*) Fármacos caducados en M. Interna (3ª planta)            (*) No se dispone de algunos nº de palas de laringoscopio en M. Interna (3ª planta)</p> <p>Índice de Calidad global obtenido en los carros revisados de los controles de las Áreas de Hospitalización y Unidades Quirúrgicas (12) ha sido del 98%</p>
<b>ÁREAS DE SERVICIOS CENTRALES</b>
<p><b><u>EXTRACCIONES</u></b></p> <p>(*) No esta revisado ni firmado según protocolo            (*) No tiene la hoja específica plastificada</p> <p>Índice de Calidad global obtenido del 77%</p>
<p><b><u>ENDOSCOPIA</u></b></p> <p>(*) Falta firma de revisión</p> <p>Índice de Calidad global obtenido del 97%</p>
<p><b><u>CONSULTAS GENERALES</u></b></p> <p>Índice de Calidad global obtenido del 100%</p>

**OBJETIVO 13.- “PREVENCIÓN DE RIESGOS SANITARIOS”**

**INTRODUCCIÓN DE MATERIALES PARA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

Durante los años 2005 y 2006 se han introducido materiales y productos para evitar riesgos laborales (Orden Consejería de Sanidad y Consumo 827/05).

- Se realizan sesiones informativas para el personal.
- Talleres teórico-prácticos.
- Distribución de folletos informativos, etc.
- Se protocolizó la clasificación de los residuos.
- Se introducen contenedores específicos (con diferentes tamaños y colores con cierre hermético para evitar accidentes).

Después de implantar el material de bioseguridad y tras una evaluación mediante audit., realizada por el Sº de prevención del H.U.S.C. en los meses:

Noviembre 2006

Octubre 2007

Los resultados no han sido los esperados:

**- Aumento del nº de accidentes notificados.**

- Mayor prevalencia en el sexo femenino (no tiene relevancia por ser menor el número de varones que prestan sus servicios en el Hospital).
- El lugar de mayor exposición es **quirófano (62%)**.
- **Hospitalización (19% y 14%)**

## CONCLUSIONES

- Dado que quien más se accidenta es el grupo de población más joven por lo tanto de nueva incorporación al ámbito laboral, sería aconsejable incidir en este grupo con la información y formación de riesgos laborales (protocolos, EPI'S, material de punción, etc.) sobre todo al personal de la Dirección de Enfermería.

- Como el mayor número de accidentes con riesgo biológico se produce en el quirófano y la habitación del paciente, habría que incidir en los métodos de trabajo, en ambos lugares como medida de prevención, mejorando aspectos como:

- Procedimiento de sutura.
- Eliminación de residuos.
- Disponibilidad de contenedores
- Utilización de los EPI'S necesarios y adecuados para cada técnica :
  - Guantes.
  - Gafas.
  - Mascarillas.
  - Batas impermeables (sala de partos, quirófano)
  - Protectores faciales (sala de partos, quirófano)
  - Calzas impermeables (sala de partos, quirófano)

### IV.3. Dirección de Gestión

#### Gestión Económica

**Definición:**

Mejoras en la gestión económica-presupuestaria relativa a ingresos del centro.

**Objetivo:**

Mejorar la gestión recaudatoria derivada de la prestación sanitaria realizada en los supuestos en los que existe un tercero obligado al pago.

**Indicador:**

Cobros sobre facturación.

**Objetivo:**

Mejorar la gestión y recaudación de cualquier otro tipo de ingresos según normativa vigente.

**Indicador:**

Incremento de ingresos

## **Suministros**

### **Definición:**

El proceso de compra de cualquier producto requiere una documentación: “Proposición de Compra”, firmada por el Responsable del Servicio proponente, “Albarán de Entrega” y “Factura de Compra”. En el expediente correspondiente a cada adquisición se incluía la factura y el albarán interno, creado por la aplicación informática del Hospital.

### **Objetivo:**

Para realizar un seguimiento más preciso del proceso de compra se ampliará el expediente de cada adquisición, incluyendo los tres documentos originales antes mencionados: “Proposición de Compra”, “Albarán de Entrega” y “Factura”.

### **Definición:**

La adquisición de bienes y equipos puede realizarse por compra directa, por compra de productos homologados por la Junta Central de Compras o mediante concurso público. Los dos últimos métodos implican un mayor control sobre los bienes adquiridos y un mejor precio de compra.

### **Objetivo:**

Se incrementará en lo posible el porcentaje de gasto mediante Concurso Público u Homologados por la Junta Central de Compras.

### **Indicador:**

Incremento del porcentaje de compras realizadas mediante concurso y de homologados con respecto a la compra directa, comparado con el del año anterior.

### **Definición:**

Una vez finalizado el proceso de compra, la documentación correspondiente se envía a Contabilidad para proceder al pago. Esta documentación se compone de la Proposición de Compra, firmada por el responsable del Servicio proponente, el Albarán de Entrega, que se envía junto con el bien comprado, y que ha de estar firmado por la persona que recogió dicho bien y, finalmente, la Factura, enviada por la empresa suministradora, firmada por el responsable del Servicio proponente y visada por el Jefe de Suministros.

**Objetivo:**

Se intentará que el proceso completo de recogida de documentación, debidamente cumplimentada, y firmada por los responsables correspondientes, sea lo más breve posible, debiendo estar en el Servicio de Gestión Económica en un plazo máximo de quince días.

**Objetivo:**

Se incrementará en lo posible el porcentaje de gasto mediante Concurso Público u Homologados por la Junta Central de Compras.

**Indicador:**

Incremento del porcentaje de compras realizadas mediante concurso y de homologados con respecto a la compra directa, comparado con el del año anterior.

**Objetivo:**

Se negociará con todos los proveedores para conseguir una reducción en los incrementos de precios, intentando que éstos sean inferiores al IPC correspondiente.

**Indicador:**

Porcentaje de subida de precios comparado con la subida del IPC correspondiente.



## **Celadores**

“Protocolo de buenas prácticas. Acogida al paciente en Admisiones y todas las Unidades de Hospitalización”

### **Definición:**

El ingreso del paciente en cada Unidad es el mejor momento para iniciar la relación paciente/profesional.

El profesional debe presentar una forma de actuar positiva, ofreciendo un trato personalizado al paciente y/o familia, con respeto y amabilidad.

Se entiende por acogida al paciente y/o familia cuando ingresa en cada Unidad del HU Santa Cristina como “el período de tiempo que comprende desde su llegada a la Unidad hasta que el paciente o familia se ha ido.

### **Objetivos generales:**

Disminuir en lo posible la ansiedad que produce el ingreso en el hospital ante el desconocimiento del entorno.

Asegurar una atención personalizada y de confianza, unos cuidados adecuados a la situación de salud que padece y aquella información que precise para hacer más satisfactoria su estancia hasta el Alta hospitalaria.

### **Como se realiza:**

Protección de los datos del paciente: no dejar las historias clínicas, analíticas, resultados, partes, etc. en los mostradores del Control

Prevención en las caídas de pacientes hospitalizados

Evitar dar cualquier información al paciente o familiar en el pasillo, y nunca por teléfono

Establecer una buena comunicación, ser accesible resolviendo las dudas al paciente y su familia e indicarle quién se las puede resolver para disminuir su preocupación y ansiedad.

“Vía clínica de la hernia inguinal unilateral no complicada, sin ingreso”

### **Definición:**

La vía clínica tiene por objeto ordenar y estandarizar la atención a los pacientes afectos de una determinada patología. Por tanto, es aplicable en aquellas patologías de curso predecible y con baja probabilidad de complicaciones.

Cada persona concentra su esfuerzo en realizar su tarea conforme a las instrucciones recibidas, pero tiene poca información sobre el producto final de su trabajo y las consecuencias del mismo sobre el paciente y el total de la organización. Esta estructura piramidal conlleva dificultades cuando se pretende la calidad total.

### **Objetivos:**

Normalizar un proceso clínico predecible

Establecer para todos los pacientes una secuencia de actuaciones basadas en las mejores evidencias clínicas disponibles con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

### **Actuaciones:**

Preparación quirúrgica:

Rasurado

Identificación del paciente y acompañamiento al vestuario y al quirófano

Informar a los familiares sobre los lugares de espera

Quirófano:

Identificación y colocación del paciente para la intervención

Traslado del paciente tras la intervención a Reanimación o Readaptación

## **Mantenimiento**

### **Objetivo:**

Una parte importante de las averías y desperfectos originados en instalaciones e inmuebles no son reparadas simplemente porque no se sabe que están rotos. Para evitarlo se han dividido los edificios en zonas y se ha nombrado un responsable de cada una de ellas, encargado de localizar y comunicar esos desperfectos al Servicio de Mantenimiento.

La encargada de la Contrata de Limpieza pasa semanalmente un parte con las deficiencias detectadas por su personal.

### **Objetivo:**

Con el fin de disminuir el consumo eléctrico se han fijado las temperaturas, tanto de la calefacción como del aire acondicionado, en 24 °C. También se han fijado los horarios de todos los climatizadores para reducir su funcionamiento el máximo posible.

### **Indicador:**

Factura del gasto energético, comparada con la del mismo período del año anterior.

### **Objetivo:**

Con el fin de reducir el consumo eléctrico se han unificado los alumbrados de las zonas comunes del Edificio de Consultas, mediante un sistema activado con un mando a distancia de forma que, con sólo apretar un botón, es posible apagar en todo o en parte el alumbrado de vestíbulos, huecos de escalera, etc.

### **Indicador:**

Factura del gasto energético, comparada con la del mismo período del año anterior.

### **Objetivo:**

Con el fin de reducir el consumo eléctrico se han eliminado todas las lámparas de incandescencia por otras de bajo consumo. Así, se ha cambiado el alumbrado en la Capilla, todas las luces de noche en las habitaciones de hospitalización, etc.

**Indicador:**

Factura del gasto energético, comparada con la del mismo período del año