

MEMORIA CALIDAD 2008
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA

INDICE

Prólogo

I. DESCRIPCIÓN 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 2008**
- II.2. Registro de Actuaciones en Calidad 2008**
- 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.

- III.1. Comisiones Clínicas**
- III.2. Comisión Central de la Garantía de Calidad de Radiodiagnóstico Área II**

IV. ACTIVIDADES DE CALIDAD.

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

PRÓLOGO

Al profesional sanitario como ser humano que es, le gusta la calidad por si misma, porque ennoblece su trabajo, le da prestigio y reconocimiento y como sanador encargado de restablecer la salud de sus congéneres está obligado a trabajar con la máxima calidad.

Si para el personal sanitario es un deseo y una obligación, para el paciente es un deseo y también un derecho que puede exigirle a las personas en las que encomienda su salud.

Por otro lado está el coordinador de calidad para el que la calidad asistencial es su vocación y razón de existir pero también una obligación institucional.

En esta mi tercera memoria de la Unidad de Calidad, no me puede quedar con una política de mínimos exigidos, quiero apostar por una calidad de máximos voluntarios, es decir, de mejora continua. Pero no es todo tan fácil, nuestra organización tiene sus limitaciones y esta rigidez institucional repercute en la resistencia al cambio que ofrecen las personas que trabajan en y para ella. No podemos olvidar además, que estamos en momentos de crisis y los recursos económicos escasean lo que es peor en nuestra sanidad, el tiempo también escasea y como decía el sabio *“con un minuto de tiempo puedes comprar un grano de oro, pero con un grano de oro no puedes comprar un minuto de tiempo”*.

Teniendo en cuenta todas estas dificultades, lo que está claro es que la calidad con la que se trabaja es este Hospital está conseguida gracias en primer lugar a nuestro esfuerzo al de todas las personas que componen la plantilla de este Hospital, en segundo lugar a mis colaboradores, de la Unidad, en tercer lugar al equipo directivo y muy en último lugar a mi como coordinador que os agradezco vuestro esfuerzo y os pido disculpas por todo lo que no hayamos podido conseguir.

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

I. DESCRIPCIÓN 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^a. M^a. Teresa Pérez y Pérez-Medrano
- Administrativo, Biblioteca y Calidad: D. Saturnino Díaz Trujillo
- Responsable de Objetivos de Calidad para la División de Enfermería D^a. Pilar Martín Martín.
- Administrativo: D^a. 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^a. María Teresa Pérez y Pérez Medrano y D^a. 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^a. 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^a 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.

II.1. Resultados Objetivos Calidad 2008

OBJETIVOS DE CALIDAD 2008_A. ESPECIALIZADA

ID. HOSPITAL

CG-
8206

1.- Acogida e información adecuadas

I. 1.1: Elaboración-rediseño de la Carta de Servicios del hospital	No procede
I. 1.2.1: Existencia de un Plan de acogida de pacientes en hospitalización	Sí
I. 1.2.2: % de pacientes hospitalizados a los que se aplica el Plan de acogida	90,0%
I. 1.2.3: Existencia de un plan de acogida de pacientes en urgencias	No aplicable
I. 1.2.4: % pacientes atendidos en urgencias por el personal de información de atención al paciente	No aplicable
I. 1.2.5: % de reclamaciones por información en urgencias	No aplicable
I. 1.2.6: Existencia de un documento donde se identifiquen y valoren las necesidades de información en las diferentes áreas del hospital	Sí
I. 1.2.7: % de implantación de los puntos de información en el hospital	100,0%

2.- Percepción del usuario

I.2.1: % de reclamaciones escritas contestadas en menos de 30 días	67.4
I.2.2: % de reclamaciones escritas contestadas en menos de 15 días	34.7
I.2.3: Elaboración de un Informe anual de reclamaciones	Sí

3.- Seguridad del paciente

I.3.1.- Establecimiento de al menos 5 objetivos, cada uno de ellos con responsables y cronograma de implantación.	Sí
I.3.2.- Realización de 2 estudios al año para valorar implantación y utilización de pulseras identificativas	Sí, un estudio
I.3.3.- Realización de 2 estudios al año para valorar implantación y utilización de soluciones alcohólicas	Sí, un estudio

I.3.4.- Existencia de un protocolo de prevención de caídas elaborado o revisado en los 3 últimos años.	Sí
3.5.1.- Existencia de un protocolo de prevención de úlceras por presión elaborado o revisado en los 3 últimos años.	Sí
3.5.2.- Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escala de Norton	> 90%
4.- Documentación clínica	
I.4.1.- % historias clínicas (HC) con IA definitivo en un periodo menor de 15 días desde el alta.	90.47
I.4.2: Pacientes dados de alta con informes definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos	92.10
5.- Gestión de la organización	
I.5.- Seguimiento y evaluación de al menos 3 planes de acción	Sí
6.- Profesionales	
I.6.1.- % profesionales de nueva incorporación a los que se aplica el Plan de acogida	0,0%
I.6.2.1.- % de profesionales en grupos de trabajo, comisiones y/o equipos de proceso.	25,0%
I.6.2.2.- % de grupos de trabajo, comisiones y/o equipos de proceso que cumplen criterios que garantizan un buen funcionamiento	100,0%
I.6.3.1.- Número de cursos sobre calidad asistencial dentro del programa de formación continuada del hospital	1
I.6.3.2.- Número de cursos sobre seguridad del paciente dentro del programa de formación continuada del hospital	9
I.6.3.3.- % de profesionales sanitarios en formación de postgrado que asisten a cursos sobre calidad asistencial/ seguridad paciente	No procede

1.3.1.– Estrategia de Seguridad del Paciente

Objetivos (que hagan referencia al menos a lavado de manos, medicación, cirugía-anestesia e identificación de pacientes)	Responsable (nombre y apellidos, puesto de trabajo, correo electrónico)	Cronograma de implantación y evaluación
Lavado de manos	D ^a . Pilar Martín Martín, Supervisora de Área Formación y Calidad, pmartin.hscr@salud.madrid.org	No evaluado
Identificación de pacientes	D ^a . Pilar Martín Martín, Supervisora de Área Formación y Calidad, pmartin.hscr@salud.madrid.org	Año 2005: Implantado Año 2006: 1 ^a Evaluación: 100% Año 2007–2008: Evaluado: 100%
Verificación de lado en cirugía de órganos para corregir lado erróneo	Dr. J.L. Porrero Carro (Jefe de Servicio Cirugía General y Digestivo) Dr.R. Llopis Miro (Jefe de Servicio Traumatología) Dr.C. Grande Baos (F.E.A Oftalmología)	Año 2006. Implantado Evaluación anual : nº de errores / nº intervenciones=0 %

<p>Prevención de caídas</p>	<p>D^a. Pilar Martín Martín, Supervisora de Área Formación y Calidad, pmartin.hscr@salud.madrid.org</p>	<p>Año 2008: Implantado 1º Corte: Caídas detectadas: 1º Semestre: 14 Caídas 2º Corte: Caídas detectadas. 2º Semestre: 5 Caídas Análisis Preparar Protocolo</p>
<p>Prevención úlceras por presión</p>	<p>D^a. Pilar Martín Martín, Supervisora de Área Formación y Calidad, pmartin.hscr@salud.madrid.org</p>	<p><u>Año 2008:</u> 1º Semestre: No evaluado 2º Semestre: Resultados: Úlceras Intrahospitalarias: 10,6%, Úlceras extrahospitalarias: 29,6%</p>

<p>Acogida del paciente en hospitalización</p>	<p>Dra. Sánchez Valdepeñas (Jefe Servicio Atención al Paciente) / D^a. María Teresa Pérez y Pérez Medrano (DUE, U. Calidad)</p>	<p>Enero 2008 Crear dos subgrupos de trabajo: – Análisis Acogida desde la recepción– Análisis de Acogida en hospitalización</p>
		<p>Febrero 2008 Presentación resultados de partida : Análisis del cumplimiento de las actividades esenciales = 88,89% y de soporte= 84,62% , definidas en el Plan de Acogida de La Comunidad de Madrid</p>

Abril 2008

Se implanta la nueva Guía de Acogida actualizada y modificada, según indicaciones del Plan de Acogida de La Comunidad de Madrid.

Conseguido al 100%

Se implanta la tarjeta actualizada con de ingreso, Planta, nº habitación.

Conseguido al 100%

Mayo 2008

Se consensua las encuestas que analizaran la voz del paciente y la del profesional en relación de la Acogida al ingreso= Diseño de encuestas

<p>Cirugía : Detectar los efectos adversos del proceso quirúrgico asegurando la continuidad de los cuidados en los pacientes intervenidos en la Unidad de CMA: Llamada preoperatoria y postoperatoria</p>	<p>DUE, Unidad Cirugía Sin Ingreso: D. Rubén Colmenarejo y D^a. Mayte Pérez Pérez-Medrano. DUE Unidad de Calidad. Tperez.hscr@salud.madrid.org</p>	<p>RESULTADOS:Abril 08----> Implantación vía clínica de la hernia inguinal unilateral</p>
		<p>1 Abril 2008 hasta AGOSTO 2008-----> % Pacientes cumplimiento del plan asistencial, definido en la hernia inguinal = 96%</p> <p>1 Abril al 31 Agosto-----> Evaluación efectos adversos, pacientes operados en CMA, de hernia inguinal unilateral:</p> <p>1.- FIEBRE = 0%, HEMORRAGÍA: 0%, DESHICENCIA = 0%</p> <p>2.- PROBLEMAS EN LA ZONA</p>

	OPERADA (inflamación): 3%
	3.- PACIENTES UTILIZAN EL TRATAMIENTO ANALGÉSICO PAUTADO Y/O ANALGESÍA DE RESCATE : 100%
	5.- DESHICENCIA = 0%

1.3.2.- Sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras

Estudios (fecha de realización)	Grado de implantación	Acciones de mejora (si implantación <100%)
1º Semestre 2008	100%	

I.3.3.- Lavado de manos con soluciones alcohólicas

Estudios (fecha de realización)	Grado de implantación	Acciones de mejora (si implantación <100%)
2º Semestre 2008: Evaluación indirecta por consumo de almacén.	Muy bajo	

Comentarios / Observaciones

I.6.3.1.- Número de cursos sobre calidad asistencial dentro del programa de formación continuada del hospital:

- CURSO (E.F.Q.M.) GESTIÓN DE PROCESOS; “EL PROCESO QUIRÚRGICO EN C.M.A.”

I.6.3.2.- Número de cursos sobre seguridad del paciente dentro del programa de formación continuada del hospital

- CURSO “PROTECCIÓN DE DATOS SANITARIOS”.
- CURSO “MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR” (2 Ediciones)
- CURSO DE “TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES”, (2 Ediciones)
- CURSO “ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS”
- CURSO “SOPORTE VITAL AVANZADO”
- I JORNADA “LAS ALTERACIONES DE VISIÓN INFANTIL EN LA FISIOPATOLOGÍA DEL APRENDIZAJE”
- CURSO DE “ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS MEDICO-QUIRÚRGICAS”
- CURSO 2008E6460101 GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS SOPORTE DE VIDA: SISTEMAS DE ANESTESIA

Formación Extrahospitalaria

Gestión de la Calidad en el Laboratorio de Microbiología
Febrero/08 a Diciembre/08 Organizado por Oxoid. 7.3 Créditos
CFC.

II.2. Registro de Actuaciones en Calidad 2008

REGISTRO ACTUACIONES EN CALIDAD 2008 (enero - 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	Sí

2.- DOCUMENTACIÓN

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

3.- AUTOEVALUACIONES

Realizada 2008	No
Realizada con Apoyo Externo	No

4.- ACREDITACIONES

Nº de servicios que estén en proceso de acreditación en 2008	0
Nº de servicios que han recibido la acreditación en 2008	0

5.- CERTIFICACIONES

Nº de servicios que estén en proceso de certificación en 2008	0
Nº de servicios que han recibido la certificación en 2008	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	Sí
---	----

Alcance de la encuesta	Colectivos
7.- COMISIONES CLÍNICAS/ GRUPOS DE MEJORA	
Nº de Comisiones Clínicas constituidas	15
Nº de Grupos de Mejora constituidos	9
8.- VÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS	
Nº de vías clínicas editadas y/o revisadas este año 2008	0
Nº de protocolos editados y/o revisados este año 2008 (se excluyen protocolos no asistenciales y procedimientos)	2
9.- CURSOS CALIDAD	
Nº de cursos de calidad impartidos en el año 2008 dentro del Programa de Formación Continuada de la Gerencia (referidos por ej. a: <i>Introducción- Generalidades; Herramientas y metodología; Procesos; EFQM; ISO; Otros</i>)	14
10.-PUBLICACIONES CALIDAD	
Nº de publicaciones relacionadas con la calidad en el año 2008	0
11.-PONENCIAS/COMUNICACIONES	
Nº de ponencias relacionadas con la calidad en el año 2008	0
Nº de comunicaciones orales relacionadas con la calidad en el año 2008	2
Nº de comunicaciones póster relacionadas con la calidad en el año 2008	6
12.- JORNADAS Y PREMIOS CALIDAD ORGANIZADOS	
Nº de Jornadas/ Premios de Calidad organizados	1
13.- PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS RECIBIDOS	
Nº de Premios/ Reconocimientos de Calidad organizados	0
14.- OTRAS ACTUACIONES	
Otras actuaciones de calidad relevantes, incluidas las actividades de investigación y de interés para su difusión al resto de centros	Sí

Comisiones Clínicas **constituidas**

Calidad	Sí
Docencia	Sí
Ética Asistencial	Sí
Ética Investigación Clínica	No
Farmacia y Terapéutica	Sí
Formación Continuada	Sí

Hemoterapia y transfusiones	Sí
Historias clínicas	Sí
Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica	Sí
Investigación	Sí
Mortalidad	Sí
Tecnología y adecuación de medios	No
Tejidos	Sí
Trasplantes	Sí
Tumores	Sí

Otras Comisiones

Garantía de Calidad en Radiodiagnóstico
Dirección
Mesa de Programación Quirúrgica
Quirófano
Hospital sin Humos
Violencia de Género
Seguimiento Camas de Hospitalización (diaria)
Junta Técnico Asistencial
Comisión Mixta

Grupos de mejora constituidos

Revisar y actualizar las vías clínicas existentes y diseñar al menos una vía clínica.
Asegurar la continuidad de unidades con la llamada pre y post-quirúrgica
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).
Mejora de la acogida del paciente en las unidades de hospitalización.

Protocolos editados y/o revisados año 2008

Título	Conjuntamente Primaria Especializada
"Mejora de la Seguridad Clínica del Paciente con Discapacidad"	Sí
"Prevención de las Úlceras por Presión en el Paciente Hospitalizado"	No
"Programa Informático para la Exploración de la Visión del Niño en la Escuela con el Fin de Prevenir Problemas de Aprendizaje"	Sí

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

Título	Temática	Nº horas	Dirigido a:
CURSO “PROTECCIÓN DE DATOS SANITARIOS”.	Otros	20	Todo el personal del Hospital Universitario Santa Cristina
CURSO DE “TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES”, (2 Ediciones)	Otros	40	Todo el personal del Hospital Universitario Santa Cristina
CURSO “MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR” (2 ediciones)	Otros	40	Personal de Enfermería
CURSO (E.F.Q.M.) GESTIÓN DE PROCESOS; “EL PROCESO QUIRÚRGICO EN C.M.A.”	Gestión por Procesos	20	Profesionales que intervengan en los procesos quirúrgicos de CMA
CURSO “ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS”	Otros	30	Personal de Enfermería
CURSO “SOPORTE VITAL AVANZADO”	Otros	20	Personal Facultativo y DUE
I JORNADA “LAS ALTERACIONES DE VISIÓN INFANTIL EN LA FISIOPATOLOGÍA DEL APRENDIZAJE INFANTIL”	Otros	7	Todo el personal del Hospital Universitario Santa Cristina

CURSO “RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS ”	Otros	20	Todo el personal del Hospital Universitario Santa Cristina
CURSO DE “ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS MEDICO-QUIRÚRGICAS”	Gestión por Procesos	20	Personal de Enfermería
CURSO DE “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ALZHEIMER”	Gestión por Procesos	20	Personal de Enfermería
CURSO 2008E6460101 GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS SOPORTE DE VIDA: SISTEMAS DE ANESTESIA	Herramientas/ Metodología	19	Todo el personal del Hospital Universitario Santa Cristina (Bloque quirúrgico)

Ponencias/ Comunicaciones relacionadas con calidad

Título	Congreso/ Jornada	Tipo
Póster “Anestesia multimodal y confort analgésico” ”	XXII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. Celebradas en Úbeda (Jaén): Del 22 al 24 de Octubre 2008	Comunicación póster
Póster “Respuesta emocional a la agresión quirúrgica” ”	XXII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. Celebradas en Úbeda (Jaén): Del 22 al 24 de Octubre 2008	Comunicación póster

<p>Póster: "Cuidados en el postoperatorio inmediato en la Unidad de recuperación Anestésica en Cirugía Ortopédica de Traumatología (Prótesis de Cadera y Rodilla):Vía Clínica y Plan de Cuidados estandarizados"</p>	<p>XXII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. Celebradas en Úbeda (Jaén): Del 22 al 24 de Octubre 2008</p>	<p>Comunicación póster</p>
<p>Póster : "Control del Dolor postoperatorio: Clasificación de procesos quirúrgicos según su grado de dolor, Pautas analgésicas".</p>	<p>XXII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. Celebradas en Úbeda (Jaén): Del 22 al 24 de Octubre 2008</p>	<p>Comunicación póster</p>
<p>Póster: "Aproximación patrón de utilización del servicio de Urgencia Ginecológica en la Población femenina emigrante frente a la población autóctona"</p>	<p>Congreso Nacional de Hospitales, Murcia 2008</p>	<p>Comunicación póster</p>
<p>Póster: "Aplicación del ciclo de mejora continua de la calidad (PDCA) para el desarrollo de la vía clínica de la hernia inguinal unilateral sin complicaciones"</p>	<p>XIX Jornada de Supervisión de Enfermería/Enfermeras Gestoras . "El Impacto de la Gestión Enfermera en la Satisfacción del Usuario", Valladolid 16 al 18 del 2008</p>	<p>Comunicación póster</p>

Comunicación: "Plan de acogida al personal de nuevo ingreso"	I JORNADA DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS QUIRÚRGICOS. Celebrado en Madrid el 20 de Junio 2008	Comunicación Oral
Papel de la Enfermera en el control y seguimiento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en CMA.	Jornada Gestión de las Unidades CMA. Agencia Lain Entralgo, 23 de Noviembre de 2008	Comunicación Oral

Otros Encuestas (especificar)

Encuesta de Satisfacción del Paciente Intervenido de Hernia Inguinal Unilateral sin complicaciones

Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de la Biblioteca del Hospital Universitario Santa Cristina

Otras actuaciones relevantes y de interés

1- Liderar grupo para la elaboración de unas recomendaciones para la mejora de la seguridad clínica del paciente con discapacidad en la instituciones sanitarias

2. Creación de un programa de salud e higiene visual para los niños de la escuela

II.3 Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios Informe de Actuaciones

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS INFORME DE ACTUACIONES



HOSPITAL/ ÁREA:

Area 2

1.- ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL

¿La Unidad Funcional (UF) ha establecido objetivos para este año?	Si
¿Se ha realizado seguimiento de los objetivos anuales del centro (contrato de gestión...)?	Si
Nº de reuniones en el semestre	6
¿Se elabora un informe/acta de las reuniones?	Si
Número de miembros de la Unidad Funcional	9
Número de miembros de la Unidad Funcional con formación específica en Seguridad del Paciente	0

2.- INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD

2.1.- PROMOCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD

2.1.1.- Actividades de formación organizadas por la UF

Nº de cursos	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Nº de sesiones	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Nº de jornadas	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Nº de seminarios/talleres	<input checked="" type="checkbox"/>	1

2.1.2.- Actividad investigadora

Participación en estudios de investigación sobre Seguridad del Paciente	No
Publicación de artículos en revistas científicas	No
Comunicaciones a reuniones científicas	No

2.1.3.- Actividades de difusión/divulgación

¿Ha elaborado la UF material propio? (carteles, folletos,...)	Sí
Difusión del material divulgativo	Sí

2.2.- IDENTIFICACIÓN DE CASOS

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

¿Tiene el centro un sistema de notificación?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí
<u>En caso afirmativo:</u> Formato del sistema de notificación		Formato papel
Tipo de notificación		Incidentes

¿Utiliza otras fuentes de información?	<input type="checkbox"/>	Si
2.2.2.- Casos identificados por la Unidad Funcional		
Nº de casos identificados	<input type="checkbox"/>	21
Distribución de los casos identificados por la Unidad Funcional según las fuentes de información utilizadas	Especificar	
2.3.- ANÁLISIS DE CASOS		
2.3.1.- Casos analizados por la Unidad Funcional		
Nº de casos analizados	<input type="checkbox"/>	8
Distribución de los casos analizados por la Unidad Funcional según las herramientas utilizadas	Especificar	
2.3.2.- Clasificación de Casos analizados		
¿En qué momento de la atención ocurrieron los casos?		ver clasificaciones
¿Con qué están relacionados los casos?		ver clasificaciones
2.4.- PRÁCTICAS SEGURAS IMPLANTADAS		
2.4.1.-Nº de Prácticas Seguras (total)	<input type="checkbox"/>	4
2.4.2.- Nº de Prácticas Seguras Generalizables del total (fichas cumplimentadas)		3

COMENTARIOS

[Comentar](#)

Objetivos anuales establecidos por la Unidad Funcional

Enumerar y enunciar:

1. Cumplimiento de los objetivos institucionales:

- a. Lavado de manos
- b. Identificación de pacientes
- c. Verificación de lado de cirugía de órganos, para corregir el lado erróneo
- d. Prevención de caídas
- e. Prevención de úlceras por presión

2. Selección de dos objetivos propios del Hospital:

- a. Plan de Acogida Seguro al Paciente en Hospitalización.
- b. Llamada Pre y Postquirúrgica

3. Mantenimiento correcto del carro de parada

4. Celebrar un mínimo de 6 reuniones anuales.

5. Formación de sus miembros "On-Line", y asistencia a cursos y congresos.

6. Insistencia en el uso de la hoja de notificación de incidentes.

7. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España (EPINE).

8. Otra actividades

Charlas divulgativas. Informando sobre la Unidad Funcional de Riesgos, sus objetivos, potenciar la cultura de la comunicación de incidentes, las ventajas de la gestión de riesgos.

Los objetivos son los firmados en el Contrato de Gestión o los propuestos por la Subdirección General de calidad.

Cumplimiento de objetivos establecidos para Atención Especializada en 2008

<i>Objetivo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Grado de cumplimiento en %</i>
Implantar una Estrategia de Seguridad del Paciente en cada Gerencia de acuerdo a las recomendaciones del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios	Establecimiento de al menos 5 objetivos para el año 2008, cada uno de ellos con responsable y cronograma de implantación.	100%
Consolidar la implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras en las áreas del Hospital.	Realización de 2 estudios ("cortes") al año para valorar el grado de implantación y utilización del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras, con acciones de mejora en caso de que su implantación no sea adecuada.	100%
Consolidar la implantación del lavado de manos con soluciones alcohólicas en las áreas del Hospital.	Realización de 2 estudios ("cortes") al año para valorar el grado de implantación y utilización del lavado de manos con soluciones alcohólicas ; con acciones de mejora en caso de que su implantación no sea adecuada.	100%

Disponer de un protocolo de prevención de caídas actualizado.	Existencia de un protocolo de prevención de caídas elaborado y/o revisado en los 3 últimos años.	Diseñado borrador. Elaborada hoja de recogida de datos de caídas.
Disminuir la incidencia de úlceras por presión en pacientes ingresados.	Existencia de un protocolo de prevención de úlceras por presión actualizado y revisado en los 3 últimos años. Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escala de Norton.	>90%

Cumplimiento de objetivos establecidos para Atención Primaria en 2008

<i>Objetivo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Grado de cumplimiento en %</i>
Implantar una Estrategia de Seguridad del Paciente en cada Gerencia de acuerdo a las recomendaciones del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios	Establecimiento de al menos 3 objetivos para el año 2008, cada uno de ellos con responsable y cronograma de implantación. Al menos uno deberá hacer referencia a la medicación.	
	Análisis de al menos 3 problemas detectados por la Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios e implantación de medidas correctoras si procede.	

Actividades de formación organizadas por la UF

Tipo actividad	Título	Nº ediciones	Nº horas	Dirigido a:	Nº asistentes
Curso	ACTUALIZACION EN EL TRATAMIENTO DE ULCERAS CUTANEAS.	2	30	Enfermeras	29
Curso	TECNICAS DE COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTE Y FAMILIARES (2ª Edición)	2	20	Profesionales sanitarios y no sanitarios	22
Seminario/Taller	RCP				
Sesión	Caidas	8	1	Enfermeras	60
Sesión	Lavado de manos con alcoholgeles	8	1	Enfermeras	60
Jornada	Las alteraciones de la visión en la fisiopatología del aprendizaje infantil	1	5	Profesionales sanitarios y no sanitarios	155
Curso	Uso racional de medicamentos: Utilización de antibióticos en el adulto	1		Médicos	2

Actividades de difusión-divulgación

Tipo de actividad	Nº unidades distribuidos (si procede)	Dirigido a	Descripción (lugares o servicios, ámbito....)
Distribución material gráfico Observatorio	1800	Ambos	Hall de entrada ambos edificios, Salas de Espera, Bloque Quirúrgico, Reanimación, Controles en todas las Unidades de Hospitalización, Zonas de Lavado de Manos Unidades, Zonas de Preparación de Medicación.

Distribución material gráfico propio	8	Profesionales	Hospital sin Humo. Tablones de anuncios del Hospital, Zonas Comunes de Paso.
Distribución material gráfico propio	5000	Pacientes	Guía de Acogida a Pacientes y Familiares y Protocolo de Buenas Prácticas en la Acogida Segura del Paciente en Hospitalización: Ingresos de pacientes, admisiones
Distribución material gráfico propio	10	Profesionales	Cartel de Emergencia Carro de Parada: Controles de Enfermería en Hospitalización y Zonas Comunes de Paso.
Distribución material gráfico Observatorio	120	Profesionales	Guía de Buenas Prácticas de Prevención de Infección Nosocomial: Médico, Unidad de Calda, UFRS, Control de Enfermería, Biblioteca
Material gráfico		Profesionales	Lavado de manos quirúrgico.
Material gráfico		Profesionales	Lavado higiénico de manos.
Material gráfico		Ambos	Lavado higiénico de manos, pacientes y familiares, con alcoholgeles
Material gráfico		Pacientes	Información para pacientes y familiares. "Mejoramos Juntos".

Distribución de los casos identificados por la Unidad Funcional según las fuentes de información utilizadas

<i>(Especificar nº de casos identificados por cada fuente)</i>	<i>Nº DE CASOS</i>
Sistema de notificación de incidentes / EA	
Portal Uso seguro de medicamentos	
Reclamaciones al Servicio de atención al paciente/usuario	
Reclamaciones económicas al Seguro de Responsabilidad Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud (SRS)	
Informes del Defensor del Paciente u otras entidades que identifiquen situaciones posibles de riesgos.	
Partes o informes establecidos en el centro, en relación con la asistencia prestada.	
Registros propios del Centro (úlceras, caídas, hemovigilancia, errores de medicación...)	5
Bases de Datos: BIFAP, Indicadores de calidad del CMBD, MIPSE, OMIC....	
Información recogida de diferentes servicios o unidades	3
Estudio de prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE).	13
Programa Específico para la vigilancia de las Infecciones Nosocomiales en España (PREVINE)	

Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva (ENVIN-UCI)

Distribución de los casos analizados por la Unidad Funcional según las herramientas utilizadas	
Herramientas / Métodos de análisis	Nº de casos en que han sido utilizadas
AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)	
Análisis causa raíz	
Auditorías de eventos significativos (AES)	
Revisión de Historias Clínicas	
Entrevistas	
Grupos focales	
Grupos de discusión	8
Análisis de sistemas	
Briefing	
5 por qué	
Auditorías	
Otras herramientas	

TABLA 1: ETAPA O MOMENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN QUE OCURRE EL INCIDENTE

	Nº DE CASOS
ACCESO	2
DIAGNÓSTICO	
TRATAMIENTO	
ALTA	
SEGUIMIENTO	1
OTROS	5

TABLA 3: FACTORES CON QUE PUEDE ESTAR RELACIONADO EL INCIDENTE

	Nº DE CASOS
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	
COMUNICACIÓN / INFORMACIÓN	
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	
DISPOSITIVOS Y/O EQUIPOS	
INFECCIÓN LIGADA A LA ATENCIÓN	
MEDICACIÓN	
Del total de casos relacionados con la medicación ¿Cuántos han sido comunicados al portal "Uso seguro de Medicamentos"?	
ACCIDENTES DE PACIENTES	3
CUIDADOS Y VIGILANCIA O MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE	
PROFESIONALES	
IDENTIFICACIÓN	
CONTINUIDAD ASISTENCIAL	5
OTROS	

PRÁCTICAS SEGURAS

ASPECTO CON QUE ESTÁN RELACIONADAS	Nº PRÁCTICAS SEGURAS
Organización y/o Gestión	1
Comunicación o información a pacientes	1
Documentación Clínica	
Mejora de Equipamiento sanitario	
Prevención de la Infección ligada a la atención	1
Uso seguro de Medicamentos	
Prevención de accidentes del paciente	
Cuidados y vigilancia o monitorización del paciente	
Formación a profesionales	
Identificación de pacientes	
Mejoras en relación a la continuidad asistencial	1

Otras situaciones específicas

Prácticas seguras

Organización y/o Gestión: Protocolo de buenas prácticas, para profesionales en la Acogida del Paciente en hospitalización y diseño encuestas analizar Voz del Paciente y Voz del Profesional, relacionado con una Acogida segura.

Comunicación o información a pacientes: Guía de Acogida.

Prevención de la Infección ligada a la atención: Recomendaciones para el manejo de pacientes con Estafilococo Aureus Resistentes a Metilicina (SARM).

Mejoras en relación a la continuidad asistencial: Prevención de caídas de pacientes.

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE (1)

***Es imprescindible la cumplimentación de todos los apartados y especialmente la evaluación realizada.**

ID. HOSPITAL/ ÁREA:	Santa Cristina
Nombre (Título)	Prevención caídas de pacientes
Área a la que se refiere	Prevención de accidentes del paciente
DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)	<p><u>Análisis de la situación / punto de partida / problema:</u></p> <p>A partir de la contabilización de 14 caídas en el 1º semestre se realiza un análisis de los casos.</p> <p><u>Soluciones / acciones de mejora implementadas:</u></p> <p>Como medidas de mejora se realiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una mejor valoración del estado del paciente - Utilización de cinturones de seguridad (SEGURFIX) - Utilización de medidas de seguridad: Barras en la camas de los pacientes que lo necesiten - Mejora de la información sobre desplazamientos.
EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)	En el 2º Semestre hay 5 caídas, por lo que la reducción es del 64,2%
DATOS DE CONTACTO	Dª. Pilar Martín Martín, Supervisora de Área Formación y Calidad
Responsable	Supervisoras de Unidad de Medicina Interna
Teléfono	915574385
Correo electrónico	pmartin.hscr@salud.madrid.org

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE (2)

*Es imprescindible la cumplimentación de todos los apartados y especialmente la evaluación realizada.

ID. HOSPITAL/ ÁREA:	Santa Cristina
Nombre (Título)	Recomendaciones para el manejo de pacientes con Estafilococo Aureus Resistentes a Metilcilina (SARM)
Área a la que se refiere	Prevención de la Infección ligada a la atención
DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)	<p><u>Análisis de la situación / punto de partida / problema:</u></p> <p>Se ha detectado una falta de sensibilización entre el Personal Sanitario en cuanto a las medidas de aislamiento de los pacientes con Estafilococo Aureus Resistente a Metilcilina.</p> <p><u>Soluciones / acciones de mejora implementadas:</u></p> <p>Se imprimen en el reverso de los resultados de microbiología, unas recomendaciones para el manejo de pacientes con SARM y además se reincide con la confirmación verbal vía telefónica en cada caso individual.</p>
EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)	Nº de volantes con recomendaciones en pacientes SARM X 100 / Total de pacientes emitidos en pacientes con SARM = 100%
DATOS DE CONTACTO	D ^a . Sonia de Miguel
Responsable	D ^a . Sonia de Miguel
Teléfono	91557403
Correo electrónico	sonia.demiguel@salud.madrid.org

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE (3)

*Es imprescindible la cumplimentación de todos los apartados y especialmente la evaluación realizada.

ID. HOSPITAL/ ÁREA:	Santa Cristina
Nombre (Título)	Lavado de manos y utilización de soluciones alcohólicas.
Área a la que se refiere	Prevención de la Infección ligada a la atención
DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)	<p><u>Análisis de la situación / punto de partida / problema:</u></p> <p>Habiéndose detectado un bajo consumo de desechables, soluciones alcohólicas, en el almacén se realiza una evaluación de la situación que lo confirma (observadores)</p> <p><u>Soluciones / acciones de mejora implementadas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de carteles informativos en cada uno de los dispensadores, informando de la importancia de su utilización. - Sesiones informativas dirigidas a los profesionales para especificar la información de los tipos de lavados de manos y el producto a utilizar. - Colocación de carteles informativos en Hospitalización y Áreas Quirúrgicas.
EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)	Pendiente de realizar la evaluación tras la acción de mejora.
DATOS DE CONTACTO	D ^a . Pilar Martín Martín . Supervisora de Área Formación y Calidad.
Responsable	Supervisoras de Unidades y de Bloque Quirúrgico
Teléfono	915574385
Correo electrónico	pmartin.hscr@salud.madrid.org

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE (4)	
*Es imprescindible la cumplimentación de todos los apartados y especialmente la evaluación realizada.	
ID. HOSPITAL/ ÁREA:	Santa Cristina
Nombre (Título)	Mantenimiento correcto del carro de parada.
Área a la que se refiere	Mejoras en relación a la continuidad asistencial
DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)	<p><u>Análisis de la situación / punto de partida / problema:</u></p> <p>Se ha detectado el cumplimiento de los estándares del 95%, detectando un problema de caducidad en la mayoría de los casos analizados.</p> <p><u>Soluciones / acciones de mejora implementadas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de hoja de recogida de datos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicación 2. Elementos de Equipos de ventilación y circulación 3. Sueroterapia 4. Situación del carro de parada, lugar visible y de fácil acceso. 5. Firma y fecha de la revisión mensual por el profesional. - Formación del personal de las Unidades - Alerta: Anotación de las próximas caducidades para evitar que se produzcan.
EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)	Evaluación: En el segundo semestre el índice de cumplimiento global ha sido del 95%.
DATOS DE CONTACTO	D ^a . Pilar Martín Martín , Supervisora de Área Formación y Calidad
Responsable	Supervisoras de Unidades y de Bloque Quirúrgico
Teléfono	915574385
Correo electrónico	pmartin.hscr@salud.madrid.org

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE (5)	
*Es imprescindible la cumplimentación de todos los apartados y especialmente la evaluación realizada.	
ID. HOSPITAL/ ÁREA:	Santa Cristina
Nombre (Título)	Estandarización en la colocación de la pulsera identificativa
Área a la que se refiere	Identificación de pacientes
DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)	<p><u>Análisis de la situación / punto de partida / problema:</u></p> <p>Desde el año 2006, se cumple al 100% la colocación de la pulsera de identificación y se estandariza en todas las Unidades de Hospitalización y CMA.</p> <p><u>Soluciones / acciones de mejora implementadas:</u></p> <p>- Medidas de refuerzo de las buenas prácticas a pesar de los excelentes resultados obtenidos.</p>
EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)	<p>Número de Pulseras colocadas: 100%</p> <p>Datos de Identificación del Paciente en la Pulsera: 100%</p>
DATOS DE CONTACTO	D ^a . Pilar Martín Martín , Supervisora de Área Formación y Calidad
Responsable	Supervisoras de Unidades y de Bloque Quirúrgico
Teléfono	915574385
Correo electrónico	pmartin.hscr@salud.madrid.org

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE (6)	
*Es imprescindible la cumplimentación de todos los apartados y especialmente la evaluación realizada.	
ID. HOSPITAL/ ÁREA:	Santa Cristina
Nombre (Título)	Disminuir y evaluar la incidencia de las úlceras por presión (UPP) en pacientes ingresados.
Área a la que se refiere	Cuidados y vigilancia o monitorización del paciente
DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)	<p><u>Análisis de la situación / punto de partida / problema:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A todos los pacientes ingresados en Medicina Interna, se realiza un estudio de riesgo de padecer úlceras al ingreso y a los que presentan UPP, se procede a su análisis y evaluación. - Se utiliza la escala de Norton al ingreso. - Se cumplimenta una hoja de seguimiento que contiene: <ul style="list-style-type: none"> o Fecha o Origen o Localización o Estadio o Protocolo personalizado de cura <p><u>Soluciones / acciones de mejora implementadas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Creación de un grupo de trabajo. - Formación del personal de Enfermería, realizando dos cursos de "Actualización del Tratamiento de Úlceras Cutáneas". - Actualización de Protocolo de Prevención y Curas de UPP. - Material gráfico: grado y estadio de la UPP, colocado en todas las unidades de Hospitalización. - Sesiones informativas en cada unidad y sesiones informativas.
EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)	En el segundo semestre del año 2008: se detectan un 10,6% UPP intrahospitalarias y 29,6% extrahospitalaria, lo cual implica una mejora con respecto al primer semestre.
DATOS DE CONTACTO	D ^a . Pilar Martín Martín , Supervisora de Área Formación y Calidad
Responsable	Supervisoras de Unidades de Medicina Interna
Teléfono	915574385
Correo electrónico	pmartin.hscr@salud.madrid.org

Comentarios y observaciones (indicar si han creado grupos de trabajo tras el estudio de los casos, si se han identificado nuevas necesidades de formación o cualquier otro aspecto no contemplado en apartados anteriores)

Tras la evaluación de las UPP, se ha formado un grupo de trabajo compuesto por: 3 enfermeros, 1 supervisora de las Unidades de Medicina Interna y la supervisora de calidad.

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

MODELO DE FICHA RESUMEN DE PLANES DE ACCIÓN. Objetivos Calidad 2º semestre
2008

GERENCIA (HOSPITAL /ÁREA DE PRIMARIA): HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. ÁREA 2	
MEDIDA O PROYECTO: <u>DISEÑO DE LA VÍA CLÍNICA DE LA HERNIA INGUINAL UNILATERAL NO COMPLICADA, EN CIRUGÍA SIN INGRESO N° 1</u>	
ÁREAS DE MEJORA	Gestión de los Procesos. CRITERIO N° 5 EFQM
DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA	<p><u>Definición:</u></p> <p>El Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo y la Unidad de Calidad de este Hospital junto con un grupo de profesionales pertenecientes a este proyecto de Mejora Continua de la Calidad y aplicando el ciclo PDCA, diseñaron en el 2007 una "Vía Clínica para los pacientes que son intervenidos de Hernia inguinal, unilateral, no complicada, sin ingreso Hospitalario" justificada por la alta prevalencia de este procedimiento y la necesidad de homogeneizarlo. En el año 2008, se realiza el seguimiento y la evaluación de los indicadores,. En el año 2009 se desarrollarán las estrategias de futuro, propuestas por el equipo de seguimiento.</p> <p><u>OBJETIVO:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Normalizar un proceso clínico predecible. 2.-Evaluación y seguimiento de los indicadores de la vía. <p><u>Metodología:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas cualitativas: Generar ideas, priorización. • Técnicas cuali-cuantitativas: análisis del seguimiento y de los indicadores de la vía clínica. • Aplicación del Ciclo de Mejora Continua o ciclo PDCA. <p><u>Actividades para la puesta en marcha de la solución 2008:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de autorización a la Gerencia del Hospital Universitario Santa Cristina 2. Nombrar Coordinador y equipo de seguimiento de la Vía. 3. Implantación de la Vía y seguimiento, 4. Acciones de mejora y estrategias de futuro.

RESPONSABLE	Dr. J. L. Porrero. Jefe Sº Cirugía General y Digestivo. Mª Teresa Pérez Pérez-Medrano. Apoyo Técnico. DUE. U. de Calidad
RECURSOS	<p>Requerimientos de medios humanos:</p> <p>Representantes de los Servicios o Unidades implicadas en el proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cirujano: Coordinadora de la vía 2. 1 supervisora de CSI (Cirugía Sin Ingreso) 3. DUE =3, pertenecientes a Bloque quirúrgico CSI. 4. 1 Supervisora de Consultas 5. 1 DUE consultas. 6. 1 DUE Unidad de Calidad. 7. 1 Secretaria de Cirugía. 8. 1 Apoyo biblioteca. 9. 1 Apoyo externo tabulación datos estadísticos, de la encuesta satisfacción. 10. 1 Informática explotación datos hp-his. <p>•R. materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa SPSS 16.0 = Dotado al H.S. Cristina en el 2008 - En 2009---> Editar los documentos de la Vía Clínica y el dossier del paciente para este proceso, incluir espacio para fechas. - Incluir un espacio para la fecha en el registro de la Vía Clínica. <p>•R. económicos:</p> <p>Costes del Diseño de los documentos.</p> <p>El resto de los costes de esta actividad, quedan integrados en los propios gastos de funcionamiento del Hospital Universitario Santa Cristina.</p>
CALENDARIO	<p>Actividades 2008:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 28 noviembre, 20 diciembre 2007, Enero y Febrero 2008: <ol style="list-style-type: none"> i. Presentación Vía Clínica, en la Gerencia/ Direcciones/ Subdirecciones del HU Santa Cristina. 2. Nov- Dic-2007 y Enero 08 y 27 junio 08 y 2 julio 08: <ol style="list-style-type: none"> i. .Presentación y sensibilización. vía clínica en Unidades implicadas: CSI, Bloque Quirúrgico, Anestesia, Consultas. 3. 1 Abril 08: <ol style="list-style-type: none"> i. Implantación de la Vía – prueba piloto. 4. Abril y Mayo 08: <ol style="list-style-type: none"> i. Evaluación de los indicadores de la vía clínica.

	<p>5. Agosto – Septiembre 2008, análisis efectos adversos postoperatorios.</p> <p>6. El 3 al 6 de Noviembre de 2008: Presentación en el XXVII Congreso Nacional de Cirugía - I Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía, Madrid, Comunicación: Vía Clínica de la Hernia inguinal, no complicada, sin ingreso.</p> <p>7. Acciones mejora y estrategias de futuro (llamada postoperatoria). 2009.</p>
<p>INDICADORES</p>	<p>Indicador Fase I: Documentos de la Vía Clínica diseñados al 100%. 1 de Diciembre 2007.</p>
	<p>Indicador Fase II: Implantación de la vía clínica: al 100%. 1 de abril 2008.</p>
	<p><u>Indicadores de la Vía, evaluados:</u></p> <p>1. Inclusión en Vía Clínica: a. Pacientes analizados desde Abril 08 +Mayo 08 = ----→53%</p> <p>2. Cumplimiento del plan asistencial de la vía: a. Pacientes analizados desde Abril a Agosto 08 =-----→96%</p> <p>3. Tiempo Estancia postoperatorio inmediato, pacientes con vía. a. Analizada toda la población de estudio: "Tiempo estancia en el postoperatorio inmediato (contado desde el fin de intervención, hasta el alta hospitalaria). Todas las hernias inguinales unilaterales (533 pacientes), incluidas o no en la Vía Clínica = desde 22 de enero 08 al 29 septiembre 2008 = 6 horas 30 minutos (Estándar 4h).</p> <p>4. Buena cobertura con analgesia rescate</p> <p>5. Satisfacción Global paciente</p> <p>6. Tasa de ingresos</p>

ESTRATEGÍAS DE FUTURO, para el Equipo de seguimiento ----2009:

(De entre todos los indicadores se decide priorizar el tiempo de estancia postoperatoria)

1. Inclusión en la Vía Clínica de la Hernia Inguinal Unilateral Sin Complicaciones.
2. Cumplimiento plan asistencial de la vía
3. Tiempo de Estancia en el postoperatorio inmediato, pacientes con vía.
 - a. Disminuir el tiempo de estancia postoperatorio inmediato contado desde fin de la intervención hasta el alta hospitalaria.
 - b. Extraer el tiempo de estancia postoperatoria, sólo de los pacientes incluidos en la Vía Clínica.
4. Buena cobertura con analgesia rescate
5. Satisfacción Global paciente:
 - a. Analizar con SPSS, cruzar variables definidas.
6. Tasa de ingresos
 - a. Discriminar los pacientes incluidos en Vía Clínica. Número de pacientes ingresados que cursan en Vía Clínica.

GERENCIA (HOSPITAL /ÁREA DE PRIMARIA): HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. ÁREA 2	
MEDIDA O PROYECTO: <u>INFORMATIZAR LA GESTIÓN DE PERSONAL EN LAS DISTINTAS DIRECCIONES DEL HUSC:</u> Implantar aplicativo informático para la gestión y planificación de turnos y elaboración de la nómina.	
ÁREAS DE MEJORA	Mejora en la Gestión Administrativa de los RR.HH
DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA	<p>Definición:</p> <p>Desde el 2007, el Hospital Universitario Santa Cristina detecta la necesidad de desarrollar una estrategia que suponga ganar en eficiencia, así como homogeneizar, la Gestión de la nómina y la planificación de los Recursos Humanos del Hospital mediante la implantación de 2 aplicaciones informáticas, por la empresa INDRA, responsable en todos los hospitales de nueva creación en el 2008, en la Comunidad de Madrid:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GPT Gestión y Planificación de Turnos para el personal sanitario. 2. Meta4 PeopleNet gestión de nóminas, para todo el personal del Hospital. <p>OBJETIVOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implantar el programa de informatización de nóminas Meta4 PeopleNet , para todo el personal del Hospital 2. Implantar la aplicación informática para la gestión en la planificación de turnos GPT, en HUS Cristina, para el personal sanitario. <p>Metodología:</p> <p>Formación en nuevas tecnologías informáticas. Reuniones. Despliegue, Prueba e Implementación del nuevo aplicativo Informático. Estrategias de futuro a desarrollar.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionales de RR. HH. del HUSC acuden a la Dirección Gral. de RR. HH. de la Comunidad de Madrid, para la presentación del programa y participación en grupos de trabajo.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Plan de Pruebas del aplicativo informático en HUSC correspondiente a los Módulos de Organización, Beneficios, Gestión de Personal y Elaboración y Tramitación de la nómina. 3. Carga y migración de datos referidos a todos los RR. HH del HUSC. 4. Ajuste y puesta en producción de los Módulos referidos. 5. Formación a todos los agentes implicados del HUSC, de las actividades que deben desarrollar para la total implantación del programa en todo el HUSC.
--	---

RESPONSABLE	D. Alfonso Garrigos. Director de Gestión
RECURSOS	<p>Requerimientos de medios humanos:</p> <p>Todos los agentes implicados, profesionales del HUSC en la Gestión administrativa y de nóminas del Hospital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerente empresa implantadora: INDRA. 2. Consultor seguimiento e implantación de INDRA. 3. Director de Gestión. 4. Directora de enfermería. 5. Jefe de Sº de Informática. 6. Jefe de Sº de Recursos Humanos 7. Supervisoras de Unidad y de Área, de la Dirección de enfermería. 8. Profesionales del Servicio de Recursos Humanos. 9. 2 Secretarías de Dirección de Enfermería. <p>Materiales:</p> <p>Aplicativos informáticos diseñado para el logro del objetivo, así como el Hardware necesario para su implantación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GPT Gestión y Planificación de Turnos: • Meta4 PeopleNet: Nominas <p>Económicos:</p> <p>Los costes de esta actividad quedan integrados en los propios gastos de funcionamiento del HUSC.</p>
CALENDARIO	<p>Actividades 2008:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 17 de enero de 2008.->.Conformar grupo de Mejora, 2. Febrero 08 a septiembre 08->Aplazamiento Institucional del proyecto 3. Desde el 03-oct-08->Reuniones y Formación GPT por consultor

	<p>externo de INDRA, todos los miércoles.</p> <p>4. Octubre 08-→Creación comisión seguimiento, para desarrollar la implantación, de las aplicaciones informáticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. People Net (de Meta4) 2. GPT (de ILOG): <p>Con reuniones periódicas: Director de Gestión, Jefe Sº Recursos Humanos, Jefe Servicio Informática, ICM, profesionales RR. HH. Gerente empresa implantadora: INDRA, Consultor de seguimiento e implantación de INDRA, Directora de Enfermería.</p> <p>5. Noviembre 2008-→Formación reglada en servicio e implantación, en la aplicación People Net. (nomina).</p> <p>6. Noviembre 2008-→Formación reglada de Supervisoras de enfermería y secretarías, en la aplicación, GPT (turnos).</p> <p>7. Diciembre 2008-→Puesta en producción de la aplicación GPT, con consultores externos, en cada Servicio y con cada supervisora:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Estado carga de datos, por Unidad y Supervisora. <p>8. Diciembre 2008-→ Plan de pruebas del programa, con el nuevo sistema, realizando una nomina paralela, con incorporación de datos del GPT al People-Net.</p>
<p>INDICADORES</p>	<p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa informático GPT: Gestión y Planificación de Turnos, para el personal sanitario, Implantado a Diciembre 2008 -→ al 100% • Programa informático: Mata4 PeopleNet, gestión de nóminas, implantado, para todos los trabajadores del HUS Cristina----→ al 100%. <p>ESTRATEGÍAS DE FUTURO, para 2009:</p> <p>Adaptar el aplicativo informático GPT (Gestión y Planificación de Turnos), al personal no sanitario, así como al personal facultativo.</p>

GERENCIA (HOSPITAL /ÁREA DE PRIMARIA): HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. ÁREA 2	
MEDIDA O PROYECTO: ACTUALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL PACIENTE	
ÁREAS DE MEJORA	Área de Mejora: " Mejora en la atención sanitaria del ciudadano"
DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA	<p><u>Definición:</u></p> <p>El Plan de Acogida comprende las acciones a realizar en el Hospital, al ingreso del Paciente con el fin de Humanizar la asistencia.</p> <p>El Hospital Universitario Santa Cristina (HUSC), plantea la revisión y las actualizaciones que se consideren necesarias durante el año 2008 y se implanta la última Guía de Acogida que editó la Consejería de Sanidad en Enero 2009.</p> <p><u>Objetivos:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Actualizar el Plan de Acogida del HUSC. 2.- Evaluar el Grado de Implantación del Plan de Acogida, en HUSC <p><u>Metodología:</u></p> <p>Selección de profesionales del HUSC, interesados en el Proyecto de Mejora.</p> <p>Exposición del tema a tratar.</p> <p>Diseño herramientas para la evaluación.</p> <p><u>Actividades para la puesta en marcha de la solución:</u></p> <p>Reunión con el líder y propietario del proyecto.</p> <p>Revisión de la Documentación existente en HUSC</p> <p>Análisis de la situación existente</p> <p>Generar ideas – Actividades a realizar</p> <p>Puesta en marcha actividades propuestas</p> <p>Evaluación de los resultados.</p>
RESPONSABLE	<p>Dra. M^a Cruz Sánchez-Valdepeñas. Jefe de Servicio de S. A .P. Líder del Proyecto de Mejora.</p> <p>D^a Prisca García Amo: Propietaria del proyecto. DUE, S. A. P</p> <p>D^a M^a Teresa Pérez. D.U.E. U. Calidad. Apoyo técnico.</p>

<p>RECURSOS necesarios para llevar a cabo la acción de mejora)</p>	<p>R. Humanos: 1 Jefe de Servicio de S.A.P, 1 DUE de S.A.P, 1Jefe Sº Admisiones, 1DUE Sº Admisiones. Celadora. Trabajadora social. 2 DUE de Quirófano. 3 Supervisoras Hospitalización. 2 DUE Cirugía, 2 Aux., enfermería M.I, 1 AUX Ginecología- Cirugía = 16 Profesionales grupo inicial, más 13 DUE y auxiliares de enfermería de hospitalización, total 29 profesionales implicados.</p> <p>R. materiales: Impresión y edición del Manual de Guía de Acogida al Paciente actualizada, Tirada Inicial de 3.900 ejemplares, Consumo Ejemplares por mes: 650 unidades.</p> <p>R. económicos: Los costes de esta actividad quedan integrados en los propios gastos de funcionamientos del HUSC.</p>
<p>CALENDARIO</p>	<p>Crear dos subgrupos de trabajo, para el seguimiento:</p> <p>14 y 23 de enero 2008--> Grupo nº 1- para Análisis Acogida desde la recepción, con fecha de reunión el, a las 13,30h a 15h, en el aula nº 3</p> <p>4 de febrero 2008---> Grupo nº 2- para Análisis de Acogida en hospitalización, con fecha de reunión el, a las 8h a 9h, en el aula nº 3,</p> <p>4-11-20 febrero 2008--> Generar ideas, técnicas cualitativas y propuestas, áreas de mejora, según el Documento de referencia: El Plan de Acogida de la Comunidad de Madrid.</p> <p>25-febrero-2008--> Presentación de los resultados de partida: Análisis del cumplimiento de las actividades esenciales = 88,89% y de soporte 84,62%, definidas en el Plan de Acogida de La Comunidad de Madrid.</p> <p>Marzo -2008--> Se define la ficha de proceso de la Acogida, propietario, misión, alcance, inicio, fin, seguimiento y medición indicadores.</p> <p>Abril- Mayo 2008--> Creación de un protocolo de buenas prácticas, para realizar la acogida del paciente en hospitalización, incidiendo en los puntos débiles detectados al ingreso en la habitación (información, preparación tomas de Oxígeno, correcta valoración paciente, dependencias-riesgo caídas, Paciente polimedcado, identificación paciente.....)</p>

	<p>01-Abril-2008--> Desde SAP: Se implanta la Guía de Acogida actualizada y modificada en el año 2008, según indicaciones del Plan de Acogida de la Comunidad de Madrid. Conseguido al 100%</p> <p>01-Abril-2008--> Desde Admisiones: Se implanta la tarjeta actualizada con de ingreso, planta, nº habitación.--> Conseguido al 100%.</p> <p>Mayo-2008--> Diseño de la herramienta: las encuestas que analizaran la voz del paciente y la del profesional en relación de la Acogida al ingresos.--> Conseguido al 100%.</p> <p>Mayo 2008-> Consenso de las Encuestas diseñadas, con:</p> <p style="padding-left: 40px;">La líder del proyecto y propietaria: Jefe Sº y DUE del SAP (Servicio de Atención al Paciente) y directora enfermería, supervisoras y grupo de Mejora Continua de Calidad (MCC).</p> <p style="padding-left: 40px;">Diseño de encuestas = 50% (pendiente actualizarlas según nuevas indicaciones Consejería),</p>
INDICADORES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizado el plan de Acogida, en Hospitalización-> Conseguido al 100%. 2. Cumplimiento de las actividades esenciales = 88,89% y de soporte 84,62%, definidas en el Plan de Acogida de La Comunidad de Madrid. 3. Diseñadas y consensuadas dos herramientas para medir la Acogida en Hospitalización, Voz del paciente y Voz del profesional. -> Conseguido al 100%. 4. Reformada la Guía de Acogida al paciente del 2008: Implantada 1 de abril 2008 --> Conseguido al 100%.
	<p>ESTRATEGÍAS DE FUTURO para el 2009--></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En Enero 2009, se Implantada en HUS Cristina <u>la última</u> Guía de Acogida al Paciente en Hospitalización, editada por la Consejería de Sanidad, para el 2009, Conseguido al 100%, 2. Revisar el protocolo de buenas prácticas, de la Acogida en Hospitalización 3. Modificar las encuestas diseñadas, alineadas con: <ol style="list-style-type: none"> a. La última Guía editada, en Enero 2009, por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. b. Y con las recomendaciones del Observatorio de Riesgos sanitarios (correcta identificación con pulsera y comprobación datos de la Hª Clínica, Correcta comprobación de los dispositivos de O2, de aspiración, en la habitación, detectar paciente polimedcado, necesidades de información , ...).

III. COMISIONES

III.1. Comisiones Clínicas

Nombre comisión	Integrantes	Nº Reuniones
Tejidos y Mortalidad	Dra. Carmen García Andrade (Pres) Dr. Luis Carretero (Secr) Dra. Encarna Martínez Martínez Dra. Laura Moreno Moreno Dr. Pedro Ruiz Nogales Dra. Isabel Gallego Villaescusa D ^a . María José Candela Amorós Dra. Carmen Barbancho López	1
Transfusiones	Dr. Carlos Lozano Trotonda (Pres) Dr. Miguel Hernán Prado (Secr) Dra. M ^a . Ángeles García-Moncó Dra. Isabel Usandizaga Elio D ^a . Carmen Manzanares Dr. Cesar Tabra Osorio	2
Quirófano	Dr. José Luis Porrero Carro (Pres) Dra. Yolanda Guindal Pérez (Secr) Dra. Rosa Ramos Pérez Dr. Carlos de la Cal Álvarez Dra. Felisa Mármol Tardáguila Dra. M ^a . Ángeles García Moncó Dr. Carlos Grande Baos Dr. Ignacio Galmes Belmonte D ^a . Ascensión Robledo D ^a . Julia Gimeno Olmo D ^a . Ana Molina Claudio D ^a . Mayte Pérez y Pérez Medrano	5
Historias Clínicas	Dr. Carlos Grande Baos (Pres) Dr. Julio Muriel Gil (Secr) Dra. Encarnación Busto Sáez Dr. Joaquín Botija Botija Dra. M ^a . Ángeles García-Moncó Dra. Carmen García Andrade D ^a . M ^a . Cruz Plaza Gómez D ^a . Inmaculada Arribas Marín Dra. Laura Moreno Moreno	0
Investigación, Docencia y F.C.	Dr. Tirso Pérez Medina (Pres) D ^a . Pilar Martín Martín (Secr) Dr. Carmelo García Monzón Dr. Julio Muriel Gil Dra. Mar Plaza Cano Dr. Brian Calderón del Águila Dra. Alicia Sáez Sáez Dr. Javier Vargas Castrillón Dr. Faustino La Banda Brusi	6

	Dra. M ^a . Angeles Zaera Olombranda Dr. Ignacio Galmes Belmonte	
Farmacia	D ^a . Paloma Izquierdo Izquierdo (Pres). D ^a . M ^a . Jesús López Muñoz (Secr) Dra. Rosa Ramos Pérez Dra. Laura Moreno Moreno D ^a . Teresa Alonso García Dr. Faustino La Banda Brusi Dra. Magdalena Recasens Glez. Dr. Alfonso Velasco Nieto Dra. Sonia de Miguel D ^a . María José Candela Amorós Dr. Ignacio Arribas Leal	5
Infec. Profilaxis y P. Antibiótica	D ^a . M ^a . Jesús López Muñoz (Pres) Dra. Sonia de Miguel (Secr) Dra. Rosa Ramos Pérez Dra. Gema Muñoz Sánchez D ^a . Ana Izquierdo Izquierdo D ^a . Ana Cobo Dra. Laura Moreno Moreno Dr. Carlos Verdejo Morcillo Dra. María José Castillo Fe Dra. Sonia de Miguel Dr. Carlos de la Cal Álvarez	4
Comité de Ética para la Asistencia S.	Dra. M ^a . Cruz Sánchez-Valdepeñas (Pres) Dra. Laura Moreno Moreno (Secr) Dr. Joaquín Botija Botija D ^a . Inmaculada Arranz Martín D ^a . Belén Arroyo Caballero Dr. Carlos Grande Baos Dra. Elena Contreras Pozuelo D ^a . M ^a . Antonia Delgado Bodas D ^a . M ^a . Jesús López Muñoz D ^a . Teresa de Miguel Martínez D. Javier Moreno Alemán D ^a . Petra de Pedro Blanco D ^a . Emilia Rodríguez Perea Dra. Teresa Tijero Páramo Dr. Faustino La Banda Brusi	2

III.2. Comisión Central de la Garantía de Calidad de Radiodiagnóstico Área II

Información dirigida a pacientes:

- 1.- Se realizan los protocolos de preparación de pruebas radiológicas en el TC, rectificándose todos aquellos aspectos no entendibles por los pacientes, con la colaboración de los mismos.
- 2.- Se establece un protocolo para tener siempre controlado la localización de los consentimientos informados firmados por los pacientes, siendo prioritario que se encuentren dentro de las historias clínicas.
- 3.- Se controlan todos aquellos aspectos que se relacionan con la protección de datos de los pacientes.
- 4.- Se mantienen en las salas de espera todos aquellos trípticos con información a pacientes sobre la prueba radiológica de mamografía y sobre aspectos generales de las radiaciones ionizantes.
- 5.- Se valora y se atienden en lo posible todas aquellas propuestas realizadas por el Servicio de Atención al Paciente.
- 6.- Reclamaciones. El número de reclamaciones es reducido. Se contestan y se informa a los responsables para mejorar la calidad de la asistencia.
- 7.- Se informa al Servicio y especialmente a los responsables, de todos los aspectos positivos y negativos que los pacientes a los que atendemos nos han comunicado.

Guías de práctica clínica:

- 1.- Se realiza un control de Calidad mensual de todos los equipos de biopsia así como de la medicación del carro de parada.
- 2.- Control de la indicación clínica de mamografías.
- 3.- Circuito directo con el Servicio de Radiodiagnóstico, para la realización de biopsias diagnósticas por estereotaxia, en pacientes con sospechas de ca de mama, provenientes de Atención Primaria, o de otros hospitales, previamente pactado con la Dirección Médica.
- 4.- Se realiza un nuevo protocolo de indicaciones y uso apropiado de la RM de mama.

Control de calidad de los equipos. Dosis administradas a pacientes. Dosimetría de los profesionales. (Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica).

- 1.- Se efectúa un control de calidad de los equipos, dosimetría de área, dosimetría de los profesionales expuestos y dosis de radiación impartida a

pacientes. Los resultados obtenidos se encuentran dentro de los límites normales.

2.- Se establece un informe anual que se envía al Consejo de Seguridad Nuclear.

3.- Se realiza especialmente una dosimetría de área en el entorno de la sala de TC , con el fin de informar y tranquilizar a los profesionales próximos a esta sala. Se realiza una reunión informando de la adecuada protección de la sala y se efectúan controles de dosimetría cada 3 meses. Los resultados obtenidos corresponden al Fondo Radioactivo Natural. Se informa a los trabajadores.

IV. ACTIVIDADES DE CALIDAD

IV.1. Dirección Médica

Medicina Interna:

- Optimización y regulación de los servicios.
- Estudios de optimización del circuito de endoscopia.
- Sedación en paciente de endoscopia alta y baja.
- Protocolo postpolipectomía.
- Tratamiento erradicación de H. Piloni.
- Protocolo de preparación para las pruebas y para la polipectomía.
- Profilaxis de endocarditis para endoscopia digestiva.

Endocrinología:

- Protocolización de dietas especiales.
- Optimización del apoyo nutricional a los pacientes de la UTCA.
- Nueva encuesta nutricional de satisfacción del paciente hospitalizado 2009.
- Creación de un circuito de atención a los pacientes del Hospital del Henares.
- Optimización de la dieta personalizada al paciente hospitalizado.
- Educación diabetológica actualizada: Talleres presenciales y documentación.
- Asesoramiento dietético personalizado a los empleados del centro.

Anatomía Patológica:

- Garantizar la calidad de la inmunohistoquímica mediante comprobación con controles de todos los resultados negativos.
- Introducción de la determinación inmunohistoquímica de H. Piloni en biopsias gástricas.
- Introducción del P-16 para el estudio y valoración de la integración del genoma del virus del papiloma humano en el estudio de la patología preoncológica de nivel cervical.
- Informatización de la petición de técnicas auxiliares diagnósticas del laboratorio de biopsias.
- Informatización completa de la gestión de biopsias en el laboratorio de AP.

Laboratorio:

- Control externo de garantía de calidad para las determinaciones analíticas a tiempo real.
 1. Control de calidad externo a tiempo real el laboratorio del Hospital Universitario Santa Cristina.

2. Actualización de los protocolos de hemovigilancia y trazabilidad de las muestras.
 3. Impulsar las actuaciones para Hospital sin papeles.
- Campaña de concienciación para la protección de datos y resultados en A.P.
 - Normas para la atención de pacientes infectados o portadores SARM.
 - Revisión y actualización del protocolo de la profilaxis antibiótica en pacientes para ser intervenidos en el Servicio de Cirugía General y Digestivo.
 - Edición y divulgación mediante carteles dirigidos a los profesionales del protocolo y profilaxis antibiótica en Cirugía General y Digestivo.
 - Procedimiento de optimización de recogida de muestras para análisis de orina en la unidad de extracciones y consultas externas del Hospital Universitario Santa Cristina.
 - Programa de formación continuada sobre técnicas diagnósticas para los profesionales del Laboratorio.

Traumatología:

- En el Servicio se realizan 2 Sesiones Clínicas semanales (1 Bibliográfica).
- Los cuidados de los pacientes ingresados en planta tienen un Médico responsable que se encarga de coordinar el pase de visita diario.
- La protocolización de los procesos es una de nuestras herramientas de gestión fundamental, trabajando con:
 - 5 Vías Clínica, 11 Protocolos de Actuación y 60 Consentimientos informados.
- Encuesta de satisfacción interna.
- El Servicio dispone de instrumental quirúrgico, y artroscópico de última generación y de una excelente biblioteca con dotación informática para búsqueda de artículos.
- El Servicio está en condiciones de colaborar en la formación de Residentes y Fellows, en conceptos teóricos como prácticos y orientarles en Gestión Clínica, así como la colaboración con las especialidades médicas en Rehabilitación y Reumatología.
- Los objetivos del Servicio son:
 - Información a pacientes y familiares
 - Informes de alta, el mismo día de regreso a su lugar de residencia (a través de ordenador).
 - Gestión lista de espera.
 - Implantación de protocolos / Guías de práctica / Vías clínicas.
 - Prevención y control de la infección hospitalaria.

- El control de calidad se basa principalmente en:

- Criterio de valoración constante de la actividad y los resultados
- Comparación entre los resultados obtenidos y los criterios establecidos.

Urología:

- Revisión continua de las vía clínicas implantadas.
- Corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina.
- Corrección del prolapso genital femenino.
- Revisión continua de los protocolos utilizados en la cirugía de:
 - Fimosis/circuncisión
 - Vasectomía
 - Patología escrotal: hidrocele, varicocele, quistes de cordón, etc.
 - Cirugía prostática: RTU o adenomectomía retropúbica.
- Revisión y actualización de las pautas de tratamiento para:
 - Profilaxis TVP-TEP
 - Profilaxis antibiótica
 - Analgesia postquirúrgica
- Reducción significativa en el porcentaje de intervenciones suspendidas a consecuencia de:
 - Llamada preoperatorio desde el servicio con suficiente antelación (10 días).
 - Revisión de todas las historias clínicas antes de la programación.
- Llamada preoperatorio desde enfermería de quirófano.
- Atención continuada al paciente ingresado incluso los fines de semana (acuerdo alcanzado con la dirección médica para realizar visita al paciente ingresado los fines de semana y festivos).

Cirugía General y del Aparato Digestivo:

- Encuesta de satisfacción, a pacientes intervenidos.
- Planes de optimización del rendimiento de los quirófanos.

Oftalmología:

- Incorporación de la cefuroxima intracamerular, en la profilaxis antibiótica de la cirugía de la catarata.
- Diseño de nuevo cuadro de mando y planificación de la actividad asistencial.
- Protocolización de la llamada en las guardias localizadas.
- Plan de optimización del rendimiento quirúrgico.
- Cirugía de párpados y dacriocistectomía sin suspender el tratamiento con antiagregantes plaquetarios y / o anticoagulantes orales.

**INFORMES DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS
DE ENFERMERIA
REALIZADOS EN EL HOSPITAL U. SANTA CRISTINA
DURANTE EL AÑO 2008**

1.- “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 2008):

Periodo del estudio: del 14 al 27 de Mayo

Nº de pacientes estudiados 91

Nº de infecciones 13

La tasa es de 14,2 %

Los tipos de infección han sido:

- 6 Vías respiratorias - Tasa 6,59 %
- 4 Vías urinarias - Tasa 4,39 %
- 1 Neumonía - Tasa 1,9 %
- 1 digestiva - Tasa 1,9 %
- 1 genital - Tasa 1,9 %

Tasa incidencia de la Infección Nosocomial por Procesos Quirúrgicos:

➤ **Prótesis totales de cadera:**

Periodo de estudio = 1 de enero/30 de junio 2008.

Nº de pacientes = 51

Nº de infecciones = 6

Tasa = 11,7%

El tipo de infecciones han sido:

- 5 de Vías urinarias **Tasa 9,8 %**
- 1 de herida quirúrgica **Tasa 1,9 %**

➤ **Prótesis totales de rodilla:**

Periodo de estudio = 1 de enero/30 de junio 2008.

Nº de pacientes = 94

Nº de infecciones = 12

Tasa = 12,7 %

El tipo de infecciones son:

- 11 de vías urinarias Tasa = 11,7 %
- 1 de herida quirúrgica Tasa = 1,06 %

TASA DE INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN PACIENTES

INTERVENIDOS DE Ca. DE MAMA (AÑO 2008)

Periodo del estudio: del 1 de Enero al 31 de Diciembre

Nº de pacientes estudiadas: 75

Nº de infecciones: 1

TASA = 1,32 %

Esta infección ha sido de herida quirúrgica.

2.- SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: "EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE 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.

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
 - Ginecología/ M. Interna (1ª Planta)
 - Cirugía/Traumatología (2ª Planta)
 - Medicina Interna (3ª y 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 el mes de Mayo 2008

La muestra global ha sido de **143 pacientes**.

El grado de cumplimiento medio en las Unidades donde se ha realizado ha sido del **100%**.

Índice de calidad global: 100 %

La segunda evaluación se ha realizado en el mes de **Noviembre 2.008**.

La muestra total ha sido de **85 pacientes**

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

Índice de calidad global: 100 %

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

ANÁLISIS Y VALORACIÓN

- se realizó 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)
- Cirugía/Trauma (2ª Planta. Edificio A).
- Medicina Interna (3ª Planta - 2 controles)
- Medicina Interna (4ª Planta - 2 controles)

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

Áreas de Hospitalización	Fecha de evaluación	Resultados de la evaluación
1ª Planta - Unidad de Medicina Interna Control A	03-05-08	100 %
1ª Planta - Unidad de Ginecología Control B	17-05-08 15-11-08	100 % 100 %
2º Planta - Unidad de Cirugía/Trauma Control C	06-03-08 05-11-08	100 % 100 %
2ª Planta - Unidad de Cirugía General Control D	08-08-08 15-11-08	100 % 100 %
3ª Planta - Unidad de Medicina Interna Control E	12-05-08 11-10-08	100 % 100 %
3ª Planta - Unidad de Medicina Interna Control F	24-05-08 15-11-08	100 % 100 %
4ª Planta - Unidad de Medicina Interna Control G	15-05-08 29-11-08	100 % 100 %
4ª Planta - Unidad de Medicina Interna Control H	05-04-08 15-11-08	100 % 100 %

4.- TASA DE INCIDENCIA DE U.P.P. 2008

TASA DE INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN, AÑO 2008:

Estudio realizado con la revisión de Historias clínicas de pacientes ingresados en las unidades de Medicina Interna, durante el 1º semestre del año 2008.

CRITERIOS EVALUADOS

1	Edad
2	Norton al ingreso
3	Norton cada 7 días
4	Úlceras Extrahospitalarias
5	Úlceras Intrahospitalarias
6	Localización
7	Grado
8	Seguimiento protocolo

- **Número de Historias Auditadas: 67**
- **Periodo de estudio : Mayo-Junio 2008**
- **Edad Media: 77 años (Rango comprendido entre 60 y 90 años)**

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE INCIDENCIA

- **Pacientes valorados con Norton al ingreso: 64**
Cumplimiento de protocolo 96%

- **Pacientes con riesgo de U.P.P. tras la aplicación de la escala de Norton**
Cada 7 días con rango superior a 14 :
- N° de pacientes valorados: 48
Cumplimiento de protocolo 72%

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ULCERAS INTRAHOSPITALARIAS:

- **Pacientes valorados: 33**
Tasa de incidencia 55%

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ULCERAS EXTRAHOSPITALARIAS:

- **Pacientes valorados: 31**
Tasa de incidencia 46.2 %

CONCLUSIONES:

Como plan de mejora se crea un Grupo de Trabajo para actualizar los Protocolos de Prevención y Tratamiento, cuya implantación se realiza en el mes de Enero 2009 en todas las Unidades de Medicina Interna.

IV.3. Dirección de Gestión

La Dirección de Gestión y Servicios Generales trabaja con los estándares de calidad fijados para cada actividad, pero no realiza un registro ni una memoria anual de actuaciones en calidad para poder ser incluidos en el formato de dicho apartado.