

**MEMORIA CALIDAD**

**2009**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA**

## INDICE

<b>1.- MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL HOSPITAL SANTA CRISTINA</b> .....	3
<b>2.-DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD</b> .....	4
2.1.- Denominación de la Unidad:.....	4
2.2.- Plantilla .....	4
2.3.- Ubicación .....	4
2.4.- Objetivos .....	5
<b>3.- OBJETIVOS INSTITUCIONALES</b> .....	6
3.1.-Resultados Objetivos Calidad 2009 .....	7
3.2.- Objetivos de seguridad del Paciente 2009 .....	9
3.3.- Registro de Actuaciones en Calidad.....	24
<b>4.-UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS INFORME DE ACTUACIONES</b> .....	32
<b>5.- COMISIONES CLÍNICAS</b> .....	52
<b>6.-. ACTIVIDADES DE CALIDAD</b> .....	57
6.1.- Cronograma autoevaluación según el modelo de gestión de la calidad EFQM.....	57
6.2.- Componentes grupos autoevaluación EFQM.....	59
<b>7.- BJETIVOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA</b> .....	63

## 1.- MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL HOSPITAL SANTA CRISTINA

El Hospital Universitario Santa Cristina tiene como objetivo proporcionar una atención de máxima calidad, que se adapte en todo momento a las expectativas y necesidades de la población a la que sirve.

El Hospital Universitario Santa Cristina mantiene su actividad histórica de hospital singular y diferenciado, incorporando los elementos más modernos, útiles y eficaces de la tecnología sanitaria, con una filosofía y actividad práctica que permita la previsión, la adaptación y el diseño de su futuro, en un marco de humanización de la asistencia.

El hospital es un hospital público, que realiza asistencia hospitalaria y ambulatoria como hospital de referencia del Área 2 para la Tocoginecología y Neonatología. La atención sanitaria como Hospital de Área se basa en garantizar la atención especializada, en coordinación con la Atención Primaria, para todos los pacientes de la comunidad, y asegurar un servicio ágil y eficiente bajo criterios de comodidad y seguridad para el usuario.

El hospital tiene vocación de ser un hospital de referencia para determinadas prestaciones y servicios de alta especialización, en el área de tocoginecología.

El hospital es un centro de apoyo a las necesidades de la Consejería de Sanidad y Consumo para la Medicina Interna, Cirugía General, Urología, Traumatología y Oftalmología, y C.M.A. de las especialidades ya citadas.

El hospital es un hospital universitario docente para Ciencias de la Salud, integrado, desde el punto de vista académico, en la Universidad Autónoma y con conciertos con la Universidad pontificia de Comillas y Universidad Europea de Madrid. La labor docente se realiza en los ámbitos de pregrado, postgrado (incluyendo el programa MIR) y formación continuada de profesionales, del propio hospital, del área y otros ámbitos nacionales e internacionales.

El hospital es un hospital investigador, en el que se realiza investigación básica y aplicada en sus servicios clínicos, aunque como actividad incipiente debe ser potenciada.

La integración de las tres dimensiones asistencial, docente y de investigación es el elemento básico de desarrollo de una gestión de personal, que permite la motivación y la satisfacción de las expectativas de todos los profesionales del centro y la oferta de un mejor servicio.

## 2.-DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD

### 2.1.- Denominación de la Unidad:

- Unidad de Calidad, Formación y Riesgos Sanitarios.

### 2.2.- Plantilla

- Coordinador de Calidad: Dr. Carlos Grande Baos (Hasta el 31 de octubre 2009).
- D<sup>a</sup> Pilar González Sánchez. Coordinadora de Calidad (Desde el 01 de noviembre de 2009).
- Enfermera de Calidad: D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Teresa Pérez y Pérez-Medrano. (Hasta el 07 de mayo del 2009), desde el 08 de mayo del 2009, Supervisora de Calidad y responsable de Objetivos de Calidad para la División de Enfermería.
- Administrativo de la Unidad: 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.
- D<sup>a</sup> Pilar González Sánchez. Coordinadora de Calidad y 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: D. Eduardo Castañeda. Ingeniero. Jefe de Mantenimiento y Jefes de Servicio y Unidades Médicas.

### 2.3.- 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 4 puestos, tres de ellos con el equipamiento informático necesario.

## 2.4.- 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).

### 3.-. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Como todos los años la Consejería de Sanidad a través de la Subdirección General de Calidad, 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.

También se incluye la fase de Desarrollo según el ciclo de Mejora Continua de la Calidad o ciclo P.D.C.A. en todos los Proyectos de Mejora, surgida de la autoevaluación EFQM por la que apostó la Comunidad Autónoma de Madrid.

Por último este año se crea el Comité de Calidad percibida por el usuario o paciente. Este Comité ha sido impulsado desde la Subdirección General de Calidad, en todos los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid y nace con el objetivo y la ilusión de satisfacer las expectativas de los pacientes que atendemos.

### 3. 1.-Resultados Objetivos Calidad 2009

	
OBJETIVOS DE CALIDAD 2009_HOSPITALES	
	SANTA CRISTINA / ÁREA 2
ID. HOSPITAL	
<b>Calidad percibida</b>	
.- Nº de Acciones de mejora implantadas en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción	2
.- Creación de un Comité de Calidad Percibida	Sí
<b>Documentación clínica</b>	
.- Porcentaje de pacientes con informe de alta definitivo en 15 días	96,9%
.- Porcentaje de informes de alta con criterios de calidad.	90,3%
.- Porcentaje de pacientes con informe de alta en el momento del alta	93,1%
<b>Seguridad del paciente</b>	
.- Establecimiento de al menos 5 objetivos, cada uno de ellos con responsables y cronograma de implantación.	Sí
.- Realización de 2 estudios al año para valorar implantación y utilización de pulseras identificativas	Sí, dos estudios
.- Realización de 2 estudios al año para valorar implantación y utilización de soluciones alcohólicas	Sí, dos estudios
.- Porcentaje de pacientes con úlceras adquiridas durante el ingreso	8,2%
.- Tasa de infección nosocomial	4,6%
.- Implantación del listado de verificación quirúrgica	Sí

.- <b>Política ambiental</b>	
.- Medición de consumos en recursos no renovables	Sí
.- <b>Formación y participación de profesionales</b>	
Ratio de horas de formación en calidad y seguridad /horas de formación	0,7
.- Porcentaje de residentes formados en calidad	NP
.- Porcentaje de profesionales con participación directa en comisiones y grupos de mejora	26,56%
.- Porcentaje profesionales de nueva incorporación a los que se aplica el Plan de acogida	0,0%

### 3.2.- Objetivos de seguridad del Paciente 2009

.- Objetivos de Seguridad del Paciente 2009		
Objetivos	Responsable (nombre y apellidos, puesto de trabajo, correo electrónico)	Cronograma de implantación y evaluación
<p>1.-</p> <p>Acogida segura del paciente en hospitalización</p>	<p>M<sup>a</sup> Teresa Carrasco. Supervisora de M.I. Hospitalización</p> <p>M<sup>a</sup> Teresa Pérez y Pérez-Medrano. Supervisora de Calidad</p> <p>Tperez.hscr@salud.madrid.org</p>	<p><b><u>CRONOGRAMA:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayo-09→Constitución grupo mejora. Fase II, en reunión de 13 mayo 09. Acta -1/2009.</li> <li>- Junio-09→Remodelación encuesta sobre la percepción del paciente y del profesional y Remodelación hoja informativa y realizadas encuestas.</li> <li>- Agosto-09→Tabular datos.</li> <li>- Sept. -Nov-09→Acciones de mejora.</li> <li>- Diciembre-09-enero2010= DSIFUSIÓN.</li> </ul> <p><b><u>METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo estudio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descriptivo, observacional, de corte transversal.</li> </ul> </li> <li>- Periodo estudio: 13 al 19 julio-09.</li> <li>- Población estudio: pacientes ingresados en Hospitalización -CIR-M.I. y profesionales: DUE + AUX Hospitalización.</li> </ul>

<p>1.- (continuación)</p> <p><u>Acogida segura del paciente en hospitalización</u></p>	<p>M<sup>a</sup> Teresa Carrasco. Supervisora de M.I. Hospitalización</p> <p>M<sup>a</sup> Teresa Pérez y Pérez-Medrano. Supervisora de Calidad</p> <p>Tperez.hscr@salud.madrid.org</p>	<p>-</p> <p>- Fuente / Instrumento: Encuestas de percepción del paciente (Voz del paciente) y del profesional (Voz del profesional) en relación a la Acogida segura en Hospitalización. (Calidad percibida).</p> <p>-</p> <p>- Variable dependiente: Acogida segura.</p> <p>Variables independientes: Identificación, -presentación profesionales, avisar si necesidad ayuda, saber Autocuidados domiciliarios, resolver dudas, respeto intimidad, prevención caídas. Correcto funcionamiento oxígeno y aspiración en habitación, identificación segura paciente, información paciente/familia lavado manos.</p> <p><b>Indicador:</b></p> <p>% pacientes perciben acogida segura.</p> <p>% profesionales proporcionan acogida segura.</p> <p><b>Resultados:</b></p> <p>1. <u>Paciente responde:</u> ¿Se ha identificado la Enfermera, con nombre y categoría? = si, el 80%</p> <p><u>Enfermera responde:</u> ¿Usted se ha presentado con nombre y categoría? = si, en el 80%. .....</p>
--	---	---

<p>1.- (continuación)</p> <p>Acogida segura del paciente en <u>hospitalización</u></p>	<p>M<sup>a</sup> Teresa Carrasco. Supervisora de M.I. Hospitalización</p> <p>M<sup>a</sup> Teresa Pérez y Pérez-Medrano. Supervisora de Calidad</p> <p>Tperez.hscr@salud.madrid.org</p>	<p>Con nombre y categoría? =76,92%</p> <p><u>Auxiliar de Enfermería responde:</u> ¿Usted se ha presentado con nombre y categoría? = 70,83%.</p> <p>.....</p> <p>2. <u>Paciente responde:</u> ¿El personal de Enfermería le ha instruido a Usted o a su familia sobre los autocuidados que puede continuar en su domicilio?=72,31%</p> <p><u>Enfermera responde.:</u> ¿Usted instruye al paciente y / o familia durante la hospitalización, sobre los autocuidados que puede continuar en su domicilio?=88,64%</p> <p>.....</p> <p>...</p> <p>3. <u>Paciente responde:</u> ¿El personal de Enfermería, le ha advertido, que no debe levantarse solo/a de la cama para evitar caídas?" = 80%</p> <p><u>Enfermera responde.:</u> ¿Usted le ha informado al paciente y a la familia, al ingreso, sobre la importancia de no levantarse solo/a de la cama para evitar caídas? =95,45%</p> <p>.....</p> <p>4. <u>Paciente responde:</u> ¿El personal de Enfermería le ha facilitado o indicado quién puede resolver sus dudas? = 90,77%.</p> <p><u>Enfermera responde</u> ¿Usted ayuda al paciente y / o familia resolviendo sus dudas o indica quién o dónde se las pueden resolver? = 97,73%.</p> <p>FASE ACTUAL/ ESTADO DE LA SITUACIÓN; PENDIENTE REUNIÓN GRUPO DE MEJORA PARA COMPLETAR EL CICLO PDCA, DETERMINANDO LAS NUEVAS ÁREAS DE MEJORA</p>
--	---	---

<b>.- Objetivos de Seguridad del Paciente 2009</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Responsable (nombre y apellidos, puesto de trabajo, correo electrónico)</b>	<b>Cronograma de implantación y evaluación</b>
<p>2.-  <u>Acogida del trabajador,</u> específica para cada Unidad o servicio.</p>	<p>Julia Gimeno. Supervisora del Bloque quirúrgico. Virginia Antolín. DUE Quirófano.</p> <p>M<sup>a</sup> cruz Plaza Gómez. Supervisora de Consultas</p> <p>M<sup>a</sup> Teresa Pérez Perez-Medrano: Supervisora de Calidad</p> <p>tperez.hscr@salud.madrid.org</p>	<p><b>Cronograma de implantación y evaluación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MARZO: 3-3-09: Consenso procedimiento acogida todo HUS Cristina.</li> <li>- ABRIL: 29-4-09: Modificaciones - Líneas a seguir -</li> <li>- JUNIO: 25-6-09: Constitución grupo de mejora en Bloque quirúrgico, definir el procedimiento de acogida al personal de enfermería.</li> <li>- 23-10-09: Revisión sistemática de trabajo en Bloque quirúrgico y Consultas.-</li> <li>- NOVIEMBRE: Definición procedimiento de acogida al personal de enfermería en Consultas y bloque quirúrgico.</li> </ul>

.- Objetivos de Seguridad del Paciente 2009		
Objetivos	Responsable (nombre y apellidos, puesto de trabajo, correo electrónico)	Cronograma de implantación y evaluación
<p>3.- Creación de un grupo de expertos para el seguimiento y evaluación de las U.P.P.</p>	<p>Rosa López Jorquera. Supervisora de M.I.</p> <p>M<sup>a</sup> Teresa Pérez Perez-Medrano: Supervisora de Calidad</p> <p>Tperez.hscr@salud.madrid.org</p>	<p>(continuación) Cronograma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1er trimestre-09 =100 DUE formados en aspectos de seguridad del paciente relacionado con, prevención y tratamiento de U.P.P.</li> <li>- 18 Junio-09 =Creación grupo de expertos (7) en UPP.</li> <li>- Julio-09 =Evaluación: % UPP, adquiridas en HUSC.</li> <li>- Agosto-09 =Valorar las hojas de registro de UPP y proponer acciones de mejora.</li> <li>- Sept a Nov-09 =Desplegar las acciones de mejora detectadas.</li> </ul> <p><b>Estrategias de futuro del Grupo de Mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El Grupo de expertos anualmente evaluará la incidencia de UPP y propondrá las acciones de mejora a desplegar.</li> <li>○ El Grupo difundirá y sensibilizará al menos una sesión/año con los resultados y las actuaciones a implantar.</li> </ul>

.- Objetivos de Seguridad del Paciente 2009		
Objetivos	Responsable (nombre y apellidos, puesto de trabajo, correo electrónico)	Cronograma de implantación y evaluación
<p>3.- (Continuación)</p> <p>Creación de un grupo de expertos para el seguimiento y evaluación de las U.P.P.</p>	<p>Rosa López Jorquera. Supervisora de M.I.</p> <p>M<sup>a</sup> Teresa Pérez Perez-Medrano: Supervisora de Calidad</p> <p>Tperez.hscr@salud.madrid.org</p>	<p><b>Metodología de evaluación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio: de incidencia, de corte transversal.</li> <li>- Periodo estudio: julio-09.</li> <li>- Población estudio: 100% pacientes ingresados en M.I.</li> <li>- Criterios de inclusión: Todos los pacientes ingresados M.I. con escala Norton realizada, al ingreso y a los 7 días.</li> <li>- Fuente: H<sup>a</sup> enfermería y registros de valoración riesgo y seguimiento de UPP = Escala Norton.</li> <li>- Indicador: N<sup>o</sup> pacientes con UPP desarrollada en HUS Cristina durante su ingreso/ n<sup>o</sup> total pacientes ingresados = 6,81%.</li> </ul>

<b>.- Objetivos de Seguridad del Paciente 2009</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Responsable (nombre y apellidos, puesto de trabajo, correo electrónico)</b>	<b>Cronograma de implantación y evaluación</b>
<p>4.-</p> <p><b>APPCC:</b></p> <p>Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico. Sistema de autocontrol de la seguridad alimentaria basado en la prevención de los riesgos sanitarios relacionados con los alimentos;</p>	<p>Jefe de Sección Servicios Generales: Carmen Gómez Arguijo.</p>	<p><b>Cronograma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2008: Inspección del Ayto. Madrid de sanidad y seguridad Alimentaria, recomiendan la implantación del APPCC.</li> <li>- Abril-09: Contacto con la empresa externa del grupo S.I.C. (Sistemas integrales de Calidad), para la implantación del APPCC.</li> <li>- Mayo-09: Presentación del Dossier en el Ayto. Madrid.</li> <li>- Junio-09: Reuniones empresa externa SIC, con los responsables de Hostelería del HUS Cristina, para el despliegue e implantación del APPCC.</li> <li>- Julio-09: Toma muestras in situ de limpieza, aire, alimentos preparados para su posterior análisis microbiológico.</li> <li>- Agosto-09: Toma de datos diarios, quincenales y mensuales, referente a temperaturas cámaras frigoríficas, carros calientes comida, agua, aire en cocina, almacén, tren de lavado, circuitos de alimentación, higiene alimentaria, control de plagas, productos caducados, manipulación de alimentos, lavamanos.</li> <li>- Noviembre -09: Auditoria Ayuntamiento Madrid.</li> </ul>

.- Objetivos de Seguridad del Paciente 2009		
Objetivos	Responsable (nombre y apellidos, puesto de trabajo, correo electrónico)	Cronograma de implantación y evaluación
<p>4.- (continuación)</p> <p>APPCC:</p> <p>Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico. Sistema de autocontrol de la seguridad alimentaria basado en la prevención de los riesgos sanitarios relacionados con los alimentos;</p>	<p>Jefe de Sección de Servicios Generales: Carmen Gómez Armijo.</p>	<p><b>Metodología de evaluación:-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación directa, registro y toma de datos por HUSCristina y empresa externa SIC.</li> <li>- Protocolo de supervisión y evaluación del sistema APPCC, por la empresa externa SIC.</li> <li>- Evaluación de la gravedad y probabilidad de aparición de cada peligro.</li> <li>- Identificación de límites críticos.</li> <li>- Establecimiento de sistemas de vigilancia.</li> <li>- Establecimiento de sistemas correctores.</li> <li>- Realizada auditoria de la inspección de Sanidad y seguridad alimentaria del Ayto. Madrid.</li> </ul> <p><b>RESULTADOS-09:</b></p> <p>Todos las áreas de mejora subsanadas, ninguna no conformidad.</p>

.- Sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras		
Estudios (fecha de realización)	Grado de implantación (Nº de pacientes con <u>pulseras</u> identificativas/Nº total pacientes estudiados*100)	Acciones de mejora (si implantación <100%)
27 mayo al 4 junio 09	60,63%	<p><b>IMPLANTACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantado en la totalidad del hospital.</li> <li>- Sensibilizado el control G, de Medicina interna en el uso de pulseras identificativas.</li> </ul> <p><b>MEJORAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La utilización de las pulseras identificativas en casos extraordinarios detectados tras la evaluación.</li> <li>- Resolver colocación pulseras en pacientes con grandes edemas en extremidades.</li> </ul>
10 al 18 diciembre 2009	73,41%	<p><b>MEJORAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir sensibilizando en las Unidades de Medicina Interna.</li> <li>- Sensibilizar a los profesionales de quirófano y las Unidades de Cirugía de hospitalización, brazo prioritario para canalizar la vía sanguínea y que no coincida con la pulsera.</li> </ul>

.- Lavado de manos con soluciones alcohólicas		
Estudios (fecha de realización)	Consumo (Nº. total ml consumidos/ Nº. total estancias)	Acciones de mejora (si implantación <100%)
abr-09	6,16ml/ estancia paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantados dispositivos de bioalcohol en puntos de cuidados de nueva apertura, salas de espera, entradas a comedores y cafetería.</li> <li>- Estrategias de futuro:</li> <li>- Seguir sensibilizando en correcto lavado de manos y uso de bioalcohol-prevención de la infección a profesionales, familias y cuidadores de hospitalización, priorizando las áreas de menor consumo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o 26 trabajadores sensibilizados.</li> <li>o - 15-09-09: sensibilizados 17 profesionales de Radiodiagnóstico.</li> <li>o - 30-09-09: Sensibilizados 33 profesionales de servicios Centrales.</li> </ul> </li> <li>- Nº de dispositivos implantados de bioalcohol y jabón en 2009 = 177 ui.</li> </ul>
sep-09	121,51 ml/ estancia paciente	
.- Listado de verificación quirúrgica		
Nº de servicios quirúrgicos que utilizan el listado	2	
Nº total de servicios quirúrgicos	6	
Enumerar Servicios que utilizan listado	1.- Cirugía General y Digestivo. 2.- Traumatología	

<b>.- Medición de consumos en recursos no renovables 2009</b>	
<b>Indicador (señalar al menos 3)</b>	<b>Resultado (consumo en 2009)</b>
<b>GAS NATURAL CONSUMOS Kw./h</b>	<b>233.209,98</b>
<b>ELECTRICIDAD</b>	<b>419.215,73</b>
<b>AGUA</b>	<b>33.730,47</b>

## MODELO DE FICHA RESUMEN DE LA ACCIÓN DE MEJORA

GERENCIA (HOSPITAL /ÁREA DE PRIMARIA): HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA.	
ÁREA 2	
ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA EN CAÍDAS HOSPITALARIAS EN HUSCRISTINA.	
<b>ÁREA DE MEJORA A LA QUE DA RESPUESTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar la incidencia de caídas en HUS Cristina.</li> <li>- Relacionar el nº de caídas, Unidad, turno, meses con el periodo de contratación del nuevo personal de enfermería.</li> </ul>
<b>DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA</b>	<p><b>Definición:</b></p> <p>Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.</p> <p>Según Virginia Henderson, la <b>prevención de caídas</b> se refiere a los cuidados de enfermería dirigidos a mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y de su entorno, mientras esté en el hospital.</p> <p>Para la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el riesgo de caída se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. Los principales factores de riesgo en adulto del Diagnóstico Enfermero "<b>riesgo de caída</b>", según la clasificación NANDA, son: historia de caídas, uso de silla de ruedas, edad igual o superior a 65 años, mujer (si es anciana), vivir solo, portador de prótesis en las extremidades inferiores y uso de dispositivos de ayuda (andador, bastón...).</p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>Determinar la incidencia de las caídas en las Unidades de hospitalización y de Cirugía con Hospitalización, en el Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid</p> <p><b>Metodología:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Identificación de problemas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualización del borrador de caídas.</li> <li>- Estudio y debate para la reforma del registro de caídas.</li> <li>- Análisis de la incidencia, tras la concienciación de los profesionales de enfermería.</li> </ul> </li> <li>- <b>Priorización de 1 problema</b> que se convierte, en la acción de mejora:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuantificación del volumen de caídas y la incidencia.</li> </ul> </li> <li>- <b>Tipo de estudio:</b> estudio de incidencia</li> <li>- <b>Ámbito / Área de estudio:</b> Todas las Unidades de Hospitalización con pacientes ingresados en Medicina Interna y Cirugía.</li> <li>- <b>Muestra estudiada:</b> 19 pacientes ( 100% de la población que ha sufrido una caída, entre Enero y 26 de mayo de 2009)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Población de estudio:</b> Todos los pacientes hospitalizados. Entre Enero y Mayo, hubo 2460 pacientes ingresados</li> <li>- <b>Periodo de estudio:</b> de enero de 2009 a 26 de Mayo 2009.</li> <li>- <b>Criterios de inclusión:</b> Pacientes que hayan sufrido una caída....</li> <li>- <b>Variables de estudio:</b>   <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Dependiente:</u> episodio de caída.</li> <li><u>Independientes:</u> Edad, sexo, Factores extrínsecos ambientales (cama, sillón, reposapiés) Factores intrínsecos (alteraciones cardiovasculares, depresión, desorientado, estado paciente dependiente, independiente, con ayuda...). Lugar de la caída, hora de la caída-turno, Unidad o servicio dónde se producen más caídas, meses del año con más incidencia-personal contratado,</li> </ul> </li> <li>- <b>Intervención:</b> en el momento en que se produce una caída, se procede a rellenar el formulario institucional de "Declaración de accidentes mecánicos en pacientes" (caídas). A continuación se informa a la supervisora y Facultativo de Guardia y se aplican las medidas oportunas.</li> </ul> <p><b>Resultados</b></p> <p><b>Análisis estadístico:</b> Para el análisis de los resultados se diseña una hoja de cálculo excell.</p> <p>- <b>Método del cálculo de los datos:</b></p> <p>Se realizara un análisis descriptivo para la obtención de los resultados. Se describe la distribución de cada variable obteniendo proporciones.</p>
<b>RESPONSABLE/S</b>	<p>Sierra Redondo García: Supervisora de enfermería, de Tarde. (Apoyo técnico al grupo. Mayte Pérez Pérez-Medrano. Supervisora de Calidad)</p>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requerimientos de medios humanos:</b> 8 profesionales enfermería como grupo de expertos en la Comisión de Cuidados + Directora de enfermería. <ul style="list-style-type: none"> <li>1.- Ascensión Robledo González. Directora de enfermería.</li> <li>2.-M<sup>a</sup> Teresa Pérez Pérez-Medrano. DUE. Supervisora de Calidad</li> <li>3.-Ana Isabel Castro. AE/TCE.</li> <li>4.-Dolores Heras Agudo. DUE Cirugía-Traumatología Control C-D</li> <li>5.- Constancio Martínez López. DUE Quirófano.</li> <li>6.-Juana Ruiz Crespo. DUE Consulta de enfermería CSI.</li> <li>7.- Sierra Redondo García. Supervisora de Tarde.</li> <li>8.-Rosa López Jorquera. Supervisora de M.I.</li> <li>9.- Irene Oropeza. DUE M.I. Control F.</li> </ul> </li> <li>• <b>R. materiales:</b> Programa excell, dotación informática asignada a Calidad, tiempo invertido por los profesionales en cada reunión.</li> <li>• <b>R. económicos:</b> Asumidos por el propio Hospital</li> </ul>

<p><b>CALENDARIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30-1-09--→ Despliegue para la puesta en marcha y convocatoria para la Fase II, de la Comisión de Cuidados, (Información Directora de enfermería y Coordinador Calidad)</li> <li>- 02-marzo 2009--→ Elección y formación grupo profesionales para la Comisión de Cuidados.</li> <li>- Abril 09----→ Ratificación de la Comisión de Cuidados, por la Junta técnico asistencial.</li> <li>- 6 Mayo 09---→ Formación de un grupo de expertos enfermeros - Comisión de cuidados, Fase II, con priorización en la intervención de la incidencia de caídas.</li> <li>- 7 Mayo-09----→ Revisión y Lectura bibliográfica en caídas, estado de la cuestión.</li> <li>- 29 mayo 09--→ Tabulación y explotación de los datos recogidos. Análisis de la situación caídas en HUS Cristina.</li> <li>- 26 junio -09-→ Actualización del protocolo de caídas en HUS Cristina, según los datos obtenidos.</li> </ul>
<p><b>INDICADORES</b></p>	<p><b>Nombre del Indicador</b></p> <p>Incidencia de caídas</p> <p><b>Fórmula del Indicador:</b></p> $\frac{\text{Nº pacientes ingresados sufren caídas hospitalaria}}{\text{Total pacientes ingresados periodo de estudio}} \times 100$
<p><b>EVALUACIÓN REALIZADA</b></p>	<p><b>Resultados conseguidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % pacientes ingresados que sufren caídas en periodo estudio = 0,77% (Enero a Mayo 09).</li> <li>- Mes de mayor incidencia en caídas hospitalarias = Enero.</li> <li>- Lugar donde se producen más caídas = sillón.</li> <li>- Unidad mayor incidencia caídas = Control G, de Medicina Interna.</li> <li>- Turno con mayor incidencia en caídas = Tarde.</li> <li>- Factores intrínsecos del paciente = Problemas cardiovasculares.</li> </ul> <p><b>Acción de mejora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tras los resultados obtenidos, se nombra a la Supervisora de Tarde, Sierra Redondo García, (TF: 91-5574387) como responsable de este grupo de mejora, teniendo en cuenta que son los pacientes de M. Interna, los que sufren más caídas, que ingresan por la tarde, que los profesionales de nueva contratación cubren en mayor % el turno de tarde y que el mes de enero, coincide con el mayor nº de caídas y el mayor nº de profesionales de nueva contratación.</li> </ul>

**D<sup>a</sup> ROSA MARÍA RAMOS PÉREZ, COMO DIRECTORA GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA DE MADRID.**

**C E R T I F I C A :**

Que el día 27 de Noviembre de 2009 a las 10h. en el Salón de Actos de este Hospital quedó constituido el **Comité de Calidad Percibida**, convocando a las personas que van a formar parte de él.

Los componentes de dicho Comité son:

Dra. D <sup>a</sup> Pilar González Sánchez	Jefa Unidad de Calidad
Dr. D. Emilio Ucar Corral	Director Médico
Dra. D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Cruz Sánchez-Valdepeñas	Jefa U. Atención Paciente
DRa. D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Angeles Moncó-Carra	Jefa Servicio Anestesia
Dra. D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> José Alcaráz Mexía	Jefa S <sup>o</sup> Radiodiagnóstico
Dra. D <sup>a</sup> Paloma Izquierdo Izquierdo	Jefa Sección Farmacia
D. Oscar López Palomero	Celador
D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Carmen Gómez Arguijo	Jefe Sección S <sup>o</sup> Generales
D. David Platero G <sup>a</sup> -Velasco	Enfermero
D <sup>a</sup> Teresa Gonzalo Gonzalo	Auxiliar de Enfermería
D <sup>a</sup> Rosa Morales Valverde	Supervisora U Rehabilitación
D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> José Saíz Largo	Enfermera
D <sup>a</sup> Encarnación Gómez Jiménez	Jefa Grupo Admisión
Dra. D <sup>a</sup> Olga Pérez Moro	F.E.A. Rehabilitación

Lo que se certifica a los efectos oportunos en Madrid a dieciocho de diciembre de dos mil nueve.



### 3.3.- Registro de Actuaciones en Calidad

<b>REGISTRO ACTUACIONES EN CALIDAD 2009 (enero - diciembre)</b>	
ID. HOSPITAL/ ÁREA:	
<b>1.- PLANES</b>	
Dispone de Plan Estratégico vigente	Sí
Dispone de Plan de Calidad vigente	
Dispone de Plan de Comunicación interna vigente	Sí
Dispone de Plan de acogida de nuevos profesionales	No
Dispone de Otros planes	Sí
<b>2.- DOCUMENTACIÓN</b>	
Elabora anualmente una Memoria de Calidad	Sí
<b>3.- AUTOEVALUACIONES</b>	
Realizada 2009	Sí
Realizada con Apoyo Externo	No
<b>4.- ACREDITACIONES</b>	
Servicios que estén en proceso de acreditación en 2009	0
Servicios que han recibido la acreditación en 2009	0
<b>5.- CERTIFICACIONES</b>	
Servicios que estén en proceso de certificación en 2009	0
Servicios que han recibido la certificación en 2009	0
<b>6.- ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN</b>	
<b>6.1-PACIENTES</b>	
ATENCIÓN PRIMARIA , ha realizado alguna encuesta a pacientes	
Ha realizado encuestas propias de POSTHOSPITALIZACIÓN	No
Ha realizado encuestas propias en CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	Sí
Ha realizado encuestas propias en URGENCIAS	No
Ha realizado encuestas propias en CONSULTAS EXTERNAS	No
Ha realizado encuestas propias en CEP	No
OTRAS encuestas	Sí

<b>6.2-PROFESIONALES</b>	
Ha realizado encuestas de satisfacción/ clima laboral	No
Alcance de la encuesta	
<b>7.- COMISIONES CLÍNICAS/ GRUPOS DE MEJORA</b>	
Comisiones Clínicas constituidas	20
Grupos de Mejora constituidos	7
<b>8.- VÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS</b>	
Vías clínicas editadas y/o revisadas este año 2009	0
Protocolos editados y/o revisados este año 2009 (se excluyen protocolos no asistenciales y procedimientos)	2
<b>9.- CURSOS CALIDAD</b>	
Cursos de calidad impartidos en el año 2009 dentro del Programa de Formación Continuada de la Gerencia (referidos a: <i>Introducción-Generalidades; Herramientas y metodología; Procesos; EFQM; ISO; Otros</i> )	9
<b>10.-PUBLICACIONES CALIDAD</b>	
Publicaciones relacionadas con la calidad en el año 2009	4
<b>11.-PONENCIAS/COMUNICACIONES</b>	
Ponencias relacionadas con la calidad en el año 2009	0
Comunicaciones orales relacionadas con la calidad en el año 2009	2
Comunicaciones póster relacionadas con la calidad en el año 2009	6
<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	2
<b>14.- OTRAS ACTUACIONES</b>	
Actuaciones de calidad <u>relevantes</u> , incluidas las actividades de <u>investigación</u> y de <u>interés para su difusión</u> al resto de los centros	Sí
<b>Indicar las personas que trabajan en la unidad</b>	3

<b>Comisiones Clínicas</b>	<b>constituidas</b>
Calidad	Sí
Docencia	Sí
Ética Asistencial	Sí
Ética Investigación Clínica	Sí
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	Sí
Tejidos	Sí
Trasplantes	
Tumores	Sí
<b>Otras Comisiones</b>	
COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA	
COMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD	
COMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS	
COMISIÓN DE QUIROFANO	
COMISIÓN CENTRAL DE GARANTIA DE LA CALIDAD	
COMSIÓN GARANTIA DE LA CALIDAD EN RADIOLOGÍA	

Grupos de mejora constituidos
CORECTO MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA.
EQUIPO DE SEGUIMIENTO DE LA VÍA CLÍNICA DE LA HERNÍA INGUINAL UNILATERAL-CMA
ULCERAS POR PRESIÓN
ACOGIDA SEGURA DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN, POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA
DEFINICIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO EN CMA
PREVENCIÓN INFECCIÓN
ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CADA UNIDAD O SERVICIO.

Protocolos editados y/o revisados año 2009		
Título	Realizados por	Conjuntamente Primaria Especializada
REVISADO PROCEDIMIENTO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS	Enfermeras	No
REVISANDO PROTOCOLO DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN , EN CADA UNIDAD	Enfermeras	No

**CURSOS CALIDAD**

(referidos a: *Introducción-Generalidades; Herramientas y metodología; Procesos; EFQM; ISO; Otros*)

SE

**EXCLUYE Seguridad del paciente**

<b>Título</b>	<b>Temática</b>	<b>Nº horas</b>	<b>Dirigido a:</b>
Actualización en el tratamiento de Úlceras cutáneas	Otros	20	Personal sanitario (DUES)
Estadística por SPSS (Nivel medio)	Herramientas/ Metodología	20	Personal sanitario facultativo y no facultativo
Gestión de Procesos.- El Proceso Quirúrgico en C.M.A. (EFQM)	Gestión de Procesos	20	Personal sanitario facultativo y no facultativo
Programa para la formación de auditores internos de calidad (UNE-EN-ISO.9001.2008). Formación básica	ISO	20	Personal sanitario
Soporte Vital Avanzado	Otros	20	Personal sanitario facultativo y no facultativo
Soporte Vital Básico	Otros	20	Personal sanitario y no sanitario
Prevención de Riesgos Sanitarios	Otros	10	Personal sanitario y no sanitario
Prevención de Riesgos en el anciano hospitalizado	Otros	20	Personal Sanitario (DUE)
Cuidados de Enfermería en la Diabetes	Otros	25	Personal Sanitario (DUE)

Publicaciones relacionadas con calidad		
Título	Autor/es	Referencia
The pathogen receptor liver and lymph node sinusoidal endothelial cell C-type lectin is expressed in human Kupffer cells and regulated by PU.1.	Domínguez-Soto A, Aragoneses-Fenoll L, Gómez-Aguado F, Corcuera MT, Clária J, García-Monzón C, Bustos M, Corbí AL.	Hepatology 2009;49:287-96.
Liver growth factor antifibrotic activity in vivo is associated with a decrease in activation of hepatic stellate cells.	Díaz-Gil JJ, García-Monzón C, Rúa C, Martín-Sanz P, Cereceda RM, Miquilena-Colina ME, Machín C, Fernández-Martínez A, García-Cañero R.	Histol Histopathol 2009;24:473-9.
Recombinant interferon- $\alpha$ 2b improves immune response to hepatitis B vaccination in haemodialysis patients: Results of a randomised clinical trial.	Miquilena-Colina ME, Lozano-Rodríguez T, García-Pozo L, Sáez A, Rizza P, Capone I, Rapicetta M, Chionne P, Capobianchi M, Selleri M, Castilletti C, Belardelli F, Lo Iacono O, García-Monzón C.	Vaccine 2009;27:5654-60
Aplicación del ciclo de mejora continua, ciclo P.D.C.A. en el plan de Acogida segura del paciente	Pérez, M <sup>a</sup> T; Sánchez, M.C.; García, P.; Grande, C.; Robledo, A.	Póster Nº: 327 - el número de póster: 141-280 / 471- 550- ESPACIO VIRTUAL 16 CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Ponencias/ Comunicaciones relacionadas con calidad		
Título	Congreso/ Jornada	Tipo
APLICACIÓN DEL CICLO MEJORA CONTINUA -CICLO P.D.C.A. EN EL PLAN DE ACOGIDA SEGURA AL PACIENTE	16º CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES. 2-5 JUNIO 2009. CACERES. Área temática 7: LA SEGURIDAD DE PACIENTES Y PROFESIONALES. LA CLAVE DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	Comunicación póster
PREANESTESIA : PRIMERA FASE PARA UNA COMUNICACIÓN EFICAZ	Jornadas Nacionales: Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica	Comunicación oral
ARTRODESIS TOTAL DE MUÑECA	Jornadas Nacionales: Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica	Comunicación oral
MODELO "SANTA CRISTINA" DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TCA DE LARGA EVOLUCIÓN	VII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	Comunicación póster
USO DE HIDROGEL EN LA INCONTINENCIA URINARIA	XXXI Congreso Nacional de Enfermería en Urología	Comunicación póster
LA DIETA Y EL CANCER DE PROSTATA	XXXI Congreso Nacional de Enfermería en Urología	Comunicación póster
CEGUERA TRANSITORIA EN HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA : DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN	XV REUNIÓN ANUAL ESRA ESPAÑA (European Society of Regional Anesthesia & Spain Therapy)	Comunicación póster
APLICACIÓN DEL CICLO DE MEJORA CONTÍNUA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: CAIDAS"	VI JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTERNA	Comunicación póster

### Premios y reconocimientos Recibidos (especificar)

FELICITACIÓN ESPECÍFICA POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA COLABORACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SÉNECA.

FELICITACIÓN ESPECIFICA POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA COLABORACIÓN DEL PROYECTO EUROPEO DE INVESTIGACIÓN RN4-CAST

### Encuestas realizadas a Pacientes

ENCUESTA DE SATISFACIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNÍA INGUINAL UNILATERAL, SIN COMPLICACIONES, EN REGIMEN DE CMA, CON VÍA CLINICA

### Encuestas realizadas a Profesionales

Denominación	Alcance
ENCUESTA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN, RELACIONADA CON UNA ACOGIDA SEGURA DEL PACIENTE AL INGRESO.	Colectivos PROFESIONALES

### Otras actuaciones relevantes y de interés

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: "SENECA" en 35 hospitales del Sistema Nacional de Salud y tiene como objetivos configurar un modelo de estándares sobre la seguridad del paciente en relación con los cuidados en el medio hospitalario y comprobar el nivel de cumplimientos de los mismos. Este proyecto está avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejería de Sanidad, Gerencia y Dirección de enfermería del Hospital Santa Cristina.

PROYECTO EUROPEO DE INVESTIGACIÓN: RN4-cast (Nurse forecasting in Europe). Objetivo mejorar los modelos de previsión y planificación de los recursos humanos de enfermería, estudiando cómo las condiciones laborales y las condiciones en que el personal de enfermería presta sus cuidados afecta a la captación y retención de dichas enfermeras, así como los resultados en los pacientes.

#### 4.-Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios Informe de Actuaciones

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS INFORME ANUAL DE ACTUACIONES	
 Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios	
<b>HOSPITAL/ ÁREA:</b>	<b>H. Santa Cristina</b>
<b>1.- ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL</b>	
¿La Unidad Funcional (UF) ha establecido objetivos para este año?	Sí
¿Se ha realizado seguimiento de los objetivos anuales del centro (contrato de gestión...)?	Sí
Nº de reuniones en el semestre	4
¿Se elabora un informe/acta de las reuniones?	Sí
Número de miembros de la Unidad Funcional	8
Número de miembros de la Unidad Funcional con formación específica en Seguridad del Paciente	2
<b>2.- INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD</b>	
<b>2.1.- PROMOCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD</b>	
<b>2.1.1.- Actividades de formación organizadas por la UF</b>	
Nº de cursos	0
Nº de sesiones	3
Nº de jornadas	1
Nº de seminarios/talleres	0

<b>2.1.2.- Actividad investigadora</b>	
Participación en estudios de investigación sobre Seguridad del Paciente	Sí
Publicación de artículos en revistas científicas	Sí
Comunicaciones a reuniones científicas	Sí
<b>2.1.3.- Actividades de difusión/divulgación</b>	
¿Ha elaborado la UF material propio? (carteles, folletos,...)	Sí
Difusión del material divulgativo	Sí
<b>2.2.- IDENTIFICACIÓN DE CASOS</b>	
<b>2.2.1.- Fuentes de información utilizadas para la identificación de casos</b>	
¿Tiene el centro un sistema de notificación?	Sí
<u>En caso afirmativo:</u> Formato del sistema de notificación	Formato papel
Tipo de notificación	Incidentes
¿Utiliza otras fuentes de información?	Sí
<b>2.2.2.- Casos identificados por la Unidad Funcional</b>	
Nº de casos identificados	8
<b>2.3.- ANÁLISIS DE CASOS</b>	
<b>2.3.1.- Casos analizados por la Unidad Funcional</b>	
Nº de casos analizados	8
Distribución de los casos <b>analizados</b> por la Unidad Funcional según las <b>Herramientas</b> utilizadas	<u>Especificar</u>
<b>2.3.2.- Clasificación de Casos analizados</b>	
¿En qué momento de la atención ocurrieron los casos?	<u>ver clasificaciones</u>

¿Con qué están relacionados los casos?	<a href="#">ver clasificaciones</a>
<b>2.4.- PRÁCTICAS SEGURAS IMPLANTADAS TRAS EL ANÁLISIS DE CASOS</b>	
2.4.1.-Nº Total de Prácticas Seguras	18
2.4.2.- Nº de Prácticas Seguras Generalizables (Cumplimentar Ficha/s)	9
<b>2.5.- OTRAS PRÁCTICAS SEGURAS IMPLANTADAS EN EL CENTRO</b>	
Nº de Prácticas Seguras (Cumplimentar Ficha/s)	1

<b>Objetivos anuales establecidos por la Unidad Funcional</b>
<b>Enumerar y enunciar:</b>
Acogida segura del paciente en hospitalización;
Acogida del trabajador, específica para cada Unidad o servicio
Creación de un grupo de expertos para el seguimiento y evaluación de las U.P.P.
APPCC: Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico. Sistema de autocontrol de la seguridad alimentaria basado en la prevención de los riesgos sanitarios relacionados con los alimentos
Asegurar el cumplimiento terapéutico al alta del paciente, en procesos quirúrgicos de Traumatología

Actividades de formación* en Seguridad del Paciente recibidas por los miembros de la UF				
<i>*La formación puede haber sido recibida con anterior al año 2009</i>				
Tipo actividad	Título	Organizado por	Nº horas	Año
Curso	MASTER CALIDAD ASISTENCIAL	UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS	600	2007
Curso	MASTER CALIDAD ASISTENCIAL	UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS	600	2007
Seminario/ Taller	Taller sobre la implantación de los comités de calidad percibida en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Día 24 de Septiembre de 2009.	Agencia Laín Entralgo	7	2009
Curso	Gestión de riesgos sanitarios. Seguridad en el uso de medicamentos.	Agencia Laín Entralgo	20	2009
Curso	Curso de Patología Mamaria y Cáncer de Mama.	Hospital Universitario Santa Cristina	20	2009
Jornada	SG. Calidad. SOLLUBE. Presentación resultados 2008 y objetivos 2009.	SG. Calidad. SOLLUBE	7	2009
Jornada	Alianza Mundial Lavado de Manos.	Hospital Universitario Gregorio Marañón	7	2009
Jornada	2ª Jornada Técnica de Investigación en Cuidados. "Cuidados Seguros como Símbolo de Calidad en Servicios de Salud"	ISCIII y Ministerio de Sanidad y Consumo	7	2009

Jornada	Presentación de Resultados Proyecto Séneca: "Estándares de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Paciente en los Hospitales del SNS"	Ministerio de Sanidad y Consumo y Política Social. Universidad de Cadiz.	4	2009
Jornada	Jornada de Excelencia y Práctica Avanzada.	FUDEN Investigación. Universidad Autónoma de Madrid (UAM)	7	2009
Jornada	METODOLOGÍA AUTOEVALUACIÓN EFQM. REDER. Julio 09	Agencia Laín Entralgo	7	2009
Jornada	Presentación del documento: "Mejora de la seguridad del paciente con discapacidad" 15 dic-2009	UFGRS y HUSCristina	7	2009
Seminario/ Taller	TALLER SOBRE IMPLANTACIÓN DE LOS COMITÉS DE CALIDAD PERCIBIDA EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD Código AGO9 C-4629 de septiembre de 2009	Agencia Laín Entralgo	5	2009

Actividades de formación organizadas por la UF					
Tipo actividad	Título	Nº ediciones	Nº horas	Dirigido a:	Nº asistentes
Sesión	Estrategia de sensibilización para prevención contra la infección: HIGIENE DE MANOS EN RADIODIAGNÓSTICO	1	1	Profesionales sanitarios y no sanitarios	17
Sesión	Estrategia de sensibilización para prevención contra la infección: HIGIENE DE MANOS EN SERVICIOS CENTRALES Y GRIPE A	1	1	Profesionales sanitarios y no sanitarios	33
Sesión	Estrategia de sensibilización para directivos y mandos en la higiene de manos y control de la infección en Hospital Universitario Santa Cristina	1	1	Profesionales sanitarios y no sanitarios	26
Jornada	Mejora de la seguridad en la atención del paciente con discapacidad	1	5	Profesionales sanitarios y no sanitarios	103

Participación en estudios de investigación sobre Seguridad del Paciente.				
Tipo de estudio	Título	Investigador principal	Financiación	Fase del estudio
Mixtos	<p>Estudio de Investigación, de carácter Nacional.</p> <p>Avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Consejería de Salud de CAM, Gerencia y dirección de enfermería del Centro. .</p> <p>III Fase: ESTÁNDARES DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</p>	<p>D. Emilio Ignacio. Titular Universidad de Cádiz. M<sup>o</sup> Sanidad y Consumo.</p> <p>Dirección en HUSCristina: Ascensión Robledo González. Directora de enfermería.</p> <p>Responsable en HUSCristina: M<sup>a</sup> Teresa Pérez Pérez-Medrano. U Calidad</p>	Publica	Finalizado

<p>Cualitativo</p>	<p>PROYECTO EUROPEO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>RN4-cast (Nurse forecasting in Europe).</p> <p>Objetivo mejorar los modelos de previsión y planificación de los recursos humanos de enfermería, estudiando cómo las condiciones laborales y las condiciones en que el personal de enfermería presta sus cuidados afecta a la captación y retención de dichas enfermeras, así como los resultados en los pacientes.</p>	<p>Teresa Moreno Casbas / Mónica Contreras Moreira. Investén-ISCI. Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Ciencia e Innovación.</p> <p>Dirección en HUSCristina: Ascensión Robledo González. Directora de enfermería.</p> <p>Responsable en HUSCristina: M<sup>a</sup> Teresa Pérez Pérez-Medrano. U Calidad</p>	<p>Publica</p>	<p>En desarrollo</p>
--------------------	---	---	----------------	----------------------

Publicación de artículos en revistas científicas
<b>Referencia bibliográfica</b>
Medidas para mejorar de la seguridad del paciente en la cirugía de la catarata. Grande, C. Microcirugía Ocular 16 (4) ( En prensa, pendiente de paginar)

Comunicaciones a reuniones científicas		
Tipo de actividad	Tipo de presentación	Título
Jornada	Póster	16 Congreso Nacional de Hospitales. Aplicación del ciclo mejora continua. Acogida Segura al Paciente fase II.
Jornada	Comunicación oral	Modelo Hospital Santa Cristina en pacientes con trastorno de la Conducta alimentaria. Día Internacional de la Enfermería: UTCA

Material divulgativo elaborado por la UF		
Tipo de material	Dirigido a	Descripción
Material gráfico	Profesionales	Mejora de la seguridad del paciente con discapacidad (Con la Subdirección General de Calidad)
Material gráfico	Profesionales	Cartel Hospital sin Humo. Concurso de Fotografía Área 2. Calendario 2009
Material gráfico	Ambos	Guía de Acogida a Pacientes y Familiares.
Material gráfico	Profesionales	Protocolo de Buenas Prácticas Clínicas en la Acogida Segura del Paciente en Hospitalización.
Material gráfico	Profesionales	Información de nivel de la UPP y cura según estadio, para homogeneizar cuidados y medicamentos.
Material gráfico	Pacientes	Cartel informativo, día 5 de mayo-09 para pacientes, prevención de la infección-lavado de manos: " <i>La Salud está en tus manos</i> "
Material Virtual	Profesionales	Flash en las pantallas de los ordenadores de los controles de Hospitalización, prevención infección-lavado de manos-cartel " <i>Contamos contigo</i> ".enseñar paciente y familia-cuidadores y

Actividades de difusión-divulgación			
Tipo de actividad	Nº unidades distribuidos (si procede)	Dirigido a	Descripción (lugares o servicios, ámbito....)
Distribución material gráfico propio	28 Unidades / Servicios / Secretarías	Ambos	Cartel " <b>La salud está en tus manos, lávatelas</b> " distribuido en: CONSULTAS, QUIROFANO, CMA, CSI, 10. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN, 5. SECRETARÍAS MÉDICAS, LABORATORIO, EXTRACCIONES, ADMISIÓN MANTENIMIENTO, ENTRADAS A VESTUARIOS, HALL EDIFICIO A HALL EDIFICIO B, PASILLOS COMUNES, PLANTA CALLE, FARMACIA PUESTO CELADORES, COCINA, LAVANDERÍA, LIMPIEZA, RADIODIAGNÓSTICO TUNEL COMUNICACIÓN EDIFICIO A y B
Otras	Todos los controles de las Unidades de Hospitalización	Profesionales	Cartel " <b>Contamos contigo en el lavado de manos</b> " para profesionales y familiares de pacientes, (Cartel virtual insertado en los salvapantallas de todos los ordenadores.
Otras	Todos los controles de las Unidades de Hospitalización	Profesionales	<b>Cartel virtual en los salvapantallas</b> de todos los ordenadores referido a los cinco pasos en el lavado de manos según recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

<b>Distribución de los casos identificados por la Unidad Funcional según las fuentes de información utilizadas</b>	
<i>(Especificar nº de casos identificados por cada fuente)</i>	<b>Nº DE CASOS</b>
Sistema de notificación de incidentes / EA *	<b>3</b>
Portal Uso seguro de medicamentos	<b>0</b>
Reclamaciones al Servicio de atención al paciente/usuario	<b>2</b>
Reclamaciones económicas al Seguro de Responsabilidad Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud (SRS)	<b>1</b>
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...)	
Bases de Datos: BIFAP, Indicadores de calidad del CMBD, MIPSE, OMIC....	
Información recogida de diferentes servicios o unidades	<b>2</b>
Estudio de prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE).	
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)	<b>0</b>
Otras	

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

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

	Nº DE CASOS
ACCESO	
DIAGNÓSTICO	
TRATAMIENTO	8
ALTA	
SEGUIMIENTO	
OTROS	

**TABLA 2: FACTORES CON QUE PUEDE ESTAR RELACIONADO EL INCIDENTE**

	Nº DE CASOS
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	
COMUNICACIÓN / INFORMACIÓN	
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	
DISPOSITIVOS Y/O EQUIPOS	2
INFECCIÓN LIGADA A LA ATENCIÓN	
MEDICACIÓN	1
<b>Del total de casos relacionados con la medicación ¿Cuántos han sido comunicados al portal "Uso seguro de Medicamentos"?</b>	
ACCIDENTES DE PACIENTES	2
CUIDADOS Y VIGILANCIA O MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE	1
PROFESIONALES	
IDENTIFICACIÓN	2
CONTINUIDAD ASISTENCIAL	

PRÁCTICAS SEGURAS	
ASPECTO CON QUE ESTÁN RELACIONADAS	Nº PRÁCTICAS SEGURAS
Organización y/o Gestión	5
Comunicación o información a pacientes	
Documentación Clínica	
Mejora de Equipamiento sanitario	1
Prevención de la Infección ligada a la atención	7
Uso seguro de Medicamentos	
Prevención de accidentes del paciente	1
Cuidados y vigilancia o monitorización del paciente	2
Formación a profesionales	1
Identificación de pacientes	1
Mejoras en relación a la continuidad asistencial	
Otras situaciones específicas	
	18

Descripción Prácticas seguras	Aspecto con que está relacionada
Implantación de la <b>lista de verificación quirúrgica</b> en CMA según modelo comunidad de Madrid y en traumatología según documento propio.	Cuidados y vigilancia o monitorización del paciente
Tras los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción de calidad percibida de los Hospitales de la Comunidad de Madrid; nuestro Hospital prioriza un área de mejora referida a Cocina, mejora del <b>grado de satisfacción de la comida</b> (realizando encuestas por parte del Sº de Endocrino)	Organización y/o Gestión
<b>Creación de un grupo de mejora</b> liderado por una de las supervisoras de quirófano para medir el correcto mantenimiento del carro de paradas y definición de las áreas de mejora detectadas	Mejora de Equipamiento sanitario
<b>Encuesta</b> de satisfacción de los <u>pacientes</u> , incluidos en la vía clínica <u>hernia inguinal unilateral</u> sin ingreso. (Pendiente de tabular los datos).	Organización y/o Gestión
Este año los objetivos anuales en la Dirección de Enfermería han sido alineados según <b>las estrategias para la seguridad del paciente</b> , priorizando nuestras áreas de mejora, de entre puntos débiles detectados en la autoevaluación interna y externa del proyecto Séneca, y encuadrados en el modelo EFQM, nombrando responsables para cada uno de ellos.	Organización y/o Gestión
Realizada y <b>tabulados datos de la encuesta</b> sobre la percepción del paciente y del profesional con la acogida segura en hospitalización.	Organización y/o Gestión/Comunicación o información al paciente
Seguridad del paciente relacionado con la prevención de <b>caídas</b> : Desde la Comisión de Cuidados Enfermeros, un Grupo de Expertos analiza la incidencia de las caídas y	Prevención de accidentes de pacientes

estrategias de futuro, y se implanta la Escala Valoración del riesgo de caídas: DOWNTON y el registro de caídas modificado.	
Creación de un grupo de expertos para el análisis de la incidencia del UPP y modificación de los registros para la evaluación de las U.P.P.	Cuidados y vigilancia o monitorización del paciente
Se forma un grupo de mejora liderado por la Microbióloga del Hospital, para la sensibilización de los profesionales, en el lavado de manos y la sustitución de los dosificadores de jabón y alcohol en mal estado.	Prevención de la Infección ligada a la atención
Difusión de carteles instrucciones correcto lavado.	Prevención de la Infección ligada a la atención
Colocación de los dispositivos para el lavado de manos en las Unidades de nueva apertura, se incluyen las salas nueva apertura.	Prevención de la Infección ligada a la atención
APPCC. Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico. Sistema de autocontrol de la seguridad alimentaria basado en la prevención de los riesgos sanitarios relacionados con los alimentos	Prevención de la Infección ligada a la atención
En Mayo 2009, se cargan en todas los ordenadores de los controles de hospitalización unos flash a modo de salvapantallas con los carteles institucionales para el correcto lavado de manos y los 5 momentos.	Prevención de la Infección ligada a la atención
Se amplían las áreas de cobertura con dispositivos de bioalcohol a salas de pacientes y familiares, así como en las entradas a comedores y cafeterías.	Prevención de la Infección ligada a la atención
Aumento del consumo de bioalcoholes en controles de M. Interna y puntos de cuidados.	Prevención de la Infección ligada a la atención

<p>Se ha Detectado un área de mejora relacionada con la eliminación de pulseras en algunos pacientes por edemas en extremidades superiores. En el segundo semestre del año se ha planificado la difusión de los resultados obtenidos y la evaluación del área de mejora implantada. Realizado 2 cortes evaluando con las áreas que utilizan las pulseras y el nº de pacientes que disponen de pulsera</p>	<p>identificación de pacientes</p>
<p>Actualización del listado de medicación para RCP en el carro de paradas de todas las áreas del Hospital que lo requieran.</p>	<p>Mejora de Equipamiento sanitario</p>
<p>Desde la Comisión de Procesos Enfermeros, sensibiliza a los profesionales mediante sesiones comunicando los resultados obtenidos en cada una de las Unidades de Hospitalización.</p>	<p>Formación a los profesionales</p>

## FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE (8)



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

<b>ID. HOSPITAL/ ÁREA:</b>	Santa Cristina
<b>Nombre (Título)</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRURGICA EN TODAS LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS</b>
<b>Área a la que se refiere</b>	Cuidados y vigilancia o monitorización del paciente
<b>DESCRIPCIÓN</b> (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)	<p><b><u>Análisis de la situación/punto de partida/problema:</u></b></p> <p>El Hospital Universitario apuesta por la Mejora continua de la Calidad y en concreto por la seguridad de los pacientes, impulsando: "La seguridad de los servicios del Hospital mediante la implantación de la Hoja de Verificación quirúrgica (Check-list)". Soluciones/ acciones de mejora implementadas: El día 28-09-09, se implanta la Hoja de verificación quirúrgica, siguiendo las recomendaciones institucionales del SERMAS, añadiendo a dicha hoja: una tarjeta identificativa, fecha y Nombre del Servicio quirúrgico de Cirugía General y Digestivo que actúa como servicio piloto.</p> <p><b><u>Soluciones/acciones de mejora implementada:</u></b></p> <p>En una 1ª fase, antes de la inducción anestésica, la enfermera circulante + el anestesiólogo + el Cirujano General, realizan la verificación, cumplimentando cada uno de los requisitos del Check-list, se finaliza con el OK y firma de los 3 profesionales. En una 2ª Fase, que coincide con el fin de la intervención quirúrgica y antes de la salida del paciente del quirófano, se realiza un Chequeo o verificación final, estando presente los tres profesionales, y con las tres firmas, se finaliza la comprobación de todos los requisitos que consta la hoja de verificación, se traslada al paciente al área de recuperación posquirúrgica. <b>Realizan 2 especialidades quirúrgicas: Cirugía y Traumatología. En Enero 2010, se extenderá a todas las especialidades quirúrgicas.</b></p>
<b>EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)</b>	<b><u>Indicadores y métodos de evaluación:</u></b> Nª de especialidades quirúrgicas con lista de verificación implantada/ Total de especialidades quirúrgicas. <b><u>Evaluación= 2 Unidades implantadas/6 especialidades quirúrgicas posibles = 33,33%</u></b>
<b>DATOS DE CONTACTO</b>	José Luís Porrero Carro. Jefe Servicio de Cirugía General y Digestivo. Presidente Comisión de Quirófano. Unidad de calidad 91-5574387
<b>Responsable</b>	José Luís Porrero Carro. Jefe Servicio de Cirugía General y Digestivo. Presidente Comisión de Quirófano
<b>Teléfono</b>	91-5574356
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:jporrero.hscr@salud.madrid.org">jporrero.hscr@salud.madrid.org</a>

## FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE (9)



Observatorio Regional  
de Riesgos Sanitarios

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

<b>ID. HOSPITAL/ ÁREA:</b>	Santa Cristina
<b>Nombre (Título)</b>	<b>Actualización del listado de medicación para RCP en el carro de paradas de todas las áreas del Hospital que lo requieran. 2009</b>
<b>Área a la que se refiere</b>	Organización y/o Gestión
<b>DESCRIPCIÓN (Análisis de la situación/punto de partida/problema) (Soluciones/acciones de mejora implementadas)</b>	<p><b>Análisis de la situación/punto de partida/problema:</b></p> <p>Se detecta la necesidad de 1.- Actualizar una lista muy amplia en la dotación de la medicación del Carro de parada, que se debe consensuar con anestesia. 2.- Conocer el grado de cumplimentación de los criterios de calidad establecidos para la revisión periódica del carro de paradas.</p> <p><b>Soluciones/acciones de mejora implementadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de un grupo de mejora, nombrar secretaria y levantar actas de todas las reuniones, evaluaciones y resultados así como la difusión de los resultados, aplicando el ciclo PDCA.</li> <li>- Se consensúan los criterios de calidad a evaluar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 1 El carro está situado en un lugar de fácil acceso y visible = 100%</li> <li>o 2 Tiene ambú en buenas condiciones = 100%</li> <li>o 3 Tiene balón de O2 en buenas condiciones = 82%</li> <li>o 4 Consta la fecha, firma y nombre en el libro de registro = 94%</li> <li>o 5 Está revisado hace un mes o menos = 88%</li> <li>o 6 Tiene fármacos SIN CADUCAR = 65%</li> <li>o 7 El carro dispone de todo el set de respiración especificado= 47%</li> <li>o 8 El carro dispone de todo el set de circulación especificado = 82%</li> <li>o 9 El carro dispone de toda la medicación especificada = 82%</li> </ul> </li> <li>- <b>Obtenemos nuevas acciones de mejora:</b></li> <li>- Vigiliar las caducidades de la medicación de los carros, en algunas Unidades, solicitar 2 dotaciones de balón de oxígeno, difundir los resultados a cada supervisora y a los profesionales por cada unidad o servicio.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN (indicadores y métodos de evaluación)</b>	<b>Indicadores</b> 1.- % de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos para el correcto mantenimiento del carro de parada. 2.- Registro de medicación actualizado y consensuado con Anestesia <b>y métodos de evaluación:</b> observación directa por profesionales del grupo de mejora.
<b>DATOS DE CONTACTO</b>	Mayte Pérez. Supervisora de Calidad
<b>Responsable</b>	Ana Molina Claudio. Supervisora de quirófano
<b>Teléfono</b>	91-557 4387
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:amolina.hscr@salud.madrid.org">amolina.hscr@salud.madrid.org</a>

## 5.- Comisiones Clínicas

Nombre comisión	Integrantes	Nº Reuniones
Tejidos y Mortalidad	Dr. Vargas Castrillón Dña. M <sup>a</sup> :Antonia Beltrán de Heredia Dña. Margarita Belloso Dra. Espina Flores Dra. Guindal Pérez Dña. Rosa López Jorquera Dra. Lucas Sánchez Dra. Pérez Moro	Se constituye el día 16 de Diciembre de 2009       1
Transfusiones	Dr. Lozano Trotonda Dr. Benito Menéndez Dra. Tijero Páramo Dra. Godoy Tundidor Dra. E. Aranda Izquierdo Dña. Carme Manzanares Dña. Maria Amor Dña. Montserrat García	5

Quirófano	<p>Dr. Porrero Carro</p> <p>Dr. Hernán Prado</p> <p>Dra. F. Mármol Tardáguila</p> <p>Dra. García-Moncó</p> <p>Dr. Grande Baos</p> <p>Dr. Prudencio Parías</p> <p>Dña. Ana Molina Claudio</p> <p>Dña. Dolores García Lozano</p>	3
Historias Clínicas	<p>Dra. Ramos Pérez</p> <p>Dr. Emilio Ucar Corral</p> <p>Dra. Busto Saiz</p> <p>Dra. Neira Borrajo</p> <p>Dr. Botija Bortija</p> <p>Dra. De la Quintana</p> <p>Dña. M<sup>a</sup>. Cruz Plaza Gómez</p> <p>Dña. Inmaculada Arranz Marín</p> <p>Dña. Belén Cuadrado</p> <p>Dña. Rosario Sánchez Herrero</p>	4

<p>Investigación, Docencia y Formación Continuada</p>	<p>Dr. Ucar Corral Dr. García Monzón Dra. Yolanda Martín Lardies Dr. Calderón del Águila Dra. Sáez Sáez Dña. Pilar Martín Martín D. Ricardo Guijarro Crespo Dña. Carmen García Andrade Dr. González del Pino Villanueva</p>	<p>6</p>
<p>Farmacia</p>	<p>Dra. Ramos Pérez Dr. Emilio Ucar Corral Dra. Magdalena Recasens Dña. Paloma Izquierdo Izquierdo Dr. Arribas Leal Dr. Tabra Osorio Dra. Alonso García Dña. Carmen Álvarez Fernández</p>	<p>5</p>

	<p>Dña. Yolanda Vidente Lazcano</p> <p>Dña. Teresa Fernández Villa</p>	
<p>Infecciones. Profilaxis y P. Antibiótica</p>	<p>Dr. Emilio Ucar Corral</p> <p>Dra. Sonia de Miguel Fernández</p> <p>Dra. Velázquez Días</p> <p>Dra. Castillo Fe</p> <p>Dra. De Vicente Martín</p> <p>Dra. Muñoz Sánchez</p> <p>Dña. Ana Izquierdo Izquierdo</p> <p>Dña. Ana Cobo Izquierdo</p> <p>Dña. Ana Pereira Torres</p>	<p>5</p>
<p>Comité de Ética para la Asistencia S.</p>	<p>Dña. Inmaculada Arranz Martín</p> <p>Dña. Belén Arroyo Caballero</p> <p>Dr. Botija Botija</p> <p>Dr. Grande Baos</p> <p>Dra. Contreras Pozuelo</p>	<p>Se realizan 2 Reuniones ordinarias a lo largo del Año..</p> <p>Se realiza una Sesión Extraordinaria sobre “Testamento Vital”, a la que se invita asistir a la misma al personal del</p>

	<p>Da. Antonia Delgado Bodas</p> <p>D<sup>a</sup>.M<sup>a</sup>. Jesús López Manas</p> <p>Dña. Teresa Miguel Martinez</p> <p>D.Javier Moreno Alonso (Abogado)</p> <p>Dra. Moreno Moreno</p> <p>Dña. Petra de Pedro Blanco</p> <p>Dra. Recasens González</p> <p>Dra. Tijero Páramo</p> <p>Dr.La Banda Brusi</p> <p>Dña. Emilia Rodríguez Perera (causa baja a mediados del año 2009)</p>	<p>Hospital, asistiendo un Invitado no perteneiente al Hospital.</p>
--	---	--

## 6.- ACTIVIDADES DE CALIDAD

### 6.1.- Cronograma autoevaluación según el modelo de gestión de la calidad: EFQM

CRONOGRAMA EFQM: CRITERIOS AGENTES																CRONOGRAMA EFQM RESULTADOS								
GRUPO	17	18	20	23	24	25	30	1	4	9	11	14	15	16	21	11	12	13	15	25	26	27	22	
	NO MA	NO MIÉ	NOV VIE	NO LUN	NO MA	NOV MIÉR	NO LUN	DIC MA	DIC VIER	DIC MIER	DIC VIER	DIC LUN	DIC MAR	DIC MIE	DIC LUN	ENE LUN	ENE MA	ENE MIE	ENE VIE	ENE LUN	ENE MAR	EN MIÉ	EN VIE	
Liderazgo (1) Resultados Clave (9)		13,3/ 14,30				13,3/ 14,30				13,30 14,30				13,30 14,30	13,30 / 14,30			13,30 14,30					13,30 14,30	
Política y estrategia (2) Resultados Pacientes (6)			8,30/ 9,30						8,30/ 9,30		8,30/ 9,30								8,30/ 9,30					8,30/ 9,30
Personas (3) Resultados personas (7)	12,30 / 13,30				12,30 13,30			12,30 13,30		12,30 13,30			12,30 13,30				12,30 13,30						12,30 13,30	
*Alianzas Recursos (4) Resultados Sociedad (8)									13,30 14,30				13,30 14,30											
Procesos (5)				13,30 / 14,30			13,30 14,30			13,30 14,30		13,30 14,30					13,30 14,30				13,30 14,30			
Alianzas y Recursos (4) Resultados Sociedad (8)	<b>G. RECURSOS ECONOMICOS Y FINANCIEROS</b> <u>Día 3 diciembre (Jueves)</u> Horario: 13,30 a 14,30 Lugar: Sala reuniones 5ª				<b>G. DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO</b> <u>Día 4 diciembre (Viernes)</u> Horario: 13,30 a 14,30 Lugar: S. Juntas Gerencia				<b>G. TECNOLOGÍA</b> <u>Día 15 diciembre (martes)</u> Horario: 13,30 a 14,30				<b>G. DE LOS EDIFICIOS Y EQUIPOS MATERIALES</b> <u>Día 17 diciembre (Jueves)</u> Horario: 13,30 a 14,30 Lugar: Sala reuniones 5ª				<b>G. DE LAS ALIANZAS EXTERNAS</b> <u>Día 18 diciembre (Viernes)</u> Horario: 13,30 a 14,30 Lugar: Sala Juntas Gerencia 5ª							

## 6.2.- Componentes grupos autoevaluación EFQM.

I LIDERAZGO (1) RESULTADOS CLAVE (9)	
PUESTO DE TRABAJO	NOMBRE Y APELLIDOS
LIDER: Director Médico	Dr. Emilio UCAR CORRAL
Jefe de Sección Ginecología y Obstetricia	Dr. Joaquín BOTIJA BOTIJA
Jefe de Sección M. Interna	Dr. Carlos VERDEJO MORCILLO
Adjunta Enfermería	D <sup>a</sup> Carmen MANZANARES LÓPEZ
Supervisora de Quirófano	D <sup>a</sup> Julia GIMENO OLMO
Enfermera	D <sup>a</sup> Juana RUIZ CRESPO
Jefe de Grupo de Almacén	D <sup>a</sup> Maribel CAÑAMÓN SERRANO
Anestesiista	D <sup>a</sup> Teresa Tijero Páramo Fecha incorporación al grupo el 20 nov. 2009

POLÍTICA Y ESTRATEGIA (2) RESULTADOS PACIENTES (6)	
PUESTO DE TRABAJO	NOMBRE Y APELLIDOS
LIDER: Directora de Enfermería	D <sup>a</sup> ASCENSIÓN ROBLEDO GONZÁLEZ
Enfermero Quirófano	D. CONSTANCIO MARTINEZ LÓPEZ
Secretaría (Gerencia)	D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> JESÚS ROMANO GONZÁLEZ
Jefe S <sup>o</sup> de Admisión	DRA. FELISA MÁRMOL TARDAGUILA
Enfermera de Atención al Paciente	D <sup>a</sup> PRISCA GARCÍA AMO
Auxiliar de Enfermería (Corretornos)	D <sup>a</sup> ISABEL LOPEZ CORTEGANA
Trabajadora Social	D <sup>a</sup> ROSARIO SANCHEZ HERRERO
Jefe Sección Traumatología	DR. MIGUEL ANGEL HERNAN PRADO

<b>PERSONAS (3)</b>		<b>RESULTADOS PERSONAS (7)</b>
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>		<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>
LIDER: Subdirector de Enfermería		D. AMARO RODRIGUEZ MURCIEGO
Sindicatos	SATSE	D <sup>a</sup> ALMUDENA EZQUERRA
	CCOO	D <sup>a</sup> CARMEN RUIZ DEL PORTAL
Jefe de Celadores		D ENRIQUE SÁNCHEZ GARCÍA
Adjunto de M. Interna		D FAUSTINO LA BANDA BRUSI
Secretaria de Servicios Médicos		D <sup>a</sup> NOEMI BRAVO GOMEZ

<b>ALIANZAS Y RECURSOS (4) RESULTADOS CON LA SOCIEDAD (8)</b>				
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>		<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>		
LIDER: Directora de Gestión		D <sup>a</sup> Lourdes Alcántara Fernández		
<b>S U B C R I T E R I O S</b>				
<b>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO</b>	<b>GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y MATERIALES</b>	<b>GESTIÓN RECURSOS ECONÓMICOS FINANCIEROS</b>	<b>GESTIÓN DE LAS ALIANZAS EXTERNAS</b>
D. Eduardo Castañeda (MAN)	Dr. Juan Glez. del Pino (TRA)	D. Eduardo Castañeda (MAN)	D. José M. Paúl (SUM)	Dr. Juan Glez. del Pino (TRA)
D. José M. Paúl (SUM)	D. Saturnino Díaz (BIBLIOT)	D. José M. Paúl (SUM)	D <sup>a</sup> Esperanza Jiménez (GEC)	Dr. Carlos Grande (OFT)
Dr. Carlos Lozano (LAB)	Dr. Carmelo García Monzón (MI)	Carmen Gómez (HOST)	D. Ricardo Andúes (Control Gestión)	Dr. Javier Vargas (ANAT)
Dr. Rafael Llopis (TRA)	D <sup>a</sup> Pilar Martín (Superv. Formación Calidad)	D <sup>a</sup> Carmen Manzanares (Superv. Rec. Mat.)	D <sup>a</sup> Carmen Manzanares (Superv. Rec. Mat.)	Dra. Rosa Calvo (UTCA)
Dr. Carmelo García Monzón (MI)	Dr. Carlos Grande (OFT)	Dra. M <sup>a</sup> José Alcaraz (Rx)	D <sup>a</sup> Eduardo Castañeda (MAN)	D <sup>a</sup> Anabel Castro (SAE)
D <sup>a</sup> Maite de Mora (INF)	D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Teresa de Mora (INF)	Dr. Carlos Lozano (LAB)	D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Jesús Muñoz (FAR)	Dra. M <sup>a</sup> Cruz Sánchez V.. (SAPC)
D <sup>a</sup> Carmen Manzanares (Superv. Rec. Mat.)	D <sup>a</sup> Jesús Fernández. (RR.HH)	D <sup>a</sup> Enrique Redondo (CEL)	Dr. Carlos Lozano (LAB)	D. Enrique Redondo (CEL)
D. Antonio Ariza Marín (Subdirector Gestión)	D. Antonio Ariza Marín (Subdirector Gestión)	D. Antonio Ariza (Sub. Gestión)	D. Antonio Ariza (Sub. Gestión)	D <sup>a</sup> Rosario Sánchez (TRAB. SOC)
	D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> José (Secretaria. Dirección Gestión)			

<b>PROCESOS (5)</b>	
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>
LIDER : Jefe de Servicio de Cirugía	Dr. José Luis Porrero Carro
Jefe de S <sup>o</sup> de Radiodiagnóstico	Dra. M <sup>a</sup> José Alcaraz Mexia
TEL.- Laboratorio	D <sup>a</sup> . Fátima Montero Corrales
Adjunta de Farmacia	D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Jesús López Muñoz
Enfermero de Quirófano	D. Rubén Colmenarejo Sánchez
Jefe de Sección Gestión	D. Ricardo Andúes Molero
Técnico de Informática	D <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Teresa de Mora Losana
Jefe de Sección de S <sup>o</sup> Generales	D <sup>a</sup> Carmen Gómez Arguijo
Esterilización	D <sup>a</sup> Ana Molina Claudio

## 6.2.-Objetivos de Calidad y Seguridad del Paciente de la Dirección de Enfermería

RESULTADOS OBJETIVOS DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA 2009				
ENCUADRADOS EN EL MODELO DE CALIDAD EUROPEO EFQM				
CON ENFOQUE Y DESPLIEGUE CENTRADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE				
CON METODOLOGÍA DEL CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD O CICLO DE DEMING				
O.S.2.1.- SISTEMA DE INFORMACIÓN COMUN Y CUADRO DE MANDO-RESULTADOS CLAVE DIRENF 2009				
		RESULTADO A 15 Julio-09.	RESULTADO A 15 Sept-09.	RESULTADO A 15 Dic-09.
EFQM: Nº 1 LIDERAZGO				
O.S.1.3.2.	% Directivos y mandos ENFERMERÍA lideran equipos			59%
O.S.1.3.2.1	% reconocimientos a profesionales, realizados por la DIRENF	.....		16%
EFQM: Nº 2 POLITICA Y ESTRATEGÍA				
O.E.S.P.1.1.4	% directivos, mandos y profesionales DE ENFERMERÍA QUE favorecen una política de comunicación interna: asisten y difunden objetivos anuales ( política participativa).	85%		
EFQM: CRITERIO Nº 3 y 7: MEJORA LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES (1)				
O.S.1.3.2.2	% de profesionales de cada Unidad que pertenecen a equipos. ( 60 profesionales de la DIRECCIÓN ENFERMERÍA a 31 dic 2009)	11%		18%
O.E.1.3.2	% de <u>profesionales</u> sensibilizados por Unidad en aspectos de seguridad del paciente	0%		12%
O.E.1.3.2	% de <u>Unidades</u> sensibilizadas EN ALGÚN ASPECTO DE CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE	0%		28%
O.E.1.3.2	TOTAL trabajos científicos , presentados-realizados	0		6

EFQM: Nº 5 MEJORA DE LOS PROCESOS : OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE -(O.S.4.6)MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS				
O.C.P.13.3.	% de Áreas que utilizan pulseras identificativas	88,89%		100%
	% utilización pulseras en HUSC	60,63%		73,41%
O.S.4.6(4-5). O.C.P.13.5	% pacientes con ulcera por presión <u>adquirida</u> durante su ingreso ( corte transversal 14 julio-09)	6,82%		9,52%
O.S.4.6(4-5). O.C.P.13.5	% pacientes con evaluación de <u>riesgo</u> de las úlceras por presión (UPP)			100%
	% Pacientes sufren caídas intrahospitalarias, incidencia de CAÍDAS	0,77%		0,41%
O.S.4.5.(O.C. P.13.4)	Total Consumo de Bioalcoholes, global HUSC	6,16ml / Estancia		121,51 ML/ ESTANCIA
O.S.4.5.(O.C. P.13.4)	% de Áreas en que se utilizan soluciones alcohólicas	87%		100%
// EFQM: Nº 6: PERSPECTIVA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES				
	% pacientes contestan la encuesta de percepción de la Acogida en Hospitalización		98%	
	% profesionales contestan la encuesta sobre la Acogida del Paciente en Hospitalización		100%	
EFQM: Nº 9 RESULTADOS CLAVES DIRENF				
O.E.S.P.2.1.5.	Cuadro mandos informatizado en Red INTERNA DIRENF HUSCR	100%		
O.E.S.P.2.1.4	Diseñadas indicadores en hoja cálculo informatizada, para recogida de datos	100%		
O.E.S.P.2.3.1.	Diseñadas herramientas y cargadas en red INTERNA DIRENF HUSCR	100%		
O.E.S.P.2.1.5	Cargadas en red INTERNA DIRENF HUSCR toda documentación consecución objetivos, todos directivos y mandos.	100%		