

MEMORIA DE CALIDAD DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA CAZA

AÑO 2014

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Estrategia.....	4
A. Unidad de Calidad.....	4
B. Participación de los profesionales	5
a. Comisiones clínicas	5
b. Comités	29
c. Grupos de trabajo	36
3. Procesos Asistenciales	43
A. Seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria	43
B. Información y autonomía del paciente	54
a. Consentimientos Informados	54
C. Guías de actuación (protocolos....)	62
D. Gestión por procesos.....	63
4. Resultados clave.....	64
A. Indicadores de calidad	64

1. INTRODUCCIÓN

La memoria que presentamos corresponde al año 2014. En ella hemos pretendido desarrollar una política de calidad siguiendo varias líneas estratégicas en Calidad y seguridad del Paciente, con una adecuada utilización de los recursos disponibles y en coherencia con las directrices de la Dirección-Gerencia del Complejo Asistencial. En 2014 se han producido cambios en la Unidad de Calidad ya que el Dr. Pinto cesó como Coordinador de Calidad en agosto de 2014 al ser nombrado Jefe de Sección de Anatomía Patológica.

Dichas líneas estratégicas son:

- Coordinar la participación de los profesionales, desde un punto de vista multidisciplinar, a través de:
 - Comisiones clínicas.
 - Grupos de trabajo.
 - Comités oncológicos.
- Considerar como procesos asistenciales prioritarios los enfocados a la seguridad, información y autonomía del paciente:
 - Indicadores de estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud.
 - Revisión de los documentos de consentimiento informado de los servicios.
 - Aplicar las herramientas de gestión de riesgos en determinadas áreas.
 - Continuar en la elaboración de vías clínicas y protocolos.
- Analizar los indicadores de Calidad del Complejo Asistencial, facilitados por los Servicios de Admisión y Medicina Preventiva.
- Actualizar el Subportal del Complejo Asistencial de Zamora del Portal de Sanidad de Castilla y León, que servirá como herramienta de difusión de la actividad científico-técnica de los profesionales.
- Impulsar la publicación digital de la revista Nuevo Hospital. El comité editorial de la revista ha decidido realizar una publicación cuatrimestral sólo en formato electrónico que estará disponible en el Subportal del Complejo Asistencial de Zamora del Portal de Sanidad de Castilla y León.
- Seguir las directrices de las líneas estratégicas de Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia Regional de Salud del SACYL (2011-2015).

Seguiremos desarrollando estas líneas de actuación los próximos años para tratar de conseguir una Asistencia Sanitaria de Calidad que además de ser un derecho de los pacientes, es una prioridad de nuestra organización.

2. ESTRATEGIA

A. UNIDAD DE CALIDAD

Está en la Planta Baja del Hospital Virgen de la Concha. Formada por un despacho administrativo y sala de reuniones.

Recursos Humanos:

- Coordinador de Calidad: *Jesús Pinto Blázquez hasta agosto de 2014. Coordinadora en funciones: Cristina López Hernández.*
- Supervisora del Área de Calidad: *Mª Isabel Carrascal Gutiérrez*
- Auxiliar Administrativo: *Mª Nieves Tapia Galván*

Teléfono: 980548388

Correo electrónico: ucalid.hvcn@saludcastillayleon.es

Página Web del Complejo Asistencial de Zamora: <http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora>

Se han actualizado de la web las páginas:

- Estructura y órganos de dirección
- Comisiones hospitalarias
- Cartera de servicios
- Calidad
- Publicaciones:
 - o Revista Nuevo Hospital 2001-2006:
http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora/tkContent?idContent=900777&locale=es_ES&textOnly=false
 - o Revista Nuevo Hospital 2014:
http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora/tkContent?idContent=918529&locale=es_ES&textOnly=false
- Docencia

B. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

a. Comisiones Clínicas

➤ Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política de antibióticos

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 1 de abril de 2014.
 - 3 de junio de 2014
 - 24 de junio de 2014.
 - 25 de noviembre de 2014.
- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:
 - Protocolo VIH neonatal: Objetivo cumplido
 - Protocolo gripe. Realizar curso sobre gripe. Objetivo cumplido
 - Revisión Antisépticos: en realización
 - Revisión de Herida Quirúrgica: Objetivo no cumplido.
 - Cuidados catéteres centrales en 5^a planta: Objetivo cumplido.
 - Código sepsis pendiente de documento del Ministerio: Objetivo no cumplido.
 - Difundir las actividades realizadas.
- Protocolos de recomendación elaborados:
 - Protocolo VIH neonatal.
 - Protocolo Gripe.
- Actividades Formativas:
 - Curso sobre Gripe.

➤ Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 23 de marzo de 2014
 - 20 de mayo de 2014.
 - 24 de junio de 2014
 - 23 de septiembre de 2014.
 - 7 de octubre de 2014.
 - 18 de diciembre de 2014.

- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:

Objetivos:

- Coordinación de los Comités de Tumores
- Implantación de recogida de información TNM en el registro Hospitalario de tumores.
- Protocolos de derivación de pacientes AP/AE
- Estudio demora diagnóstica y terapéutica en casos presentados en Comité de Digestivo.
- Difusión de las actividades realizadas: memoria de actividades.

Seguimiento de Objetivos:

- Coordinación de los Comités de Tumores:

Además de los comités de tumores ya existentes, se propone la puesta en marcha del comité de urología dada la prevalencia de patología en esa área. Se comenta este objetivo con el Dr Porto y la Dra Portugal. Se considera adecuado y necesario la incorporación del responsable de la consulta específica, al comité de ginecología.

- Implantación de recogida de información TNM en el registro Hospitalario de tumores:

La estadificación tumoral, mediante la clasificación TNM, es un dato no reflejado en el registro hospitalario de tumores, porque con frecuencia no figura en la historia clínica o informe de alta. Para intentar subsanarlo se propuso que fuese en el servicio de oncología donde se recogiera ese dato. Se informa a la dirección de ello para que establezca el procedimiento y de ese modo poder recoger dicha información que se considera básica en cualquier registro de tumores.

En años anteriores (2012 y 2013) se ha estado trabajando en la Comisión en el registro de tumores del Complejo Asistencial. En 2012 se realizó un procedimiento de recogida de información y en 2013 se realizó por parte de los miembros de la Comisión un seguimiento en 138 pacientes de Cáncer de Colon con los siguientes parámetros y resultados:

- Protocolos de derivación de pacientes AP/AE:

Teniendo en cuenta el criterio frecuencia tumoral, se decide que los protocolos de derivación que se diseñarán serán: cáncer de pulmón, colon, ORL (cavum y laringe) y vejiga. Se organizan los grupos de trabajo para elaborar dichos protocolos en colaboración con los servicios responsables, y con la información que recomienda la literatura científica. Una vez diseñados y aceptados por la comisión, se presentarán a los coordinadores de los centros de salud para su puesta en marcha. Sería deseable poder hacer un seguimiento para poder evaluar su aplicabilidad.

- Estudio demora diagnóstica y terapéutica en casos presentados en Comité de Digestivo:

Se revisaron 100 historias clínicas de pacientes que se habían presentado en el comité de digestivo en el primer semestre de 2014. La información fue recogida en una hoja de datos diseñada para tal fin y que contenía variables epidemiológicas, de localización del tumor,

fecha de presentación en el comité, tiempo transcurrido entre el diagnóstico anatomo-patológico y su valoración por el comité y fecha de inicio del tratamiento. Las conclusiones se evalúan en la comisión de tumores y se puede resumir:

- Con frecuencia falta información en la historia clínica sobre las decisiones adoptadas.
- Ausencia de una estructura definida o circuito establecido
- No se han producido demoras significativas a la hora de presentar los casos en el comité ni en la consulta de oncología médica o radioterápica en relación a la fecha de presentación en el comité
- El inicio del tratamiento oncológico o radioterápico se efectuó sin una demora significativa según los tiempos establecidos en la literatura.

Difusión de las actividades realizadas en forma de la Memoria anual.

- Protocolos de recomendación elaborados:
 - Registro Hospitalario de tumores. Puesta en marcha del Manual de procedimiento de recogida de información del registro hospitalario de tumores, que incluye:
 - Metodología de trabajo
 - Definición de caso
 - Fuente de identificación de casos
 - Población de estudio
 - Datos a recoger
 - Archivo
 - Control de calidad
 - Confidencialidad
 - Utilización de los datos
 - Bibliografía
 - Procedimiento de recogida de la información
- La normalización en la recogida de los datos de estos registros, es imprescindible para su funcionamiento, ya que son muchos y diferentes los profesionales implicados y muchos los cambios que suceden en las ciencias de la salud, exigiendo su actualización de forma permanente. Esta normalización afecta tanto a la identificación y uso de las fuentes de información, (exhaustividad), como en el seguimiento de las instrucciones para la recopilación de los datos y la codificación de las variables que los conforman, (uniformidad), para que la información obtenida sea fiable y oportuna, permitiendo la comparabilidad de sus resultados.

En el año 2013 hemos aplicado dicho procedimiento en los Cánceres de Colon del año 2012 (es uno de los objetivos de la Comisión para el 2013), con los siguientes resultados:

Nº TOTAL DE CASOS EN 2012: 138 pacientes con cáncer de colon.

DATOS DEL PACIENTE:

Se recogen en todos los casos:

- CIP (código de identificación del paciente)
- Sexo
- Fecha de nacimiento.
- Dirección
- Municipio
- Provincia.
- Centro

DATOS DEL TUMOR:

- **Fecha del diagnóstico clínico** (Fecha de primera consulta o ingreso en el Hospital a partir de la cual se inician los estudios para confirmar el diagnóstico:

Se recogen en todos los casos:

- Fecha de prescripción de colonoscopia.
- Fecha de realización de colonoscopia

- **Fecha de diagnóstico de Anatomía Patológica:** Recogido en todos los casos.

- **SNOMED: TOPOGRÁFICO Y MORFOLÓGICO** (T-localización, M-diagnóstico):

- T- recogido en todos los casos.
- M- recogido en todos los casos con los siguientes códigos:
 - M- 8140/3: adenocarcinoma.
 - M- 8480/3: adenocarcinoma mucinoso.
 - M- 8010/3: carcinoma
 - M- 8210/3: adenocarcinoma sobre pólipos adenomatosos.
 - M- 8000/3: tumor maligno.

- **Base del diagnóstico:**

- Código 7 (biopsia de tumor principal): 129 casos (93 %)
- Código 9 (desconocido): 9 casos (7 %)

- **Estadio (T,N,M):** no recogido en la mayoría de los casos.

- **Fecha de último contacto:** información disponible solo en casos de hospitalización pero no en casos de Atención Primaria.

- **Fecha de exitus:** recogido en todos los casos.

En dicho registro consta como fecha de diagnóstico RHT la fecha de realización de colonoscopia y debe de constar como fecha RHT la fecha de diagnóstico de Anatomía Patológica.

➤ **Comisión de Historias Clínicas**

- Reuniones ordinarias realizadas:

- 27 de marzo de 2014
- 17 de junio de 2014
- 14 de noviembre de 2014.
- 16 de diciembre de 2014.

- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:

Objetivos:

- Colaborar en todo lo que se refiere en la implementación de la Historia Clínica electrónica.
- Realizar informe de alta en los pacientes que fallecen.
- Acceso a informes de estudios endoscópicos a través del portal de Complejo.
- Impulsar el informe de alta electrónico a través de carpetas compartidas.
- Difundir las actividades realizadas.

Seguimiento de Objetivos:

- Colaborar en todo lo que se refiere en la implementación de la Historia Clínica electrónica:
Objetivo realizado. Se ha implantado Jimena en el Servicio de Urgencias.
- Realizar informe de alta en los pacientes que fallecen: Objetivo realizado.
- Acceso a informes de estudios endoscópicos a través del portal de Complejo: Objetivo no realizado.
- Impulsar el informe de alta electrónico a través de carpetas compartidas: Objetivo no realizado.
- Difundir las actividades realizadas: Se realizará memoria anual de la Comisión.

➤ **Comisión de Tecnología y Adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos**

- Reuniones ordinarias realizadas:

- 14 de abril de 2014
- 2 de junio de 2014
- 1 y 15 de diciembre de 2014

- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:

Objetivos:

- Asesorar en el Plan de necesidades.
- Identificar y analizar los GRD's con mayor porcentaje de estancias evitables.
- Elaborar/implantar/evaluar guías-protocolos en el ámbito asistencial.
- Difundir las actividades realizadas.

Seguimiento de Objetivos:

- Asesorar en el Plan de necesidades: Objetivo cumplido. Se ha elaborado un documento con 25 propuestas y líneas de mejora en el CAZA de las tecnologías y adecuación de los Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
- Identificar y analizar los GRD's con mayor porcentaje de estancias evitables: Objetivo cumplido. Porcentaje de estancias evitables en determinados GRD's < 5 % al porcentaje obtenido en 2013. Indicador A3-1.1 del PAG 2014, pag. 34: GRD 073, GRD 189, GRD 311, GRD 243.
- Elaborar/implantar/evaluar guías-protocolos en el ámbito asistencial: Objetivo cumplido.
- Difundir las actividades realizadas: Se enviará memoria anual de la Comisión.

- Protocolos de recomendación elaborados:

Se han realizado los siguientes protocolos:

- Cuestionario para registrar las incidencias en la utilización del material fungible en el Complejo Asistencial. Elaborado por: M^a Isabel Carrascal, Nicolás Cruz, Jesús J. Cuello, M^a Cruz Mato, Jesús Pinto, Elena Fernández Rodríguez. y Elisa Pérez Bernal.
- Protocolo para homogeneizar los informes de Anatomía Patológica: elaborado por Jesús Pinto.
- Proceso de Atención al Paciente Crónico pluripatológico en el área de salud de Zamora. Elaborado por Mar Burgoa Arenales y Teresa Garrote Sastre.
- Se ha elaborado el documento 25 propuestas y líneas de mejora en el Complejo Asistencial de Zamora en el área de las tecnologías y adecuación de los medios diagnósticos y terapéuticos.

➤ **Comisión de Farmacia y Terapéutica**

- Reuniones ordinarias realizadas:

- 6 de marzo de 2014
- 22 de abril de 2014
- 18 de noviembre de 2014
- 11 de diciembre de 2014.

- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:
 - Potenciar la prescripción de envases de especialidades farmacéuticas pertenecientes a un conjunto de principio activo con EFG
 - Difundir el portal de URM como herramienta informativa, docente, para publicaciones,..
 - Intentar disminuir, la prescripción de novedades catalogadas como mejora terapéutica a demostrar.
 - Medidas para la adecuación del consumo en volumen de IBP.
 - Medidas para la adecuación del consumo en volumen de antidepresivos.
 - Selección de IBP eficientes (% omeprazol sobre IBPs).
 - Selección de antidepresivos eficientes (citalopram, sertralina, fluoxetina, paroxetina sobre otros)..
 - Selección de estatinas eficientes (% simvastatina sobre otros).
 - Selección de IECAs y ARA II eficientes (*).
 - Seguimiento, análisis información y/o medidas aplicar en el presupuesto de prescripción farmacéutica por recetas.
 - Seguimiento, análisis, medidas aplicar en el presupuesto de farmacia hospitalaria.
 - Medicamentos incluidos en la Guía deben ser solicitados a la CFT en forma y plazos.
 - Medicamento incluido en la Guía debe disponer de informe técnico presentado en la CFT.
 - Mejora de la seguridad del uso de medicamentos (Hospitales+ Residencias).
 - Difundir las actividades realizadas (**)

(*).- enalapril, ramipril, lisinopril, captopril, quinapril; los anteriores más diuréticos; enalapril-lercanidipino; losartan y este más diuréticos

(**).-Comunicar desde la CFT y en el plazo de una semana, la información relevante a los jefes de Servicio.

La evaluación de los nuevos medicamentos solicitados y de los objetivos se ha ido realizando de manera continuada a lo largo del año.

Se incluyeron en GFT:

- Vacuna neumococica Prevenar
- Pertuzumab y Sorafenib.
- Rifaximina.
- Inhibidores de la Integrasa.

Quedan pendiente de valoración el grado de consecución de la mayoría de los objetivos.

- Protocolos de recomendación elaborados:
 - Protocolos de antisépticos: En colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva se ha actualizado el Protocolo de Antisépticos. El nuevo procedimiento potencia el uso de Clorhexidina en detrimento de la povidona yodada para aquellos casos en los que no exista contraindicación.
 - Procolización de procesos prevalentes en el anciano para su implantación en las residencias socio-sanitarias.

➤ Comisión de Investigación y Biblioteca

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 18 de marzo de 2014
 - 27 de mayo de 2014
 - 10 de noviembre de 2014
 - 16 de diciembre de 2014.
- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:
 - Al menos 2 líneas de investigación con proyectos financiados o presentados para financiación por agencias externas: Al menos 2 líneas de investigación con proyecto: Cumplido.
 - Anunciar las convocatorias de financiación de la investigación: > 90 %: Cumplido.
 - Inclusión de al menos un proyecto de investigación por servicio/unidad en el plan anual de gestión: 0,25 proyectos por servicio/unidad: No cumplido.
 - Comprobar el cumplimiento de objetivos de investigación y publicación de los residentes: >50% de residentes >2º año con publicación anual.
 - >25% de los residentes en último año con proyecto registrado. Organizada la sesión de presentación de proyecto de residentes el 12 de febrero.
 - Realizar informes sobre evidencia en cuidados: Al menos 1 informe: Cumplido.
 - Realizar cursos de formación en investigación en enfermería: Al menos un curso en 2014: Cumplido.
 - Evaluación anual de las líneas de investigación abiertas, con proyectos financiados o presentados para financiación: Memoria de investigación anual. Pendiente de la Memoria.
 - Proyectos de investigación correctamente registrados: > 75 % de proyectos registrados: pendiente de la Memoria.
 - Evaluación anual de las publicaciones científicas realizadas a partir de proyectos de investigación: Memoria Anual: Pendiente de Memoria.
 - Inclusión de al menos un artículo por servicio/unidad en el plan anual de gestión: 1 artículo de media por Servicio: cumplido (pendiente de la Memoria).

- Control de los protocolos elaborados de acuerdo al procedimiento oficial: al menos un 70 %: Cumplido.
- Publicación en formato PDF de los protocolos registrados en la página web del hospital: > 90 % de los protocolos registrados incorporados la página web.: Pendiente de habilitar en la página web una carpeta para los protocolos, que ya están disponibles en PDF.
- Fomentar el uso de los recursos y servicios bibliotecarios y servicios bibliotecarios: Taller de uso de recursos bibliográficos: 1 taller en el año 2014. Visita de los residentes/enfermería del primer año: Cumplido.
- Potenciar el acceso a la Biblioteca Digital: Actualización de los manuales/guía de los principales recursos: Cumplimiento parcial.
- Difundir las actividades y servicios realizados por la Biblioteca: Memoria Anual: Pendiente de la Memoria.

➤ **Comisión de Nutrición**

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 9 de abril de 2014
 - 16 de octubre de 2014.
 - 6 y 20 de noviembre de 2014. Extraordinarias.
- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:
Objetivos:
 - 1 Trabajar con Enfermería para implementar el registro generalizado de peso y talla en todo paciente al ingreso hospitalario
 - 2 Obtener un listado de los suplementos nutricionales orales actualmente disponibles para prescripción en el Servicio de Farmacia Hospitalaria para su uso en pacientes ingresados. Valorar la adecuación de dicho listado. Promover y valorar periódicamente desde la Comisión de Nutrición la inclusión o retirada si procede de suplementos en dicho listado en base a criterios científicos de utilidad real. Actualizar periódicamente y ofrecer información accesible de dicho listado de productos al personal facultativo y de enfermería.
 - 3 Ofrecer información y formación para el personal facultativo para mejorar la utilización y adecuación de la prescripción de los suplementos nutricionales orales considerando su uso como un acto terapéutico que debe conllevar la adecuada elección del producto en base a su composición y características (textura, palatabilidad...), su indicación en base a una previa valoración nutricional y un seguimiento clínico periódico una vez indicado. Ofrecer información y formación para el personal facultativo para mejorar la utilización y adecuación de la prescripción de fórmulas comerciales de nutrición parenteral (Smofkabiven) considerando su uso como un acto terapéutico que debe conllevar una correcta indicación, una valoración nutricional previa, y un estrecho seguimiento clínico.

- 4 Realizar y distribuir una Guía dirigida a personal facultativo y de enfermería con información sobre aspectos prácticos en relación con aspectos nutricionales, de utilidad en el ámbito hospitalario (nutrición enteral, nutrición parenteral, codificación y características de las distintas dietas hospitalarias, programa DIETTOOLS)
- 5 Optimización de las dietas hospitalarias. Revisión y tabulación de las características nutricionales de los platos.
- 6 Inclusión de dietas específicas para procesos concretos: nefropatías predialisis ,enfermedad inflamatoria intestinal, dieta astringente pediátrica.
- 7 Realizar un proyecto de vía clínica en el paciente con indicación de cirugía oncológica digestiva (Ca colon) para el despistaje de desnutrición o de riesgo nutricional y la indicación si procede del soporte nutricional más adecuado antes de la intervención y su seguimiento en periodo peri y postoperatorio.

Seguimiento de Objetivos:

- 1-Se ha conseguido implementar de manera bastante generalizada, la medida y registro de peso y talla en pacientes ingresados en área quirúrgica con patología neoplásica (colon, gástrica y procedentes de UCI). **Pendiente** de la generalización de medida y registro en todo paciente hospitalizado.
- 2-Se ha obtenido el listado de productos nutricionales orales disponibles para dispensación en el Hospital. Se ha actualizado periódicamente (mensualmente) dicho listado y está disponible en la pagina web de SACYL. También se ha entregado el listado en los Controles de Enfermería en formato papel, recordando el acceso del mismo actualizado mes a mes en la página web de Sacyl Se ha remitido a Dirección Médica la petición para que se reconozca a la Comisión de Nutrición como órgano Asesor que controle la disponibilidad de productos nutricionales en el paciente hospitalizado en base a criterios objetivos científicos de utilidad clínica. No se ha obtenido respuesta por parte de Dirección Médica. **Pendientes** la propuesta de inclusión de nuevos productos, proponer ampliación de oferta de sabores en alguno de los productos,
- 3-Se ha realizado Sesión Clínica General Hospitalaria “Estrategias de Soporte Nutricional en el paciente hospitalizado”(Dra Muñoz Muñiz, M.C, S.Endocrinología). Se ha puesto a disposición en pagina web de SACYL del trabajo “Cuidados de Enfermería en pacientes con Nutrición Enteral” (Yugueros Valladares, M.V, Pérez Montejo, T, enfermeras Sº Cirugía General) Remitido para publicación en revista “Nuevo Hospital” del artículo sobre ostomías (Yugueros Valladares, M.V, Pérez Montejo, T, enfermeras Sº Cirugía General). **Pendiente** de solicitar a Dra M.Almendra, S.Endocrinología el documento formativo sobre Nutrición artificial para su ubicación en la carpeta de la Comisión en la web de SACYL

- 4-Se ha iniciado tras reuniones extraordinarias de miembros de la Comisión de Nutrición (secciones de endocrinología y T.S dietética) el proyecto de realización de la Guía Nutricional. Elaborado unas directrices básicas de formato, un plan de contenidos y nombrados coordinadores de cada parte de la Guía. **Pendiente** de avanzar en su desarrollo
 - 5-Se realizó una valoración preliminar de las dietas hospitalarias . **Pendiente** de progresar en la revisión y tabulación de las caracterización nutricional de las dietas hospitalarias. Se pospuso su realización, ante la constatación por parte de la miembro de la comisión perteneciente al Sº de hostelería de los constantes cambios actuales en los proveedores. Se retomará este tema una vez estabilizada la situación. .
 - 6-Se han realizado dietas específicas para pacientes con nefropatía en predialisis, para pacientes celiacos y dieta astringente pediátrica. **Pendiente** realización de dieta específica para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
 - 7-Ya planificado de forma coordinada con los Servicios de Cirugía General y Sección de Endocrinología y Digestivo la consulta monográfica nutricional prequirúrgica para paciente oncológico (neo colon). Avanzado el proyecto de instauración de consulta nutricional preoperatorio. Se está finalizando el proyecto y se ha contactado con otros Hospitales de nuestro entorno con experiencia en dicha consulta para importar experiencias. **Pendiente** de su concreción definitiva y puesta en marcha (no funcionando ya por baja médica de la facultativa inicialmente responsable de la puesta en marcha de dicha consulta).
- Actividades Formativas:
- Sesión Clínica General Hospitalaria "Estrategias de Soporte Nutricional en el paciente hospitalizado"(Dra Muñoz Muñiz, M.C, Endocrinología). Se ha puesto a disposición en pagina web de SACYL del trabajo "Cuidados de Enfermería en pacientes con Nutrición Enteral" (Yugueros Valladares, M.V, Pérez Montejo, T, enfermeras Sº Cirugía General) publicación en revista "Nuevo Hospital" del artículo sobre ostomías (Yugueros Valladares, M.V, Pérez Montejo, T, enfermeras Sº Cirugía General). Sesión Clínica General Hospitalaria "Estrategias de Soporte Nutricional en el paciente hospitalizado"(Dra Muñoz Muñiz, M.C, S. Endocrinología). Se ha puesto a disposición en pagina web de SACYL del trabajo "Cuidados de Enfermería en pacientes con Nutrición Enteral" (Yugueros Valladares, M.V, Pérez Montejo, T, enfermeras Sº Cirugía General) publicación en revista "Nuevo Hospital" del artículo sobre ostomías (Yugueros Valladares, M.V, Pérez Montejo, T, enfermeras Sº Cirugía General).

➤ Comisión de Transfusión

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 17 de abril de 2014.
 - 19 y 26 de junio de 2014.
- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:

Objetivos:

- Desarrollo / Valoración de los programas de autotransfusión vigentes.
- Promover el uso adecuado de la transfusión.
- Desarrollo / Valoración Programa de Hemovigilancia (Auditoria de las reacciones adversas de la transfusión)
- Valoración anual de la actividad transfusional (CAZA / Banco de Sangre)
- Implementación nuevo sistema gestión informática en red (eDelphyn) Banco de sangre

Seguimiento de Objetivos:

- Desarrollo / Valoración de los programas de autotransfusión vigentes: Objetivo cumplido.
- Promover el uso adecuado de la transfusión: Objetivo cumplido.
- Desarrollo / Valoración Programa de Hemovigilancia (Auditoria de las reacciones adversas de la transfusión): Objetivo cumplido.
- Valoración anual de la actividad transfusional (CAZA / Banco de Sangre): Objetivo cumplido.
- Implementación nuevo sistema gestión informática en red (eDelphyn) Banco de sangre: Objetivo cumplido.

➤ Comisión de Formación Continuada

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 13 de marzo de 2014.
 - 6 de mayo de 2014.
 - 14 de noviembre de 2014.
 - 19 de diciembre de 2014.
- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:

El Dr. Blanco Sanchon informa que la memoria de la comisión se realizará en febrero de 2015. en reunión de Comisión central de Garantía de Calidad de diciembre de 2014 expone los siguientes datos provisionales:

- El Dr. Blanco hace un resumen de los objetivos de la Comisión si bien comunica que no se ha cerrado aún el total de actividades.
- La Comisión ha tenido 5 reuniones y se han realizado 63 actividades según el PAG 2014 (29 para facultativos, 24 para sanitarios no facultativos y 10 para personal no sanitario).

- Se han realizado 120 actividades, el 50 % a coste 0 (34 para facultativos, 43 para sanitarios no facultativos y 9 para no sanitarios). Con un total de 2347 participantes en 1164 horas impartidas.
- Se han acreditado el 100 % de sesiones clínicas, el 100 % de actividades acreditables en las que han participado 10 Unidades hospitalarias.
- Se hará memoria anual de la Comisión.

➤ **Comisión Central de Garantía de Calidad**

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 25 de abril de 2014.
 - 23 de diciembre de 2014.
 - Reuniones del Coordinador de Calidad, con grupos de Trabajo.
 - Reuniones del Coordinador de Calidad, con Comisiones Clínicas.
 - Reuniones del Coordinador de Calidad, con miembros de Vía Clínica.
 - Reuniones del Coordinador de Calidad, con Comités Oncológicos.
 - Reuniones del Coordinador de Calidad, con responsable de calidad de Atención Primaria.
 - Asistencia del Coordinador de Calidad, a jornadas de calidad en Valladolid.

- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:

Objetivos:

- Memoria Anual de actividades formativas de los Servicios del Hospital.
- Coordinar los objetivos de las comisiones clínicas.
- Impulsar de la página web CAZA: objetivo cumplido, página web.
- Impulsar la edición de la revista Nuevo Hospital.
- Difundir las actividades realizadas.

Seguimiento de Objetivos:

- Memoria Anual de actividades formativas de los Servicios del Hospital: se pedirá a los distintos Jefes de Servicio en enero de 2015 dicha memoria.
 - Coordinar los objetivos de las comisiones clínicas: objetivo cumplido.
 - Impulsar de la página web CAZA: objetivo cumplido, página web actualizada.
 - Impulsar la edición de la revista Nuevo Hospital: nº de publicaciones anuales (3): objetivo cumplido.
 - Difundir las actividades realizadas: Se realizará memoria anual de la Comisión.
-
- Protocolos de recomendación elaborados:
 - El Dr. Pinto (Coordinador de calidad) elabora el documento Manual de Calidad y Memoria de Calidad en Anatomía Patológica.

➤ **Comisión de Seguridad del Paciente (Unidad Funcional del CAZA)**

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 26 de marzo de 2014.
 - 22 de mayo de 2014.
- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:
 - Plan de acción para la mejora continua de la práctica de la higiene de manos y actividades que se ajusten a la estrategia multimodal de la OMS.

Se adjunta a continuación informe de Carmen Villar Bustos Coordinadora de Proyecto PaSQ CAZA.

En relación con la información requerida sobre las actividades en Higiene de Manos durante el año 2014, le remito el siguiente Informe Sobre el **PLAN DE ACCIÓN** Para La **MEJORA CONTINUA DE LA PRÁCTICA DE HIGIENE DE MANOS** que se viene desarrollando en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA)

Desde el año 2013 en el CAZA se sigue la Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la higiene de las manos.

Partiendo de los datos y recomendaciones de las Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria, la unidad de Medicina Preventiva del CAZA comienza a desarrollar el **PLAN DE ACCIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA PRÁCTICA DE HIGIENE DE MANOS** y se ponen en práctica una serie de componentes que constituyen la estrategia multimodal eficaz para la higiene de las manos:

- o **Cambio del sistema:** asegurar la infraestructura necesaria para que los trabajadores de salud puedan practicar la higiene de manos. Dos elementos fundamentales: el acceso al suministro continuo de agua potable, a jabón y toallas, y a desinfectante de base alcohólica en el punto de atención.
- o **Formación / Educación:** proporcionar formación periódica a todos los trabajadores sanitarios sobre la importancia de la higiene de las manos, basado en "Los cinco momentos para la higiene de las manos" enfocado a los procedimientos correctos de fricción y lavado de manos, se ha realizado formación en la unidad de cirugía dentro del proyecto PaSQ y en la unidad de Anestesiología.
- o **Evaluación y retroalimentación:** vigilancia de las prácticas de higiene de manos e infraestructuras, monitorización de las percepciones y conocimientos de los profesionales y difusión de los resultados al personal. 2 sesiones formativas y 2 sesiones generales
- o **Recordatorios en el lugar de trabajo:** sobre la importancia de la higiene de las manos y de las indicaciones y procedimientos para la realización de la misma.

o Clima institucional de seguridad: la creación de un clima que facilite la percepciones y concienciación de los problemas de seguridad del paciente, priorizando en todos los niveles la mejora de la higiene de manos, incluyendo: participación activa, tanto en nivel institucional e individual; la conciencia del individuo y capacidad institucional para cambiar y mejorar (autoeficacia) y la colaboración con pacientes y organizaciones de pacientes en función de cuestiones culturales y los recursos disponibles. Ampliación de los puntos de PBA, se está valorando nuevos soportes para incorporarlos a los pies de las camas.

La sensibilización del paciente y la comprensión de la higiene de manos son aspectos importantes a tener en cuenta en los planes de mejora y que tendrán que ser abordados en sucesivas ediciones.

Para facilitar la implantación de estas prácticas, el CAZA está en el proyecto europeo sobre prácticas clínicas seguras **PaSQ** en el **área de trabajo WP5 Implementación de prácticas seguras: Intervención multimodal para aumentar el cumplimiento de la higiene de manos.**

Los centros sanitarios, adheridos ejecutarán esta Práctica Clínica Segura introduciendo la estrategia multimodal de mejora de la higiene de manos de la OMS. Es por esto que desde entonces se han venido desarrollando diversas actividades en nuestro hospital para facilitar la adherencia.

o RELACIÓN DE LOS PUNTOS DE CUIDADO EN LOS QUE SE DISPONE DE PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICA (PBA)

El hospital dispone de PBA en **todas las habitaciones** y Boxes de UCI. Se ha explicado a los profesionales la necesidad de disponer de ella en cualquier punto que consideren necesario y se les ha facilitado para que lo soliciten cuando sea necesario.

o PROTOCOLOS DE LAVADO DE MANOS, USO DE PBA, LAVADO DE MANOS EN BLOQUE QUIRÚRGICO USO DE GUANTES

Se encuentran disponibles en todas las unidades y en la Intranet. (Se pueden adjuntar si se desea).

o UBICACIÓN DE LOS RECORDATORIOS.

1. Cartelería con la técnica correcta de higiene de manos con solución hidroalcohólica o agua y jabón, en todas las unidades en la zona de preparación de medicación junto a lavado de manos de personal.

2. Cartelería recordando los 5 momentos en varios puntos del hospital: UCI, Cirugía, Unidades de Hospitalización.

3. Cartelería Campaña Ministerio de Sanidad y OMS (5 Mayo) Accesos del hospital: Urgencias, Zona de consultas de ambulatorio ambas plantas, Salón de Actos, Entrada Hospital de Día y Pruebas Especiales y varias partes del hospital.

4. Intranet del hospital.

o MONITORIZACIÓN DEL CONSUMO DE PBA E INDICADORES

Se manejan los indicadores de Ministerio de Sanidad y los establecidos por la Gerencia para el programa PaSQ, pero sólo en la Unidad de Cirugía.

INDICADORES	BASAL	MARZO	JUNIO	SEPTIEM.
1. Consumos de Preparados de Base Alcohólica en hospitalización (Datos basales=último trim. año 2013)	7,07	14,72	10,86	4,86
Numerador: N° de litros entregados en la unidad -CIR 20		40'5	30	13
Denominador: N° pacientes-días (estancias)	2827	2750	2761	2674

o RESULTADO DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA.

Se han realizado estudios observacionales de adherencia a la higiene de manos y encuestas de percepción o conocimientos para profesionales

RESULTADO DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS:

Este año realizan observaciones en la unidad de cirugía que es la unidad seleccionada para el proyecto PaSQ. El próximo año se ampliarán las observaciones a más unidades del hospital y la intención es realizarlas en todo el Complejo Asistencial para el segundo semestre del próximo año.

Se ha realizado formación de observadores y se pretende llevar a cabo alguna formación más en este sentido y ampliar el número de profesionales que colaboren en estas prácticas.

Los resultados obtenidos durante este año fueron los siguientes:

Observaciones en el mes de Marzo, (**observación basal**, previa a la formación de los profesionales) se realizaron un total de 208 observaciones

Adherencia Global: 25,37%

Adherencia según los 5 momentos de la OMS:

1-pre-pac: 7,58%

2-pre-asep: 5,71%

3-pos-incorp : 20,79%

4-post-pac : 50,62%

5-post-ent: 28, 57%

Observaciones en el mes de Junio, se realizaron un total de 193 observaciones

Adherencia Global: 30,57%

Adherencia según los 5 momentos de la OMS:

1-pre-pac: 9.23%

2-pre-asep: 3.7%

3-pos-incorp: 52.38%

4-post-pac: 46.84%

5-post-ent: 32.43%

Se realizan dos sesiones con el personal de la unidad de cirugía tras cada una de las observaciones para volver a explicar la importancia de la Higiene de manos sobre todo en aquellos momentos donde ha habido una adherencia más baja.

Se pide a los profesionales la incorporación de alguno de ellos al equipo de observación para intentar implementar mejor la estrategia en esta unidad.

RESULTADOS DE TEST DE PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS DE PROFESIONALES

En los test de percepción y conocimientos de profesionales estamos en espera de la herramienta para el análisis de datos.

RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN GLOBAL DEL CENTRO

Se observa una mejora de 100 puntos pasando del nivel Básico al Intermedio, nuestro objetivo es continuar mejorando la posición con la realización de la Evaluación de directivos y colocación de Solución Hidro-alcohólica en puntos de atención.

PASO

1. Calcular la puntuación total	INICIO	2014
1. Cambio del sistema	85	80
2. Formación y aprendizaje	25	35
3. Evaluación y retroalimentación	0	52,5
4. Recordatorios	50	82,5
5. Clima de seguridad	45	50
TOTAL	205	300

PASO 2.	Puntuación total	Nivel de desarrollo
Determinar el nivel de desarrollo →		
PASO 3.	0-125	Inadecuado
Revisar las áreas que requieran mejoras y desarrollar un plan de acción para llevarlas a cabo.	126-250	Básico
	251-375	Intermedio (consolidación)
	376-500	Avanzado

o RELACIÓN DE LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS.

Se realizan actividades formativas repartidas en los dos semestres del año.

En relación con el proyecto PaSQ 2 sesiones formativas e informativas con resultados de observación realizada en la unidad de cirugía y 1 sesión de formación de observadores para la incorporación de profesionales de esta unidad al grupo de observación de higiene de manos. Las charlas o talleres se han ofrecido en la planta de hospitalización, acercando la información a los puestos de enfermería en la sala de sesiones clínicas. Para ello se han utilizado medios audiovisuales.

Se ha realizado una sesión general dentro de un curso de actualización en cuidados donde se habla de los cinco momentos y la técnica correcta de higiene de manos con PBA. Se hace taller con demostraciones prácticas de técnica correcta de higiene de manos y comprobación post lavado con lámpara de luz ultravioleta.

Se adjunta informe completo de la unidad de formación

- Durante el dia: “**Día Mundial de Higiene de Manos**” el día 5 Mayo, se realizaron las siguientes actividades en las que tomaron parte todos las categorías de personal sanitario, alumnos y pacientes

- Campaña de recordatorio de higiene de manos, pegada de carteles reparto de pegatinas entre pacientes y en distintas partes del hospital: aseos público, zonas enfermería.
- Actividad de difusión de la campaña de Higiene de Manos en colaboración con los alumnos de enfermería desde el Hall del hospital, dando participación a público y difusión en medios de comunicación
- Protocolo para empleo de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica en cirugía programada basada en la OMS. Objetivo cumplido: se han realizado varias reuniones de la Comisión para tratar del tema de la Lista de Verificación y se ha realizado una sesión general en el hospital, impartida por el Dr. Cabezudo (Coordinador de quirófano) sobre la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica. Se ha empezado a realizar la Lista de Verificación en el Quirófano de Cirugía General.

- Bacteriemia asociada a catéter y neumonía asociada a ventilación mecánica.: Objetivos que se realizan todos los años por el Servicio de la UCI.
- Notificación de accidentes e incidentes sin riesgo: en 2014 se ha constituido el equipo que va a formar parte del SISNOT, se han realizado actividades formativas y se han realizado 8 notificaciones, una cerrada y las otras pendientes de análisis.
- Difundir las actividades realizadas: Se realizará memoria anual de la Comisión.

- Protocolos de recomendación elaborados:
 - Protocolo de Identificación de pacientes del CAZA. Aprobación por la Comisión y difusión en el Complejo Asistencial.
 - Revisión de Manual de Lista de Verificación Quirúrgica.
 - Protocolo Higiene de Manos. Participación del CAZA en el proyecto europeo: Higiene de Manos PaSQ, subproyecto WP5

- Actividades Formativas:
 - Se han desarrollado Actividades formativas sobre Higiene de Manos.

FORMACION DE FORMADORES DE OBSERVACION EN HIGIENE DE MANOS

- Duración de 3 horas
- Acreditación pendiente
- 7 participantes

	Médicos	Enfermeras	Técnicos	Total
Hospital Virgen de la Concha	1	5	1	7

HIGIENE DE MANOS: MEJORA DE LA ADHERENCIA

- Se han realizado tres ediciones
- Actividad acreditada con 0.3 créditos
- Duración de 2 horas
- 35 participantes.

	Médicos	Enfermeras	Técnicos	Total
Ed. 1 Hospital Benavente		3	7	10
Ed. 2 Hospital Virgen de la Concha	8	3	4	15
Ed. 3 Hospital Virgen de la Concha	3	5	2	10

ACTUALIZACION CONOCIMIENTOS PARA TECNICOS CUIDADOS ENFERMERIA: SEGURIDAD DEL PACIENTE: HIGIENE DE MANOS

- Duración de 2 horas
- Acreditación pendiente
- 47 participantes : TCAE

➤ Comisión de Cuidados (Enfermería)

Composición:

Presidenta: Yolanda Martín Vaquero. Supervisora de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería. Miembro Junta Técnico Asistencial

Secretaria: M^a Cruz González Malmierca. Supervisora Digestivo. Miembro Junta Técnico Asistencial

Vocales:

- Ana Báez Marín. Supervisora Pruebas Especiales
- Consolación Mata Sánchez. Supervisora Toco-Ginecología
- Elvira Velasco Morillo. Supervisora de Coordinación de Continuidad Asistencial.(hasta junio 2012)
- Esperanza Posadas Hernández. Supervisora Cardiología.
- Isabel Carrascal Gutiérrez. Supervisora Calidad
- Justina de Prada García. Enfermera responsable Medicina Interna.
- M^a Paz Gómez Peroy. Supervisora Neumología.
- M^a Soledad Sánchez Arnosi. . Directora Escuela Universitaria de Enfermería
- Nieves Calabozo Martín. Enfermera Toco-Ginecología
- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 27 de marzo de 2014.
 - 19 de junio de 2014
 - 10 de septiembre de 2014

- 25 de septiembre de 2014
- 18 de diciembre de 2014.

- Objetivos de la Comisión. Seguimiento de objetivos:

- 1) A1- 1: Mejorar el proceso de atención de enfermería en pacientes hospitalizados.

INDICADOR A1 – 1.1 Integración de cuidados en pacientes crónicos seleccionados: *Porcentaje de pacientes ingresados por ictus, fractura de cadera, EPOC, insuficiencia cardiaca y crónicos clasificados como G3 e ingresados en el hospital al menos durante 72 horas, con informe de cuidados al alta recibido en atención primaria.* 80% de informes de cuidados recibidos en AP sobre el total de altas hospitalarias susceptibles: Desde 26 mayo el envío de las altas de enfermería se realiza de forma automática desde GACELA a MEDORA, se decide la realización de los informes a todos los pacientes

Controles realizados:

1º semestre: Se revisan todos los episodios de los pacientes a través del GACELA CARE 7/7/2014 al 13/7/2014 dada la imposibilidad de identificar a los pacientes crónicos que ingresan al menos 72 horas. Obteniéndose una media de **77,3%**.

2º semestre: Se revisan todos los episodios del 15/9/ 2014 al 15/10/2014 igual periodo que el estudio realizado por la Gerencia con un 68 % de informes emitidos.

Según datos del HPHIS en el CAZA se dieron 1499 altas, Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) según consultas GACELA 1049 supone 70% (existe una diferencia mínima con datos oficiales)

En anteriores estudios realizados no se tenían en cuenta las unidades no gestionadas con GACELA ni los exitus ni trasladados, lo que supone 1341 altas, tendríamos **78.2 %** de ICC emitidos.

80% de informes de cuidados recibidos en AP sobre el total de altas hospitalarias susceptibles.

- 2) Unificar manuales funcionamiento unidades del CAZA: Todas las unidades realizaran el Manual de funcionamiento de su unidad. Difundir los manuales de funcionamiento en las unidades e intranet: Esta elaborada la parte común del Manual, pendiente de actualización. Tras la unificación del formato de los manuales de cada unidad se realizará la difusión.
- 3) Colaborar con objetivos de calidad del centro: Seguimiento de implementación del protocolo de oxigenoterapia e identificación pacientes.

Implantación de grupo de cuidados ostomía de enfermería de A.E. y A.P.

Colaborar con la implantación del Sistema SISNOT y de medidas higiene manos en todas las Unidades de Enfermería:

Se realiza control en el primer semestre (Identificación pacientes 80'1%; oxigenoterapia concordancia pauta paciente 78'3%, no se observan fugas, tomas abiertas, disminuye el oxígeno no pautado a 2'2%, presencia de pegatina 2'2%) y se realiza antes de fin año la segunda evaluación establecida.

Se está en proceso de realización de un protocolo de administración de oxígeno en los procedimientos endoscópicos.

El grupo de mejora de cuidados de ostomías se ha reunido tres ocasiones (atención hospitalaria y primaria), se realiza el proyecto. Pendiente de avanzar

Se participa en la Jornada de Enfermería Buenas Prácticas "La evolución de los cuidados" con:

- ❖ Comunicación "Buenas prácticas en identificación del paciente y oxigenoterapia" ., obteniendo el premio mejor comunicación
- ❖ Mesa redonda: "continuidad de cuidados del paciente ostomizado"

Se realiza formación de formadores en SISNOT e higiene de manos.

- 4) Incorporación de planes de cuidados al GACELA: Validación de las propuestas de planes de cuidados realizados por las unidades: Se validan 12 planes de cuidados estandarizados. Participación en el grupo de planes estandarizados de SACYL en la revisión de los planes HDA y RTU y validación del RTU.
- 5) Unificar y validar los procedimientos, protocolos recomendaciones /documentos a incorporar al GACELA CARE: Detectar necesidades y realizar propuestas de mejora. Revisión y aprobación de los documentos: Se están realizando los procedimientos de enfermería: colectores urinarios, higiene de boca y valoración mediante la escala Glasgow.
- 6) Actualización reglamento de régimen interno comisión: Diciembre 2014: Se actualiza en el formato oficial.
- 7) Difundir las actividades realizadas: Se realizará memoria anual de la Comisión.

- Protocolos de recomendación elaborados:
 - Protocolo de ingreso en la Unidad.
 - Protocolo de autocuidados: paciente Autónomo.
 - Protocolo de autocuidados: Ayuda Parcial
 - Protocolo de autocuidados: Ayuda Total.
- Actividades realizadas:

1.- Se ha realizado el proceso de validación de los protocolos con una participación activa en el foro con el resto de los componentes del Grupo I (CAAV, CASE; CAZA) asignado por la Gerencia, cumpliendo plazos y criterios establecidos en la PAG 2013. , revisados y actualizados por la Comisión siguiendo las líneas institucionales, metodología y envío a la Gerencia en los plazos marcados en el P.A.G. 2013 Objetivo A1-1.:

- a) Protocolo de ingreso en la Unidad.
- b) Protocolo de autocuidados: paciente Autónomo.
- c) Protocolo de autocuidados: Ayuda Parcial
- d) Protocolo de autocuidados: Ayuda Total.

Han sido actualizados en el Aplicativo GACELA CARE

2.- Validación del los plan estándar de cuidados de enfermería Fractura de cadera, se ha realizado el proceso de validación con una participación activa en el foro con el resto de los componentes del Grupo I (CAAV, CASE; CAZA) asignado por la Gerencia, cumpliendo plazos y criterios establecidos en la PAG 2013. Se han utilizado los criterios de mayor porcentaje en las propuestas realizadas por todos los hospitales de SACYL

3.- Unificar manuales funcionamiento unidades del CAZA:

- Se ha creado Grupo de trabajo coordinado por Ana Báez Marín. Supervisora Pruebas Especiales, Justina de Prada García. Enfermera responsable Medicina Interna y Ana Cristina Fernando Pablo enfermera Unidad Medicina Interna del Hospital Virgen Concha que han elaborado la parte común a todos los Manuales de Funcionamiento.
- A su vez se ha creado una actividad formativa como grupo de trabajo en FOSA para reconocimiento del trabajo realizado. *ACTUALIZACION DE MANUAL FUNCIONAMIENTO* 40 horas.
- La Dirección de Enfermería del Hospital Virgen de la Concha ha remitido el esquema de la parte a individualizar por cada unidad a todas las supervisoras.
- Se envían a la coordinadora del grupo para revisión. Tras la remisión para unificar todos los manuales.

4.- Seguimiento de implementación del protocolo de oxigenoterapia e identificación pacientes:

- Se han realizado dos controles junio y diciembre para valorar el cumplimiento por todos los miembros de la comisión.
- El protocolo de identificación de pacientes, en junio tiene un cumplimiento medio en las unidades de hospitalización del Complejo del 70'5% y en diciembre del 75'5%.
- En cuanto a la implementación del protocolo de oxigenoterapia se ha mejorado la concordancia entre la pauta del medico y la pauta de enfermería obteniendo una media de 69'3% y la concordancia con el paciente 63'7%. El cumplimiento de la medida de mejora de pegatina con la pauta oxígeno ha aumentado al 70'3%.

5.- Incorporación de planes de cuidados al programa GACELA:

Realización de dos talleres formativos en Metodología enfermera (24 participantes) Impartidos por la Presidenta de la Comisión con el objetivo de elaboración de planes de cuidados. Se han realizado 13 pendientes de de validar por Comisión de Cuidados e incorporar al Aplicativo:

- a) Cuidados del Recién Nacido de bajo peso
- b) Insuficiencia Cardiaca
- c) Cuidados al paciente en tratamiento con quimioterapia
- d) Cuidados al paciente traqueostomizado
- e) Cuidados para paciente C.P.R.E
- f) Obstrucción intestinal
- g) Endoftalmitis
- h) Laparoscopia
- i) Legrado
- j) Hospitalización a domicilio:
 - Heridas complicadas
 - Terapia intravenosas
 - Cesárea

6.- Unificar y validar los procedimientos y protocolos:

- a). Se realiza difusión de ambos protocolos en los Talleres realizados de GACELA CARE
- b). Se ha realizado una Sesión formativa *BASES PARA LA MEJORA EN LA ACOGIDA DEL PACIENTE* el día 12 diciembre para divulgación del protocolo de ingreso por parte de la vocal Nieves Calabozo Álvarez y colaboración de Carmen Villar.
- c). Balance hídrico:

Se realiza un seguimiento de la implantación hay unidades que no han modificado su sistemática de trabajo al establecido en el Complejo. Comunicado a los responsables para modificar las pautas de trabajo.

- d). Se detecta la necesidad de formación en los sistemas de recolección urinaria (colectores) y ausencia de procedimiento.
 - e). Pendiente la tramitación del registro de protocolos
-
1. Se ha realizado el proceso de validación de los protocolos con una participación activa en el foro con el resto de los componentes del Grupo I (CAAV, CASE; CAZA) asignado por la Gerencia, cumpliendo plazos y criterios establecidos en la PAG 2013, revisados y actualizados por la Comisión siguiendo las líneas institucionales,

metodología y envío a la Gerencia en los plazos marcados en el P.A.G. 2013 Objetivo

A1-1:

- a) Protocolo de ingreso en la Unidad.
- b) Protocolo de autocuidados: Paciente Autónomo
- c) Protocolo de autocuidados: Ayuda Parcial
- d) Protocolo de autocuidados: Ayuda Total.

Han sido actualizados en el Aplicativo GACELA CARE

2. Validación del los plan estándar de cuidados de enfermería Fractura de cadera, se ha realizado el proceso de validación con una participación activa en el foro con el resto de los componentes del Grupo I (CAAV, CASE; CAZA) asignado por la Gerencia, cumpliendo plazos y criterios establecidos en la PAG 2013. Se han utilizado los criterios de mayor porcentaje en las propuestas realizadas por todos los hospitales de SACYL

b. Comités

➤ **Comité de Ética Asistencial**

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 31 de enero de 2014
 - 28 de febrero de 2014
 - 4 de abril de 2014.
 - 16 de mayo de 2014
 - 13 de junio de 2014.
 - 24 de octubre de 2014
 - 28 de noviembre de 2014..
- Objetivos. Seguimiento de objetivos:
 - Revisión bibliográfica sobre utilización de alimentación enteral en fases avanzadas. Este objetivo no se ha cumplido.
 - Revisión sobre las indicaciones de la redacción Paliativa. Este objetivo no se ha cumplido.
 - Continuar con la labor formativa de los miembros del CEA sobre el método deliberativo. Durante el 2014 se ha continuado con la labor formativa iniciada en el 2010 de los miembros del CEA en el método deliberativo moderado por Dª Isabel Tomé Tamame.
- Protocolos de recomendación elaborados:
 - Se han revisado y validado 29 consentimientos informados sobre diferentes actos quirúrgicos que fueron enviados a este CEA por el Jefe de Servicio de Traumatología del Complejo Asistencial.

- Asistencia a congresos y Actividades Científicas:
 - Doña Isabel Tomé ha asistido a la III Jornada de Comités de Ética Asistencial de Castilla y León: "Nuevos retos". Segovia 8 de mayo de 2014.
 - Dña Isabel Tomé ha asistido al IX curso de verano enseñanza e Investigación en bioética los días 5 y 6 de septiembre de 2014 en Zaragoza.
 - Dña M^a Isabel Tomé ha asistido a las V jornadas de aspectos éticos de la investigación biomédica los días 21 y 22 de noviembre de 2014 en Madrid.
 - Dña. M^a Victoria Domínguez Rodríguez, Dña. Felicidad Centeno Castaño, Don Miguel de Paula Ortiz y Dña. M^a Isabel Tomé Tamame asistieron a la I jornada de Bioética bajo el tema "Toma de Decisiones: acompañar en la Fragilidad" en Valladolid 30 de mayo de 2014.
- Actividades Formativas:
 - Se han realizado II talleres de 2 horas de duración cada uno sobre casos prácticos de bioética para médicos interno-residentes de primer año. Ponente: Dñ^a M^a Isabel Tomé Tamame celebrado en Zamora el 17 y 19 de noviembre de 2014.
- Formación recibida:
 - Exposición y aplicación del método deliberativo para los miembros del CEA, moderado por Dña. M^a Isabel Tomé Tamame.

➤ **Comité Oncológico de Cáncer de Aparato Digestivo (con Acta de la reunión):**

Dicho comité tiene una estructura definida:

Las reuniones del Comité se realizan los miércoles a las 9:00 h. en la sala de reuniones del Servicio de Radiodiagnóstico.

A ella acuden médicos especialistas de los siguiente Servicios:

- Aparato Digestivo
- Cirugía General
- Anatomía Patológica
- Oncología Médica
- Oncología Radioterapia

En el Acta de cada Reunión constan:

- Hora de inicio y hora de finalización de cada reunión
- Coordinador del Comité
- Secretario del Comité
- Asistentes (vocales)

- Casos presentados (H^a Clínica del pacientes).
 - En cada caso se comentan.
 - Datos clínicos.
 - Pruebas de imagen
 - Anatomía Patológica
 - Opciones de tratamiento del paciente
 - Acciones formativas
 - Firma del Coordinador y del secretario del Comité.
- Reuniones ordinarias realizadas:
- 8, 15, 22 y 29 de enero de 2014.
 - 5, 12, 19 y 26 de febrero de 2014.
 - 19 y 26 de marzo de 2014.
 - 2, 9, 16 y 30 de abril de 2014.
 - 7, 14, 21 y 28 de mayo de 2014.
 - 4, 11 y 25 de junio de 2014.
 - 2, 9, 16 y 29 de julio de 2014.
 - 13 y 27 de agosto de 2014.
 - 3, 10, 17 y 24 de septiembre de 2014.
 - 1, 8, 15, 22 y 29 de octubre de 2014.
 - 5, 12, 19 y 26 de noviembre de 2014.
 - 3, 10 y 17 de diciembre de 2014.

➤ **Comité Oncológico de Cáncer de Mama (con Acta de la Reunión):**

Dicho comité tiene una estructura definida, con coordinador, secretario y vocales.

Las reuniones del Comité se realizan los viernes a las 8:30 h. en la sala de reuniones del Servicio de Cirugía (4^a Planta) y tienen una duración aproximada de 1 hora.

A ella acuden médicos especialistas de los siguiente Servicios:

- Cirugía General y Aparato Digestivo.
- Ginecología
- Anatomía Patológica
- Oncología Médica
- Oncología Radioterapia

En el Acta de cada Reunión constan:

- Hora de inicio y hora de finalización de cada reunión
- Coordinador del Comité

- Secretario del Comité
- Asistentes (vocales)
- Casos presentados (H^a Clínica del pacientes).

- En cada caso se comentan.
- Datos clínicos.
- Pruebas de imagen
- Anatomía Patológica
- Opciones de tratamiento del paciente
- Acciones formativas
- Firma del Coordinador y del secretario del Comité.

En la hoja de valoración del caso Consta:

- Comité oncológico:
 - Nombre del paciente.
 - N^º Historia Clínica
 - L. Especialista que presenta el caso
 - Etiqueta del paciente.
 - Información clínica.
 - Resolución del caso.
 - Fecha, firma del médico.
-
- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 1, 16, 24 y 31 de enero de 2014.
 - 7, 14, 21 y 28 de febrero de 2014.
 - 7, 14, 21 y 28 de marzo de 2014.
 - 4 y 11 de abril de 2014.
 - 2, 9, 17, 23 y 30 de mayo de 2014.
 - 6, 13, 19 y 27 de junio de 2014.
 - 4, 11, 18 y 25 de julio de 2014.
 - 1, 8, 12 y 29 de agosto de 2014.
 - 5, 12, 19 y 26 de septiembre de 2014.
 - 3, 10, 17, 24 y 31 de octubre de 2014.
 - 7, 14, 21 y 28 de noviembre de 2014.
 - 5 y 19 de diciembre de 2014.

➤ Comité Oncológico de Cáncer de O.R.L.

Dicho comité tiene una estructura definida, con coordinador, secretario y vocales.

Las reuniones del Comité se realizan los jueves no festivos en el despacho O.R.L., a las 8:30 horas con una duración aproximada de 1 hora.

A ella acuden médicos especialistas de los siguientes Servicios:

- O.R.L.
- Ontología Médica
- Oncología Radioterapia.
- Anatomía Patológica.

En el acta de la reunión constan:

- Asistentes.
 - Número de acta
 - Fecha
 - Hora de comienzo
 - Hora de terminación
 - Lugar
 - Coordinador
 - Secretario
 - Vocales
 - Desarrollo de la reunión con número de Historia Clínica de los pacientes
 - Firma del Coordinador y del Secretario.
-
- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 9, 16, 23 y 30 de enero de 2014.
 - 6, 13 y 27 de febrero de 2014.
 - 6 y 20 de marzo de 2014.
 - 4 y 25 de abril de 2013.
 - 8, 15, 22 y 29 de mayo de 2014.
 - 5, 12, 19 y 26 de junio de 2014.
 - 3 y 10 de julio de 2014.
 - 7 y 28 de agosto de 2014.
 - 4, 11, 18 y 25 de septiembre de 2014.
 - 2, 9, 16, 23 y 30 de octubre de 2014.
 - 6 y 27 de noviembre de 2014.
 - 4 y 11 de diciembre de 2014.

➤ Comité Oncológico de Cáncer de Pulmón

Dicho comité tiene una estructura definida, con coordinador, secretario y vocales.

Las reuniones del Comité se realizan los miércoles a las 8:30 h. en la sala de reuniones del Servicio de Cirugía (4^a Planta) y tienen una duración aproximada de 1 hora.

A ella acuden médicos especialistas de los siguiente Servicios:

- Neumología
- Anatomía Patológica
- Oncología Médica
- Oncología Radioterapia
- Radiodiagnóstico

En el Acta de cada Reunión constan:

- Hora de inicio y hora de finalización de cada reunión
- Coordinador del Comité
- Secretario del Comité
- Asistentes (vocales)
- Casos presentados (H^a Clínica del pacientes).

- En cada caso se comentan.
- Datos clínicos.
- Pruebas de imagen
- Anatomía Patológica
- Opciones de tratamiento del paciente
- Acciones formativas
- Firma del Coordinador y del secretario del Comité.

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 15, 22 y 29 de enero de 2014.
 - 12, 19 y 26 de febrero de 2014.
 - 5, 12, 19 y 26 de marzo de 2014.
 - 2, 9, 16 y 30 de abril de 2014.
 - 7, 14, 21 y 28 de mayo de 2014.
 - 4, 11 y 18 de junio de 2014.
 - 2 de julio de 2014.
 - 20 y 27 de agosto de 2014.
 - 10, 17 y 24 de septiembre de 2014.
 - 8, 15, 22 y 29 de octubre de 2014.
 - 5, 12, 19 y 26 de noviembre de 2014.
 - 3, 10 y 17 de diciembre de 2014.

- Protocolos de recomendación elaborados:
 - Vía Clínica Cáncer de Pulmón (revisión y actualización de la Vía Clínica que se elaboró el 17 de diciembre de 2010).
- Actividades formativas:
 - El Dr. Pinto da una comunicación oral titulada: Manejo de muestras de Anatomía Patológica en pacientes con Cáncer de Pulmón en jornada celebrada en León el 3 de febrero de 2013.
 - El Dr. Pinto da una comunicación oral titulada: Aplicación de técnicas de inmunohistoquímica en pacientes con cáncer de pulmón en el CAZA, en la II jornada de investigación celebrada en el Complejo Asistencial de Zamora el día.
 - II Reunión de Cáncer de Pulmón Mutado, celebrada el 18 de diciembre de 2013, a las 13:30 h. en la sala de reuniones del Comité de Pulmón (sala de reuniones del servicio de Cirugía, 4^a planta).

Comité Oncológico de Cáncer Ginecológico.

Dicho comité tiene una estructura definida con Coordinador, Secretario y Vocales.

Las reuniones del Comité se realizan los jueves a las 9:30 h. En el Servicio de Ginecología y tienen una duración aproximada de una hora.

En ella acuden médicos, especialistas de los siguientes servicios:

- Ginecología.
- Oncología.
- Oncología radioterapica.

En el Acta de cada Reunión constan:

- Hora de inicio y hora de finalización de cada reunión
- Coordinador del Comité
- Secretario del Comité
- Asistentes (vocales)
- Casos presentados (H^a Clínica del pacientes).
- En cada caso se comentan.
- Datos clínicos.
- Pruebas de imagen
- Anatomía Patológica
- Opciones de tratamiento del paciente
- Acciones formativas
- Firma del Coordinador y del secretario del Comité.

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 9 y 16 de enero de 2014.
 - 13 de febrero de 2014.

- 6, 13 y 20 de marzo de 2014.
- 3 y 24 de abril de 2014.
- 8, 15 y 22 de mayo de 2014.
- 5, 12 y 19 de junio de 2014.
- 10, 18, 24 y 31 de julio de 2014.
- 7, 14 y 23 de agosto de 2014.
- 4, 11, 18 y 25 de septiembre de 2014.
- 16 y 30 de octubre de 2014.
- 6, 13 y 20 de noviembre de 2014.
- 11 de diciembre de 2014.

c. Grupos de Trabajo

➤ **Nuevo Hospital**

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 11 de Febrero de 2014
 - 3 de Junio de 2014
 - 14 de Octubre 2014
 - 2 de Diciembre 2014

- Documentos elaborados:

Números publicados de la Revista Nuevo Hospital en 2013:

- NUEVO HOSPITAL, 2014 Febrero X (1)
- CARTEL NUEVO HOSPITAL, 2014; X (2)
- NUEVO HOSPITAL, 2014 Junio; X (2)
- NUEVO HOSPITAL, 2014 Junio; X (Extraordinario)
- NUEVO HOSPITAL, 2014 Octubre X (3)
- CARTEL NUEVO HOSPITAL, 2014; X (3)

➤ **Grupo de Investigación en Enfermería:**

El grupo de investigación en enfermería está formado por las siguientes personas:

- Azucena González Sanz, Supervisora de Hostelería Complejo Asistencial Zamora. Grupo investigación EBE atención Especializada. Miembro de la Comisión de Investigación del Complejo Asistencial.
- Yolanda Martín Vaquero, Supervisora de Unidad de Formación y Planificación de Cuidados del Complejo Asistencial de Zamora. Grupo investigación EBE atención Especializada. Miembro de la Comisión de Investigación del Complejo Asistencial.

- Carmen Villar Bustos, supervisora Esterilización y Medicina Preventiva del Complejo Asistencial de Zamora. Grupo investigación EBE atención Especializada. Miembro de la Comisión de Investigación del Complejo Asistencial.

- Reuniones celebradas:
 - 24 de febrero de 2014.
 - 6 de marzo de 2014.
 - 29 de abril de 2014.
 - 14 de julio de 2014.
 - 26 de septiembre de 2014.
 - 4 de diciembre de 2014.

Plan Anual de Gestión:

Desde la Gerencia Regional se incluye en el PAG 2014 el **Indicador E6-1.3:** (Potenciar la investigación del personal de enfermería, especialmente en la aplicación a la práctica clínica de la evidencia científica disponible en cuidados) Realización de una nueva revisión de evidencia en cuidados sobre los procesos diseñados en el área, o bien sobre intervenciones de continuidad de cuidados en el paciente crónico

Se admite por el SACyL la propuesta de revisión de evidencia en cuidados sobre **NIC 2150-Terapia de Diálisis Peritoneal**. En este momento nos encontramos pendientes de elaborar informe final.

Los componentes del grupo de Hospitalaria harán su aportación a la revisión **Efectividad de las Herramientas para la Evaluación del Anciano Frágil** que están desarrollando en el Grupo de Primaria.

Actividades:

- Presentación de la comunicación “Experiencia aplicando evidencia científica a la Taxonomía Enfermera para Planes de Cuidados”. Martín Vaquero Y., Villar Bustos C., González Sanz en X Simposium Internacional de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y diagnósticos de Enfermería. Lenguaje enfermero: Identidad, Utilidad y Calidad. Celebrado en Sevilla los días 3 y 4 abril de 2014. A. Premio AENTDE “Mercedes-Ugalde-Apalategui” a la mejor comunicación.
- Segundo premio del Colegio Enfermería Zamora 2014 a la comunicación “Integrando el conocimiento Enfermero :Aplicando Evidencia científica la Taxonomía Enfermera NANDA-NOC-NIC en los Planes Cuidados Estandarizados para Pacientes Hospitalizados” presentada en el VIII Premio Nacional Investigación en Enfermería Raquel Recuero Díaz celebrado en Talavera de la Reina el 19 septiembre 2013
- Participación a través del grupo en la nueva convocatoria de Candidatos a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC), para la implantación, evaluación y difusión de Guías de Buenas Prácticas (GBP) promovida por la Unidad de Investigación en

Cuidados de Salud (Investén-isciii) y el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs (JBI) para los cuidados de salud basados en la evidencia, en colaboración con la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO).

Se realizó una reunión con la Dirección de enfermería y varias compañeras a las que se ha informado previamente del proyecto el día 8 de mayo. Las Guías de Práctica Clínica y las compañeras seleccionadas fueron:

- Cuidados de las Ostomías.- A implantar en la unidad de cirugía. Milagros González, M^a Victoria y Rafael de Unidad de Cirugía. Esta guía será liderada por Carmen Villar
- Lactancia Materna.- A implantar en varias unidades. M. Soledad Unidad de Obstetricia, Marciana Unidad de Pediatría, Trinidad Prado Paritorio, Se decide incluir a una matrona más de Atención Primaria. Esta guía será liderada por Yolanda Martín
- Prevención de caídas en personas mayores. – A implantar en todo el CAZA. José Antonio Fisioterapia, Carmen Sánchez Hospitalización Traumatología, M^o José Tábara HP y Cristina Hernández Benavente. Liderada por Azucena González.
- Atención Centrada en el paciente:- quedaba condicionada su implementación al desarrollo de las anteriores y a la posibilidad de encontrarla en castellano.

Nuestro hospital ha pasado hasta la selección final que a pesar de resultar con buena puntuación no conseguimos entrar en la convocatoria por dar opción a las Comunidades Autónomas que no hubieran estado en la anterior convocatoria.

- Se inscribe al CAZA en el estudio -Proyecto internacional de Un millón de catéteres globales: Estudio de prevalencia mundial de catéteres intravenosos periféricos" (Estudio OMG) (OMG PIVC Study). Se mantiene reunión con todo el equipo del hospital que participará en el proyecto el día y la recogida de datos se realizó la semana del 26-30 octubre en los tres hospitales del complejo.
- Se realizó la I Jornada de Investigación de Enfermería del Área Asistencial de Zamora, contando con la participación de A. Primaria y At. Hospitalaria. Anexo 1 : programa

Actividades formativas de Enfermería basada en Evidencias:

1. Curso Online de la Gerencia de SACyL
2. Se incluye Jornada dentro de programa formativo con Acreditación 1,1 CFC.

Difusión de los trabajos realizados por el grupo en congresos y jornadas y publicación en revistas científicas:

- XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados celebrado en Vitoria Gasteiz del 11 al 14 noviembre de 2014
 1. "Búsqueda de evidencias en cuidados para el restablecimiento de la salud bucal en el paciente terminal". Villar Bustos C., Martín Vaquero Y., González Sanz A.

2. "Autopercepción sobre enfermería basada en la evidencia de estudiantes de enfermería". Villar Bustos C., Martín Vaquero Y. Santillán García A.

➤ **Vía Clínica Cáncer de Mama:**

En el Complejo Asistencial de Zamora está vigente y actualizado el Protocolo para el Cáncer de Mama del Complejo Asistencial de Zamora, que consta de 83 páginas y que tiene el siguiente índice:

Índice:

- I.- Introducción**
- II.- Plan asistencial de paciente con tumor de mama: Dra. Ramos**
- III.- Historia clínica: Dr. Salvador**
- IV.- Factores de riesgo: Dr. Salvador**
- V.- Protocolo de pruebas diagnósticas: Dra. Martínez Lara**
- VI.- Protocolo de estudio citohistológico. Dra. Ursúa y Dr. Pinto**
- VII.- Clasificación TNM: Dra. Ursúa y Dr. Pinto**
- VIII.- Estudio de extensión: Dra. Ramos**
- IX.- Protocolo de Tratamiento quirúrgico y por estadios: Dr. Salvador y Dra. Ramos**
- X.- Linfedema y Cáncer de Mama. Aportación del Servicio de Rehabilitación**
- XI.- Recomendaciones para el tratamiento Sistémico: Dr. Álvarez**
- XII.- Tratamientos específicos:**
 - Cáncer y embarazo: Dra. Ramos
 - Carcinoma oculto y Cáncer de mama en hombres: Dr. Salvador
 - Tumor phyllodes: Dr. Salvador
 - Enfermedad de paget: Dr. Salvador y Dr. Álvarez
 - Cáncer de mama inflamatorio: Dr. Álvarez
- XIII.- Protocolo de tratamiento radioterápico: Dra. Amelia Ceballos**
- XIV.- Protocolo de seguimiento de Cáncer de mama: Dr. Álvarez**
- XV.- Estudio de ganglio centinela: Medicina Nuclear y Anatomía Patológica.**
Dr. Enrique Martín Gómez, Dr. Pinto, Dra. Ursúa:
 - Vía Clínica del Ganglio centinela. Medicina Nuclear
 - Estudio de Ganglio Centinela en Anatomía Patológica:
 - Ganglio Centinela (CK 19 Negativo en biopsia)
 - Método OSNA (One Step Nucleic Acid Amplification)
- XVI.- Indicadores de Calidad. Evaluación de Indicadores**
- XVII.- Bibliografía: Dr. Pinto**
- XVIII.- Anexos**
- XIX.- Abreviaturas.**

A este protocolo se ha añadido el diseño de la matriz temporal de paciente con cáncer de mama.

➤ **Vía Clínica Cáncer de Pulmón:**

En el año 2014 se ha actualizado la Vía Clínica de Cáncer de Pulmón que se hizo en 2010.

La Vía Clínica definitiva consta del siguiente índice y autores:

INDICE

I. Diagnóstico	5
1.- Sospecha clínica	6
2.- Estudios iniciales.....	6
3.- Estudios de operabilidad.....	7
4.- Estudios de resecabilidad	8
5.- Estadificación ganglionar del mediastino	9
II. Tratamiento	10
1.- Cirugía.....	10
2.- Radioterapia	11
3.- Quimioterapia	12
4.- Tratamiento sintomático paliativo.....	14
5.- Localizaciones metastásicas con potencial tratamiento radical	14
III. Seguimiento.....	16
IV. Evaluación.....	17
V. Anexos	19
1. Sistema Internacional de Estadificación TNM-Estadíos	19
2. Clasificación estado clínico general: Índice de Karnofsky y escala ECOG	23
3. TAC con contraste de tórax y abdomen superior.....	25
4. Clasificación de la OMS de los tumores epiteliales malignos de pulmón	27
5. Marcadores de inmunohistoquímica utilizados en el diagnóstico de Cáncer de Pulmón	29
6. Criterios de inoperabilidad en la fase inicial	31
7. Criterios de irresecabilidad en la fase inicial	33
8. Criterios de inoperabilidad.....	35
9. Criterios completos de irresecabilidad	37
10. Definiciones del mapa ganglionar mediastínico.	
Límites anatómicos de las estaciones ganglionares.....	38
11. Estadificación invasiva del mediastino	41
12. Estadificación mediastínica del CPNCP.....	43
13. Algoritmo terapéutico según estadío tumoral.....	45
13a. Algoritmo terapéutico del estadío III.....	47
14. Valoración de respuestas según criterios RECIST	49
15. Médicos especialistas responsables del seguimiento.....	51
16. Control de demoras	53
VI. Bibliografía	54

➤ **Grupo de Trabajo de Investigación en Patológica de Tiroides y Paratiroides:**

El grupo de investigación en patología de las glándulas tiroides y paratiroides está constituido por médicos especialistas en las diferentes disciplinas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las glándulas tiroides y paratiroides. La información contenida en estas páginas es para uso exclusivamente de dichos especialistas. El grupo se constituye para impulsar mejoras en el diagnóstico, tratamiento e investigación clínica en los pacientes afectados por patologías de tiroides y paratiroides. La metodología de trabajo se basa en la colaboración multidisciplinar mediante la comunicación continua, compartir información, elaboración de documentos y protocolos consensuados y la reunión mensual.

Áreas:

- OTORRINOLARINGOLOGÍA
- ENDOCRINOLOGÍA
- RADIODIAGNÓSTICO
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- LABORATORIO DE BIOQUÍMICA
- ONCOLOGÍA MÉDICA
- ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA
- ANESTESIOLOGÍA
- UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - El primer miércoles de cada mes. Las reuniones se han realizado en aula de Formación.
- Documentos elaborados:
 - Los documentos elaborados por el grupo de trabajo están disponibles en la página web www.tiroides.org.es
- Otras actividades:

Se está trabajando en la creación de una Unidad funcional de patología tiroidea y en crear un programa de corta estancia.

➤ **Lista de Verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) en el bloque quirúrgico**

- Reuniones ordinarias realizadas:
 - 26 de marzo de 2014.
 - 22 de mayo de 2014.

- Documento implantado
 - Manual de aplicación de la Lista OMS de Verificación de seguridad quirúrgica de la OMS que incluye los siguientes ITEMS:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA:(con el anestesista y enfermero/ra como mínimo)

- **¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio (lado) quirúrgico, el procedimiento al que se le va a someter y su consentimiento?
- ¿Se ha realizado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Tiene el paciente:

- Alergias conocidas:
 - No
 - Si

- ¿Vía aérea difícil y/o riesgo de aspiración?:
 - No
 - Si en este caso: Hay instrumental y equipo de ayuda disponible Si.

- Existe un riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)
 - No
 - Si, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías gruesas o centrales.

Las preguntas deben realizarse y contestarse en voz alta, las realizará el coordinador de la lista y serán respondidas en este apartado por el Paciente, el Anestesista y/o la Enfermero/ra de Anestesia.

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

(Se encontrarán presentes el anestesista, enfermero/ra y los cirujanos)

CONFIRMAR:

- Que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función
- La identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

Preguntar si:

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

- Sí
- No procede

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS:

PREGUNTAR CIRUJANO:

- ¿Cuales serán los pasos críticos o no sistematizados?
- ¿Duración aproximada de la intervención?
- ¿Cual es la pérdida de sangre prevista?

PREGUNTAR ANESTESISTA:

- ¿Presenta el paciente algún problema específico?

PREGUNTAR AL EQUIPO DE ENFERMERÍA:

- ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultado de indicadores)?
 ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?
 ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

La afirmación indica sólo que se ha respondido, en voz alta y por quien proceda, a las preguntas. En la hoja no se debe hacer mención de tipo de procedimiento, duración etc., se insiste en que recoge sólo el que se haya contestado.

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO (con la enfermera/ro, anestesista y cirujano)

LA ENFERME/RARO CONFIRMA VERBALMENTE:

- El nombre del procedimiento
 El recuento del instrumental, gasas y agujas
 El etiquetado de las muestras mediante la lectura de la muestra en voz alta, incluido el nombre del paciente, se han llenado la hoja de AP y hojas de peticiones y registros.
 Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:

Cuales son los aspectos críticos antes de la recuperación y del tratamiento del paciente.

La lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica se ha empezado a implantar en julio de 2014 en el quirófano de Cirugía General.

➤ Grupo de Trabajo de Unidad de Calidad del CAZA:

Con reuniones del Coordinador de Calidad y la Supervisora de Calidad los jueves a las 8:30 horas en la que se tratan diversos temas de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. PROCESOS ASISTENCIALES

A. SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LA ASISTENCIA SANITARIA. INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SNS

En el año 2014 por requerimiento de la Gerencia Regional de Salud del SACYL hemos enviado los datos correspondientes a indicadores de Seguridad del Paciente del año 2013 que se resumen en las siguientes tablas:

Indicadores estrategia seguridad del paciente del SNS. Año de monitorización 2013 Centro COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

1

El hospital utiliza un sistema GENERAL de Notificación y Aprendizaje de Incidentes relacionados con la seguridad del paciente

ZAMORA

¿El hospital utiliza un sistema general? Si/no (especificar nombre del sistema) **Ejemplo:**

SI: sisnot

¿Es accesible desde todos los servicios? Si/no

¿En qué servicios/unidades/áreas se está utilizando?

Aclaraciones:

Sistema de notificación: sistema que permite la comunicación y el registro de incidentes (con daño y/o sin daño) con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores a nivel local.

Sistema general. Sistema que permite la notificación de cualquier tipo de incidente (cirugía, pruebas, medicación, equipamiento,...). Se excluyen sistemas de notificación específicos de una especialidad o de un aspecto determinado (errores de medicación, etc).

Se entiende por "utiliza" que se hayan registrado y analizado incidentes en el último año habiendo tomado las medidas correctoras oportunas.

SISNOT
NO
UCI, MEDICINA PREVENTIVA, ADMISIÓN, NEUMOLOGÍA, LABORATORIOS CENTRALES Y FARMACIA

2

El hospital cuenta con una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos operativa

ZAMORA

El hospital cuenta con una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos operativa

SI/NO

Profesionales que la integran (referente de seguridad, equipo directivo, medicina preventiva, farmacia,...)

MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL COMPLEJO ASISTENCIAL

SI

Aclaraciones:

Unidad Funcional de Gestión de riesgos o Comisión de Seguridad que:

- Tiene definidos sus miembros, sus funciones y sus actividades.
- Tiene objetivos anuales relacionados con la seguridad del paciente.
- Realiza memoria anual (excepto unidades con menos de un año).

2011

3

El hospital promueve la implantación de las mejoras propuestas a través del sistema de notificación

ZAMORA

Nº notificaciones recibidas en 2013

NINGUNA EN SISNOT (SE HA EMPEZADO CON ESTE SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN 2014). UNA COMUNICACIÓN DE INCIDENTES TRANSFUSIONALES AL CHEMCyL

Nº mejoras propuestas durante el año 2013

Nº mejoras pendientes de comunicación o implantación

Nº mejoras en seguimiento

Nº mejoras cerradas

4

El hospital dispone de un Protocolo de Identificación de Pacientes en situación de riesgo

ZAMORA

SI/NO
SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN
Ejemplo: SI:
Pulsera

Especificar el ámbito DE APLICACIÓN del sistema (todo el hospital/un área,...). Si está limitado a un área, especificar el área
Ejemplo 1: Hospital de día y diálisis
Ejemplo 2: Hospitalización, Urgencias, Consultas Externas

El hospital dispone de un Protocolo de Identificación de Pacientes

SI, TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL (CIP) Y PULSERA IDENTIFICATIVA	TODO EL COMPLEJO ASISTENCIAL
---	------------------------------

SI

Se utiliza sistema de conexión con tarjeta sanitaria individual (CIP) y con pulsera identificativa del paciente. Se aplica en todo el Complejo Asistencial.

Aclaraciones:

Protocolo de Identificación de Pacientes: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la identificación inequívoca de los pacientes.

Identificación inequívoca: que incluye al menos dos identificadores, excluyendo el nº de cama o habitación entre ellos.

Paciente en situación de riesgo: aquellos que van a recibir medicamentos de alto riesgo (listado del ISMP), procedimientos invasivos o pacientes con disminución del nivel de conciencia.

5

% Pacientes con valoración de riesgo de Úlcera por Presión (UPP)

ZAMORA

<i>Nº de pacientes dados de alta con valoración de riesgo de UPP según protocolo</i>	16485
<i>Nº de pacientes dados de alta en el periodo de estudio.</i>	17953
<i>Indicador (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)</i>	91,8%

16485
17953
91,8%

Aclaraciones:

Valoración de riesgo de UPP: procedimiento establecido por la organización, acerca de criterios de inclusión y exclusión, modo y manera de realizarlo, y posterior registro. Sólo se incluirán los que utilicen las escalas Braden, Norton o Emina, por su alto valor predictivo y nivel de validación.

Criterios de Exclusión: Altas producidas en los servicios de Pediatría y Ginecología y pacientes ingresados con UPP.

Fuente de datos recomendada: Registro específico de seguimiento de UPP o muestreo de historias.

6

Incidencia de Úlceras por Presión (UPP)

ZAMORA

<i>Nº de pacientes con UPP no comunitaria</i>	0
<i>Nº de pacientes estudiados en el periodo considerado.</i>	247
<i>Indicador:</i>	0,0%

0
247
0,0%

Aclaraciones:

UPP no comunitaria: úlcera por presión que se desarrolla durante el proceso de internamiento, independientemente de su extensión y grado.

Fuente de datos recomendada: Registro específico o muestreo de historias.

7

El hospital mide la prevalencia de Infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS)

ZAMORA

SI/NO

El hospital mide la prevalencia de IRAS

SI

SI

EPINE
ANUAL
TODO EL
COMPLEJO

8

El hospital tiene implantado un Sistema Prospectivo de medición de infecciones relacionadas con la atención

ZAMORA

El hospital realiza estudios de incidencia de IRAS

SI/NO

Áreas/
procedimient
os estudiados

en 2013

Ejemplo 1:
Servicio/Unidades Cirugía, ORL...

Ejemplo 2:
Prótesis de cadera, Neoplasias de colon...

Ejemplo 3:
Servicio cirugía, prótesis de cadera....

Aplicaciones
utilizadas

Sistema propio, Inclimecc, HELICs, ENVIN-HELICs

NO		
-----------	--	--

Aclaraciones:

Sistema prospectivo de medición de IRAS. Sistema de vigilancia basado en estudios de incidencia que abarcan todo el hospital o están orientados a realizar una vigilancia por objetivos dirigida a servicios o procedimientos de alto riesgo

9

El hospital ha diseñado un proyecto para la implantación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) en el bloque quirúrgico

ZAMORA

SI/NO

El hospital ha diseñado un proyecto para la implantación del LVSQ en el bloque quirúrgico

SI

SI

Aclaraciones. En el proyecto se incluye:

- 1) Listado/s de verificación consensuados en el hospital (basados en el propuesto por la OMS).
- 2) Recomendaciones para su utilización adecuada.
- 3) Estrategia de implantación (cronograma y servicios/quirófanos afectados).
- 4) Indicadores a utilizar en la evaluación del proyecto.

10

% de pacientes intervenidos a los que se les aplica la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)

ZAMORA

Cirugía programada con ingreso	Cirugía programada sin ingreso	Cirugía urgente
--------------------------------	--------------------------------	-----------------

Nº de pacientes intervenidos a los que se les ha aplicado la LVSQ

0	0	0
---	---	---

Nº total de pacientes intervenidos en el hospital

	4129	4987	1516
Indicador (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)	0,0%	0,0%	0,0%

11

El Hospital dispone de un protocolo para medicamentos de alto riesgo

ZAMORA

Medicamentos a los que se refiere el protocolo.
Ejemplo:
Citostáticos,
Cloruro
Potásico,....

SI/NO

El hospital dispone de un protocolo para medicamentos de alto riesgo

SI

CITOSTÁTICOS

SI

Aclaraciones:

Medicamentos de alto riesgo: aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.

CITOSTÁTICOS

Protocolo para medicamentos de alto riesgo: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para el manejo de los medicamentos de alto riesgo. Debe incluir fecha de implantación, responsables, listado de medicamentos de alto riesgo (según listado ISMP-España), estrategia de implantación e indicadores de evaluación.

12

El hospital dispone de un protocolo para conciliar la medicación al alta

ZAMORA

SI/NO

El hospital dispone de un protocolo para conciliar la medicación al alta

SI

SI

Aclaraciones:

Protocolo de conciliación al alta: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para conciliar la medicación al alta. El protocolo debe incluir la elaboración de un listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar tras el alta, su entrega al paciente y remisión al nivel asistencial siguiente. Debe incluir también indicadores de evaluación

2013

13

El hospital ha aplicado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales, en los 2 últimos años

ZAMORA

SI/NO

El hospital ha aplicado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales, en los 2 últimos años

SI

SI

Aclaraciones:

El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales es una adaptación del Medication Safety Self Assessment for Hospitals, registrado por el Institute for Safe Medication Practices que ha concedido la licencia para su uso y ha sido adaptado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España).

Aplicar: Uso de este cuestionario como herramienta de trabajo para la mejora de la calidad y avanzar en la prevención de los errores de medicación, siguiendo la metodología recomendada. Se considera cumplido si se ha realizado en cualquier momento de los dos últimos años en el momento de la evaluación.

14

% Camas con preparados de base alcohólica (PBA) en la habitación

ZAMORA

PARA CAMAS DE AGUDOS

Nº de CAMAS DE AGUDOS del hospital con preparados de base alcohólica en la habitación	557	557
Nº de camas del hospital	557	557
<i>Indicador de camas de agudos (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)</i>	100,0%	100,0%

PARA CAMAS DE MEDIA / LARGA ESTANCIA

Nº de CAMAS DE MEDIA / LARGA ESTANCIA del hospital con preparados de base alcohólica en la habitación	45	77
Nº de camas del hospital	45	77
<i>Indicador de camas de media/ larga estancia (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)</i>	100,0%	100,0%

Aclaraciones:

Preparados en la habitación: Disponibilidad de preparados de base alcohólica en algún lugar dentro de la habitación/box. Incluye:

- los PBA de bolsillo (cuando la provisión de envases de bolsillo sea una política del hospital).
- PBA fijo en el punto de atención y/o
- PBA en la entrada o cualquier otro punto fijo dentro de la habitación.

No incluye los PBA que se introducen en la habitación en el carro de curas, bateas, etc.

Numerador: Nº de camas/ camillas/ incubadoras con preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo) en algún lugar de la habitación/box.

Se incluyen todos los servicios, también urgencias. Sólo se excluyen el servicio de psiquiatría y UCI.

Denominador: Total de camas/ camilla/ incubadoras de los diferentes servicios del hospital.

Se incluyen todos los servicios, también urgencias. Sólo se excluyen el servicio de psiquiatría y UCI.

15

% Camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención

ZAMORA

PARA CAMAS DE AGUDOS

Nº de CAMAS DE AGUDOS con PBA en el punto de atención	0
Nº total de camas	557
Indicador de camas de agudos (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)	0,0%

PARA CAMAS DE MEDIA / LARGA ESTANCIA

Nº de CAMAS DE MEDIA / LARGA ESTANCIA con PBA en el punto de atención	0
Nº total de camas	45
Indicador de camas de media/ larga (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)	0,0%

Aclaraciones:

PBA en el punto de atención: Disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato, sin tener que abandonar la zona del paciente. No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que se transportan en carros bateas, etc..

Punto de atención: Es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente.

Zona del paciente: Lugar donde está el paciente y su entorno inmediato. Incluye todas las superficies y objetos inanimados que el paciente puede tocar (por ejemplo, barandillas de la cama, mesita de noche, ropa de cama, sillas, tubos de infusión, monitores, timbre y botones, mando TV, etc.).

Numerador: Nº de camas/camillas/incubadoras con preparados de base alcohólica (fijo o de bolsillo) en el punto de atención.

Se incluyen todos los servicios, también urgencias. Sólo se excluyen el servicio de psiquiatría y UCI.

Denominador: Total de camas/camillas/incubadoras de los diferentes servicios del hospital.

Se incluyen todos los servicios, también urgencias. Sólo se excluyen el servicio de psiquiatría y UCI.

16

% Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención

ZAMORA

<i>Nº de camas de cuidados intensivos con PBA en el punto de atención</i>	11	11
<i>Nº camas de cuidados intensivos</i>	11	11
<i>Indicador (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)</i>	100,0%	100,0%

Aclaraciones:

PBA en el punto de atención: Disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno, sin tener que abandonar la zona del paciente. No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace.

Punto de atención: Es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente.

Zona del paciente: Lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye todas las superficies y objetos inanimados que el paciente puede tocar (por ejemplo, barandillas de la cama, mesita de noche, ropa de cama, sillas, tubos de infusión, monitores, timbre y botones, mando TV, etc)

Numerador: Nº de camas con preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo) en el punto de atención en las unidades de cuidados intensivos.

Incluye la UCI pediátrica y la neonatal

Denominador: Nº total de camas de todas la/s unidades de cuidados intensivos del hospital.

Incluye la UCI pediátrica y la neonatal

17

Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización

ZAMORA

PARA CAMAS DE AGUDOS

<i>Nº litros entregados para CAMAS DE AGUDOS</i>	1020	1020
<i>Nº estancias en hospitalización DE AGUDOS</i>	119854	119854
<i>Indicador de agudos (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)</i>	8,51	8,5

*PARA CAMAS DE MEDIA /
LARGA ESTANCIA*

<i>Nº litros entregados para camas DE MEDIA / LARGA ESTANCIA</i>	14	14
<i>Nº estancias en hospitalización DE MEDIA / LARGA ESTANCIA</i>	3628	3628
<i>Indicador de crónicos (incluye fórmula, se genera automáticamente al meter los datos en las casillas superiores)</i>	3,86	3,9

Aclaraciones:

Numerador: N° de litros entregados en las distintas plantas de hospitalización (excluida psiquiatría)
Se excluyen los entregados en consultas externas, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado.

Para obtener el n° de litros entregados, en algunos casos será necesario hacer el cálculo en función de los ml de los envases dispensados.

Denominador: Se refiere a la suma de pacientes ingresados diariamente durante el periodo establecido, incluida pediatría. Para contabilizar a los pacientes, se debe contar el día de admisión pero no el día de alta. Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como 1.

18

El hospital ha realizado actividades formativas sobre Higiene de manos

ZAMORA

Listar actividades formativas y profesionales formados

SI/NO

Ejemplo 1: 3 Talleres formativos. 15 Médicos, 15 enfermeras, 15 Aux. de enfermería.

Ejemplo 2: 3 Talleres, 3 Cursos. 45 Enfermeras, 15 MIR, 45 Aux. Enfermería, 10 Otros.

El hospital ha realizado actividades formativas sobre higiene de manos durante el año 2013

SI

SE HAN REALIZADO 43 CHARLAS FORMATIVAS

SI

Aclaraciones:

Formación sobre HM: aquella previamente programada, que va dirigida al personal sanitario y no sanitario que tiene contacto con pacientes. Los contenidos deben estar dirigidos a la mejora de la HM (cómo, cuándo, por qué, etc.) y la metodología formativa puede ser on-line, o presencial.

Se refiere específicamente a actividades de formación realizadas durante el año evaluado = 2013.

19

El hospital ha realizado actividades formativas sobre los 5 momentos de la higiene de manos utilizando la herramienta de la OMS

ZAMORA

Listar actividades formativas y profesionales formados

SI/NO

Ejemplo 1: 3 Talleres formativos. 15 Médicos, 15 enfermeras, 15 Aux. de enfermería.

Ejemplo 2: 3 Talleres, 3 Cursos. 45 Enfermeras, 15 MIR, 20 Aux. Enfermería, 10 Otros.

El hospital ha realizado actividades formativas sobre los 5 momentos utilizando la herramienta de la OMS, año 2013

SI

SE HAN REALIZADO 43 CHARLAS FORMATIVAS

SI

Aclaraciones:

Formación sobre los 5 momentos: aquella previamente programada que va dirigida al personal sanitario y no sanitario que tiene contacto con pacientes. Los contenidos se impartirán preferentemente en sesiones presenciales teórico-prácticas (ocasionalmente algún hospital o CCAA puede disponer de un programa on-line) con la herramienta (el DVD) de la OMS.

Se refiere específicamente a actividades de formación realizadas durante el año evaluado = 2013.

20

El hospital ha realizado al menos una observación del cumplimiento de los 5 momentos de la higiene de manos (o de alguno de ellos) según los criterios de la OMS

ZAMORA

Listar ámbito de observación

SI/NO

Ejemplo 1: Hospitalización.
Ejemplo 2: Cirugía general,
Urgencias.....

El hospital ha realizado al menos una observación del cumplimiento de los 5 momentos de la higiene de manos (o de alguno de ellos) según los criterios de la OMS, año 2013

NO	
----	--

NO

Aclaraciones:

La **metodología seguida debe ser la descrita en el manual técnico de referencia de la OMS**. Las observaciones pueden haberse realizado de los 5 momentos o de uno o varios de ellos

21

El hospital ha realizado en el periodo 2012-13 una autoevaluación de la estrategia de higiene de manos en el hospital según los criterios de la OMS

ZAMORA

SI/NO

El hospital ha realizado una autoevaluación de la estrategia de higiene de manos según los criterios de la OMS, año 2012 o 2013

SI

SI

Aclaraciones:

La **autoevaluación debe haber sido realizada** utilizando el cuestionario presentado por la OMS en mayo de 2010.

B. INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE

a. Consentimientos Informados

En el año 2013 hemos pedido a los Jefes de Servicio, Sección y Unidades que nos envíen sus consentimientos informados. Se expone a continuación el listado actualizado de dichos consentimientos:

ALERGIA:

1. Alergia a alimentos
2. Alergia a himenópteros
3. Alergia a medicamentos
4. Tratamiento alergia veneno

ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. Aspiración con aguja fina (PAAF) de lesiones superficiales

ANESTESIA Y REANIMACIÓN

1. Anestesia epidural o intradural
2. Anestesia general
3. Anestesia loco-regional
4. Bloqueo anestésico simpático lumbar
5. Bloqueo anestésico simpático torácico
6. Bloqueo de articulaciones sacroilíacas
7. Bloqueo de facetas cervicales
8. Bloqueo de facetas lumbares
9. Bloqueo de la cadera.doc
10. Bloqueo del nervio occipital
11. Bloqueo del nervio supraescapular
12. Bloqueo del nervio trigémino
13. Bloqueo del plexo braquial
14. Bloqueo epidural cervical
15. Bloqueo epidural sacro o bloqueo caudal
16. Bloqueo intrarticular de rodilla
17. Bloqueo intrarticular del hombro
18. Bloqueo nervioso periférico
19. Bloqueo neurolítico del ganglio celíaco por vía posterior
20. Bloqueo neurolítico simpático lumbar
21. Bloqueo radicular selectivo
22. Cateterización vía central
23. Colocación de electrodos epidurales
24. Colocación reservorio
25. Discografía
26. Epidurolisis
27. Ganglio Celíaco
28. Ganglio Estrellado
29. Implantación de bombas programables con catéter intradural
30. Implantación de catéter epidural
31. Implantación de catéter intradural
32. Implantación de reservorio con catéter epidural
33. Implantación de reservorio con catéter intradural
34. Inyección de puntos dolorosos gatillo
35. Inyección epidural lumbar
36. Inyección epidural torácica
37. Programa de ahorro de sangre-Eritropoyetina
38. Radiofrecuencia de facetas cervicales
39. Radiofrecuencia de facetas lumbares
40. Radiofrecuencia de los ganglios simpáticos
41. Radiofrecuencia de un disco
42. Radiofrecuencia del ganglio dorsal de raíces espinales
43. Radiofrecuencia del ganglio esfenopalatino
44. Radiofrecuencia del ganglio estrellado
45. Radiofrecuencia del nervio supraescapular
46. Técnicas de sedación

APARATO DIGESTIVO

1. Biopsia hepática dirigida con aguja fina
2. Biopsia hepática percutánea
3. Biopsia hepática transyugular
4. Biopsia intestinal con cápsula
5. Colangiopacreatografía y esfinterotomía
6. Colangiopancreatografía terapéutica
7. Colocación de prótesis en el colon
8. Colocación de prótesis esofágica
9. Colonoscopia
10. Dilatación endoscópica del colon
11. Dilatación esofágica
12. Drenaje de colecciones abdominales bajo control
13. Ecoendoscopia
14. Enteroscopia
15. Esclerosis endoscópica de varices esofago-gástricas
16. Estudio de la secreción gástrica
17. Estudio hemodinámico hepático
18. Extracción endoscópica de cuerpo extraño
19. Gastrostomía endoscópica percutánea
20. Hemorragia digestiva alta
21. Hemorragia digestiva baja
22. Inyección percutánea de lesión ocupante de espacio hepático
23. Laparoscopia
24. Lavado gástrico
25. Manometría anorrectal
26. Manometría esofágica
27. Panendoscopia oral diagnóstica
28. Paracentesis
29. PH-metría de 24 horas
30. Polipectomía en el tracto digestivo superior
31. Polipectomía endoscópica en el colon
32. Punción-aspiración con aguja fina
33. Quistogastrostomía y quistoduodenostomía endoscópica
34. Taponamiento con balón para control del sangrado por varices
35. Tratamiento endoscópico con bandas elásticas
36. Tratamiento endoscópico con láser o argón

ATENCIÓN PRIMARIA:

1. Cirugía menor en Atención Primaria
2. Extracción de Tapón de cerumen

CARDIOLOGÍA:

1. Angiografía
2. Angioplastia coronaria
3. Cardioversión eléctrica
4. Cateterismo cardiaco
5. Ecocardiografía con estrés farmacológico
6. Ecocardiografía transesofágica
7. Implantación de Marcapasos cardiaco permanente
8. Implantación de Marcapasos cardiaco transitorio
9. Prueba de esfuerzo convencional
10. Prueba en mesa basculante
11. Recambio de generador de Marcapasos
12. Test de la Flecainida

CIRUGÍA:

• ANGIOLOGÍA Y PARED ABDOMINAL

1. [Angiología y pared abdominal\](#)[Cirugía de varices](#)

• BILIO-PANCREÁTICA

1. [Cirugía abierta quistes hepáticos](#)
2. [Cirugía abierta vía biliar](#)
3. [Cirugía de la Hipertensión Portal](#)
4. [Cirugía laparoscópica quistes hepáticos](#)
5. [Cirugía laparoscópica vía biliar](#)
6. [Colectectomía abierta](#)
7. [Colectectomía laparoscópica](#)
8. [Derivación pancreática](#)
9. [Resección hepática por cirugía abierta](#)
10. [Resección hepática por cirugía laparoscópica](#)
11. [Resección pancreática por cirugía abierta](#)
12. [Resección pancreática por cirugía laparoscópica](#)

• CIRUGÍA ENDOCRINA

1. [Biopsia-extirpación de tumoración cervical](#)
2. [Cirugía de la glándula suprarrenal](#)
3. [Cirugía de la glándula tiroides](#)
4. [Cirugía de las glándulas paratiroides](#)
5. [Cirugía laparoscópica glándula suprarrenal](#)
6. [Extirpación quiste conducto tiroglosa](#)

• COLOPROCTOLOGÍA

1. [Cierre del estoma por cirugía abierta](#)
2. [Cierre del estoma por cirugía laparoscópica](#)
3. [Cirugía de la fistula de ano](#)
4. [Cirugía de la fisura de ano](#)
5. [Cirugía de la incontinencia de ano](#)
6. [Cirugía de las hemorroides](#)
7. [Cirugía del prolapsito del recto](#)
8. [Cirugía del rectocele](#)
9. [Cirugía del sinus pilonidal](#)
10. [Cirugía laparoscópica del prolapsito del recto](#)
11. [Colectomía total abierta con o sin reservorio](#)
12. [Colectomía total laparoscópica con o sin reservorio](#)
13. [Estenosis de ano](#)
14. [Patología ano-rectal no maligna](#)
15. [Polipectomía de colon o recto](#)
16. [Resección de recto por cirugía abierta](#)
17. [Resección de recto por cirugía laparoscópica](#)
18. [Resección endoanal](#)
19. [Resección intestinal por cirugía abierta](#)
20. [Resección intestinal por cirugía laparoscópica](#)
21. [Resección segmentaria abierta de colon](#)
22. [Resección segmentaria laparoscópica de colon](#)
23. [Síndrome de F.I.D. \(Probable Apendicitis Aguda\)](#)

• ESÓFAGO

1. [Cirugía abierta antirreflujo](#)
2. [Cirugía abierta del estómago](#)
3. [Cirugía abierta trastornos motores](#)
4. [Cirugía laparoscópica antirreflujo](#)
5. [Cirugía laparoscópica del estómago](#)
6. [Cirugía laparoscópica trastornos motores](#)
7. [Resección del esófago](#)
8. [Tto quirúrgico enfermedad ulcerosa](#)

• MISCELÁNEA

1. [Biopsia-extirpación ganglionar o de tumoración](#)
2. [Cirugía de Melanoma](#)
3. [Cirugía de urgencias](#)
4. [Colocación de tubo de tórax](#)
5. [Esplenectomía abierta](#)
6. [Esplenectomía laparoscópica](#)
7. [Extirpación de uña](#)
8. [Hernia diafragmática](#)
9. [Laparoscopia exploradora](#)
10. [Laparotomía exploradora](#)
11. [Melanoma con ganglio centinela](#)
12. [Procedimientos con anestesia general](#)
13. [Procedimientos con anestesia local](#)

• OBESIDAD

1. [Cirugía abierta de la obesidad](#)
2. [Cirugía laparoscópica de la obesidad](#)

• PARED ABDOMINAL

1. [Cirugía abierta de la eventración](#)
2. [Cirugía abierta de la hernia](#)
3. [Cirugía laparoscópica de la eventración](#)
4. [Cirugía laparoscópica de la hernia](#)

• PATOLOGÍA MAMARIA

1. [Biopsia mama con anclaje](#)
2. [Cirugía conservadora de la mama](#)
3. [Linfadenectomía axilar](#)
4. [Mastectomía radical](#)
5. [Mastectomía subcutánea](#)
6. [Tumorectomía de mama](#)

DERMATOLOGÍA:

1. Afeitado de nevus
2. Anestesia local
3. Biopsia cutánea
4. Cáncer basocelular
5. Cáncer espinocelular
6. Cirugía
7. Crioterapia
8. Fototerapia
9. Intervención quirúrgica
10. Melanoma
11. Talidomida
12. Terapia fotodinámica
13. Tratamiento con acitretino
14. **Tratamiento con Adalimumab**
15. Tratamiento con electrocoagulación
16. Tratamiento con Etanercept
17. Tratamiento con infliximab
18. Tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas
19. Tratamiento con Isotretinoína
20. Tratamiento con Metotrexato
21. Tratamiento con Micofelonato Mofetilo
22. Tratamiento con toxina botulínica
23. **Tratamiento con Ustekinumab**
24. Tratamiento de alopecia con Difencipriona
25. Tratamiento para Ciplosporina
26. Tumor benigno
27. Tumor maligno

ENDOCRINOLOGÍA:

1. Prueba de TSH Recombinante
2. Pruebas funcionales endocrinológicas
3. Test de Hipoglucemia insulínica

FARMACIA:

1. Consentimiento del paciente
2. **Consentimiento del paciente ante testigo**
3. Tratamiento Compasivo.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

- **GINECOLOGÍA GENERAL Y ONCOLOGÍA**
 1. Biopsias ginecológicas
 2. Cirugía conservadora de mama
 3. Cirugía del Himen o Introito vulvar
 4. Cirugía sobre la glándula de Bartholín
 5. Conización cervical
 6. Corrección del prolapo de la cúpula vaginal
 7. Corrección del prolapo genital
 8. Corrección quirúrgica de incontinencia urinaria
 9. Electrocriocoagulación del cervix uterino
 10. Exploración de la cavidad abdominal
 11. Histerectomía
 12. Histerectomía radical
 13. Histeroscopia diagnóstica
 14. Histeroscopia quirúrgica
 15. Laparoscopia ginecológica
 16. Legrado diagnóstico
 17. Malformación uterina o vaginal
 18. Mastectomía radical
 19. Miometomía
 20. Reparación quirúrgica del periné
 21. Tto quirúrgico de patología anexial o de ligamento ancho
- 22. Vulvectomía radical
- 23. Vulvectomía simple
- **OBSTETRICIA**
 1. Amniocentesis genética
 2. Amniocentesis no genética
 3. Amnioscopia
 4. Asistencia al parto
 5. Asistencia al parto vaginal con cesárea previa
 6. Biopsia corial
 7. Cerclaje cervical
 8. Cesárea programada
 9. Conducta expectante y tto médico del embarazo ectópico
 10. Funiculocentesis
 11. Inducción al parto
 12. Legrado evacuador obstétrico
 13. Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico
- **REPRODUCCIÓN**
 1. Inseminación con semen del cónyuge
 2. Inserción de un Dispositivo Intrauterino
 3. Intervenciones de oclusión tubárica
 4. Recanalización tubárica

HEMATOLOGÍA:

1. Aféresis terapéutica
2. Aspirado de médula ósea y biopsia ósea
3. Autotransfusión
4. Exanguinotransfusión
5. Sangría terapéutica
6. Transfusión de sangre

MEDICINA INTENSIVA:

1. Broncofibroscopia
2. Medicina Intensiva
3. Técnicas de diálisis
4. Traqueotomía percutánea

MEDICINA INTERNA

1. Alergia a medicamentos
2. Anestesia epidural o intradural
3. Anestesia general
4. Anestesia loco-regional
5. Biopsia hepática dirigida con aguja fina
6. Biopsia hepática percutánea
7. Biopsia pleural percutánea
8. Broncofibroscopia
9. Cateterización de vía central
10. Colangiopacreatografía y esfinterotomía
11. Colangiopancreatografía terapéutica
12. Colonoscopia
13. Drenaje pleural
14. Implantación de Marcapasos cardiaco permanente
15. Implantación de Marcapasos cardiaco transitorio
16. Inyección intrarticular de Glucocorticoides
17. Inyecciones intrarticulares de ácido hialurónico
18. Lavado gástrico
19. PAAF
20. Panendoscopia oral diagnóstica
21. Paracentesis
22. PH-metría de 24 horas
23. Polipectomía en el tracto digestivo superior
24. Polipectomía endoscópica en el colon
25. Prueba de esfuerzo convencional
26. Punción lumbar
27. Quimioterapia
28. Tomografía computarizada (TAC)
29. Toracocentesis
30. Transfusión de sangre

NEFROLOGÍA:

1. Biopsia renal
2. Catéter peritoneal
3. Catéter venoso y hemodiálisis
4. Técnicas de diálisis

NEUROLOGÍA

1. Fotografía
2. Inmunoterapia
3. Punción lumbar
4. Test de Tensilón
5. Tratamiento con Toxina Botulínica

NEUMOLOGÍA:

1. Biopsia pleural percutánea
2. Broncofibroscopia
3. Drenaje pleural
4. Toracocentesis

OFTALMOLOGÍA:

1. Angiografía fluoresceínica
2. Desprendimiento de retina-Vitrectomía
3. Evisceración, enucleación o exenteración orbitaria
4. Intervención de cataratas
5. Inyección de Lucentis intravítreo
6. Inyección intraocular o extracción muestras
7. Tratamiento con láser de argón
8. Traumatismos, Heridas, Cuerpos extraños

ONCOLOGÍA:

1. Hormonoterapia
2. Inmunoterapia
3. Quimioterapia
4. Tratamiento con fármacos dirigidos a dianas específicas

O.R.L.:

1. Adenoidectomía
2. Amigdalectomía
3. Angiofibroma de rinofaringe
4. Extirpación de una tumoración faríngea
5. Uvulopalatofaringoplastia
6. Cordectomía
7. Cordectomía utilizando láser
8. Inyección intraláríngea de toxina botulínica
9. Laringectomía parcial
10. Laringectomía parcial láser
11. Laringectomía total
12. Laringoscopia directa e inyecc intracordal
13. Laringoscopia directa-Microcirugía laringea
14. Tiroplastia de medialización
15. Abordaje, valoración y tto quirurg nervio facial
16. Administración endovenosa de histamina
17. Cirugía del Colesteatoma
18. Descomprensión del saco endolinfático
19. Estapedotomía
20. Exéresis de un quemodectoma yugular
21. Extirpación de exostosis a nivel del conducto auditivo externo
22. Extirpación de un Quemodectoma timpánico
23. Extirpación del neurinoma del acústico
24. Implante Coclear
25. Laberintectomía
26. Laberintectomía química con gentamicina
27. Miringoplastia
28. Miringotomía-Drenaje Transtimpánico
29. Neurectomía vestibular
30. Prótesis auditiva osteointegrada tipo BAHA
31. Test del Promontorio
32. Timpanoplastia
33. Esofagoscopia rígido
34. Exéresis de quistes y fistulas cervicales
35. Extirpación del divertículo de Zenker vía endoscópica
36. Extirpación del divertículo de Zenker vía externa
37. Paratiroidectomía
38. Parotidectomía
39. Submaxilectomía
40. Tiroidectomía
41. Traqueotomía
42. Vaciamiento ganglionar cervical
43. Cadwell Luc o antrostomía maxilar
44. Cirugía endoscópica nasosinusal
45. Dacriocistorrinostomía endonasal
46. Rinoplastia-Septorrinoplastia
47. Rinotomía lateronasal
48. Septoplastia
49. Turbinoplastia-Turbinectomía

PEDIATRÍA:

1. Acceso venoso central y colocación de catéteres
2. Biopsia yeyunal con cápsula de Watson
3. PH-Metria esofágica de 24 horas
4. Pruebas alergia-Intolerancia alimentos
5. Punción lumbar diagnóstica
6. Sedación-Analgésia para procedimientos
7. Traslado infantil
8. Traslado neonatal

PSIQUIATRÍA:

1. Permiso salida
2. Terapia electroconvulsiva (TEC)

RADIODIAGNÓSTICO:

1. Tomografía computarizada (TAC)

REHABILITACIÓN:

1. Inyección intrarticular de Glucocorticoides
2. Inyecciones intrarticulares de ácido hialurónico
3. Tratamiento con infiltraciones
4. Tratamiento con Toxina Botulínica

REUMATOLOGÍA:

1. Inyección intrarticular de Glucocorticoides
2. Inyecciones intrarticulares de ácido hialurónico
3. Tratamiento con Abatacept
4. Tratamiento con Adalimumab
5. Tratamiento con Ciclofosfamida intravenosa
6. Tratamiento con Infliximab
7. Tratamiento con Rituximab
8. Tratamiento de la gota con Uricosúricos

TRANSFUSIÓN:

1. Transfusión de sangre

TRAUMATOLOGÍA:

- ARTROSCOPIA Y CIRUGÍA
 1. Artroscopia de hombro
 2. Artroscópica de rodilla
 3. Luxación recidivante del hombro
 - CIRUGÍA DE COLUMNA
 1. Instrumentación y artrodesis vertebral
 2. Laminectomía más descectomía por hernia discal
 - CIRUGÍA DE MANO
 1. Dedo en resorte
 2. Dupuytren
 3. Tumores partes blandas, quistes y ganglios
 4. Tunel Carpiano
 - CIRUGÍA DEL PIE
 1. Espolón calcáneo
 2. Hallux valgus y dedos en garra
 - CIRUGÍA PROTÉSICA
 1. Artroplastia del hombro
 - 2. Implantación prótesis de cadera
 - 3. Implantación prótesis de rodilla
 - 4. Recambio prótesis cadera o rodilla
- CIRUGÍA TUMORAL
 1. Tto de los tumores óseos
 - GENERALES
 1. Amputación extremidad
 2. Extirpación bolsa sinovial
 3. Injerto óseo autólogo
 4. Liberaciones nerviosas en síndromes canaliculares
 5. Pseudartrosis aséptica
 6. Retirada material osteosíntesis
 7. Tratamiento quirúrgico de la rigidez articular mediante una artrolosis
 - TRAUMATOLOGÍA
 1. Tto fracturas, fracturas-luxaciones, luxaciones articulares
 2. Tto quirúrgico de lesiones tendinosas

URGENCIAS:

1. Catéter central de inserción periférica
2. Cateterización de vía central
3. Cardioversión eléctrica
4. Fotografía
5. Lavado gástrico
6. Punció lumbar
7. Tomografía computarizada (TAC)
8. Transfusión de sangre
9. Traqueotomía
10. Traslado infantil
11. Traumatismos, Heridas, Cuerpos extraños
12. VMNI

UROLOGÍA:

1. Adenomectomía
2. Anastomosis Túbulodeferencial
3. Biopsia prostática
4. Biopsia testicular
5. Braquiterapia prostática
6. Cierre fistula uretral
7. Circuncisión
8. Cirugía de la incontinencia urinaria
9. Cirugía de la incurvación de pene
10. Cirugía de la litiasis renal
11. Cirugía de la litiasis vesical
12. Cirugía laparoscópica incontinencia urinaria
13. Cistectomía parcial
14. Cistectomía radical
15. Cistoscopia
16. Cistostomía suprapública
17. Colocación de doble J
18. Elongación de frenillo peneano
19. Endopielotomía
20. Epididimectomía
21. Esclerosis de quiste renal o linfocele
22. Evaluación de raíces sacras
23. Exploración Urodinámica
24. HidrocelectomíaHipospadias
25. Implantación de prótesis de pene
26. Implantación de prótesis en esfínter uretral
27. Implantación de prótesis en estenosis de uretra
28. Implantación de prótesis en uretra prostática
29. Incontinencia urinaria
30. Inyección intracavernosa
31. Linfadenectomía ilioinguinal
32. Linfadenectomía retroperitoneal
33. Litotricia
34. Nefrectomía laparoscópica
35. Nefrectomía parcial
36. Nefrectomía radical
37. Nefrectomía simple
38. Nefrolitotomía percutánea
39. Nefrostomía percutánea
40. Nefroureterectomía
41. Orquidopexia
42. Orquiectomía
43. Penectomía parcial o total o emasculación
44. Pieloplastia
45. Prostatectomía radical
46. Prótesis incontinencia urinaria-esfínter artificial
47. Quistectomía funicular
48. Reanastomosis deferencial microquirúrgica vaso-vasostomía
49. Resección transuretral de próstata
50. Resección transuretral de vejiga
51. Tratamiento endovesical
52. Ureterolitotomía
53. Ureterorrenoscopia
54. Uretroplastia
55. Uretrotomía endoscópica
56. Varicocelectomía
57. Vasectomía

C. GUÍAS DE ACTUACIÓN (VÍAS CLÍNICAS, PROTOCOLOS...)

C.1 PROTOCOLOS (AÑO 2014)

- Cuestionario par registrar las incidencias en la utilización del material fungible.
- Protocolo para homogeneizar los informes de Anatomía Patológica.
- Proceso de Atención al Paciente Crónico pluripatológico en el área de salud de Zamora.
- Se ha elaborado el documento 25 propuestas y líneas de mejora en el Complejo Asistencial.
- Protocolo de Identificación de pacientes del CAZA. Aprobación por la Comisión y difusión en el Complejo Asistencial.
- Revisión de Manual de Lista de Verificación Quirúrgica.
- Protocolo Higiene de Manos. Participación del CAZA en el proyecto europeo: Higiene de Manos PaSQ, subproyecto WP5.
- Protocolo de identificación de pacientes en el Complejo Asistencial de Zamora.
- Protocolo de Identificación de pacientes del CAZA. Aprobación por la Comisión y difusión en el Complejo Asistencial.
- Revisión de Manual de Lista de Verificación Quirúrgica.
- Incorporación de Planes de Cuidados al GACELA: Se validan 12 planes de cuidados.
 - 1) Cuidados del recién nacido de bajo peso.
 - 2) Insuficiencia cardiaca.

- 3) Cuidados al paciente con Tto. Con quimioterapia.
 - 4) Cuidados al paciente traqueostomizado.
 - 5) Cuidados al paciente CPRE.
 - 6) Cuidados al pacientes con obstrucción intestinal.
 - 7) Endoftalmitis.
 - 8) Laparoscopía.
 - 9) Legrado.
 - 10) Hospitalización a domicilio:
 - Heridas complicadas.
 - Terapia intravenosa.
 - Cesárea.
- Registro Hospitalario de tumores. Manual de procedimiento de recogida de información.
 - Protocolos Diagnósticos en Anatomía Patológica.
 - Guía formativa de Anestesiología y Reanimación.
 - Actualización Vía Clínica Cáncer de Pulmón.
 - Se han reformado los protocolos de registro de proyectos de investigación y protocolos clínicos.
 - Protocolos elaborados por la Comisión de Cuidados de Enfermería que han sido difundidos en talleres realizados de GACELA CARE.
 - Protocolo VIH neonatal.
 - Protocolo Gripe.
 - Protocolos de antisépticos: En colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva se ha actualizado el Protocolo de Antisépticos. El nuevo procedimiento potencia el uso de Clorhexidina en detrimento de la povidona yodada para aquellos casos en los que no exista contraindicación.
 - Procolización de procesos prevalentes en el anciano para su implantación en las residencias socio-sanitarias.

D. GESTIÓN POR PROCESOS. APLICACIÓN EN ANATOMÍA PATOLÓGICA. :

En el Servicio de Anatomía Patológica se ha elaborado un Manual y Memoria Anual de Calidad de 2014 tomando como modelo de referencia ISO en 2008. Dicho Manual se ha enviado a Dirección de Gerencia y Dirección Médica del Complejo Asistencial y consta del siguiente índice:

MANUAL Y MEMORIA DE CALIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA 2014

INDICE:

- 1. INTRODUCCIÓN. OBJETO Y ALCANCE**
- 2. POLITICA DE CALIDAD**
- 3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL LABORATORIO**
- 4. CARTERA DE SERVICIOS**
- 5. LISTADO DE DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA Y HOJA DE ARCHIVO DE REGISTROS**
- 6. PRESTACIÓN DESERVICIO**
- 7. PROCESOS. MAPA DE PROCESOS**
- 8. CONTROLES DE CALIDAD. INDICADORES DE CALIDAD**

9. DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA

10. TEXTOS PREGRABADOS (INFORME) ANATOMÍA PATOLÓGICA, IMPRESOS DE BASE DE DATOS PAT-WIN

4. RESULTADOS CLAVE

Los indicadores de Calidad clave se enviaran a la Unidad de Calidad por el Servicio de Medicina Intensiva en marzo de 2015.

A. INDICADORES DE CALIDAD

INDICADORES		2012	2013	2014
Tasa de mortalidad neonatal		0%	0,72 %	0%
Tasa de mortalidad		5,34 %	6,20 %	6,29%
Tasa de mortalidad por servicios	Cardiología	2%	1,92 %	1,59%
	Cirugía	2,68%	2,45 %	2,76%
	Dermatología	0%	0 %	0%
	Digestivo	2,61%	2,27 %	3,29%
	Endocrino	0%	0 %	0%
	Escolares	0%	0 %	0%
	Ginecología	0,45%	0 %	0,24%
	Hematología	13,1%	15,10 %	10,32%
	Lactantes	0%	0 %	0,31%
	Medicina Interna	13,40%	16,10 %	15,06%
	UCI	52,17	50 %	51%
	Nefrología	3,06%	6,13 %	3,33%
	Neonatología	0%	0,72 %	0%
	Neurología	4,01%	5,23 %	5,40%
	Neumología	5,31%	4,81 %	8,45%
	Obstetricia	0%	0 %	0%
	Oftalmología	0%	0 %	0%
	Unidad patología mama	0%	0 %	0%
	ORL	0,18%	0,43 %	0,08%
	Reumatología	0%	0 %	0%
	Traumatología	1,30%	0,65 %	1,22%
	Urología	0,25%	1,10 %	1,21%
	Oncología	No existe	-	No existe
Tasa de mortalidad por causas	Sida	-	-	-
	Cáncer	-	Nº éxitus por cáncer 466	443

Fuente de información: Servicio de Admisión

- Tasa de mortalidad de Medicina Interna sin cuidados paliativos=14,38%
- Tasa de mortalidad de cuidados paliativos 62,57%

INDICADORES		2012	2013	2014
Tasa de cesáreas		25,34 %	23,09 %	26,45%
% de partos con anestesia epidural		* 38,02 %	35,10 %	49,27%
Tasa de reingresos de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)	≤ 1 día	0,47 %	0,65 %	0,79%
	≤ 2 días	0,75 %	0,94 %	1,13%
	≤ 7 días	2,19 %	2,27 %	2,35%
	≤ 30 días	5,50 %	5,54 %	5,47%
	> 30 días	-	-	
Estancias prequirúrgicas		1,25 días	1,31. Global, 0,63 programada, días	1,68 días global, 0,65 programada
Estancias postquirúrgicas		4,72 días	3,90 días	4,38 días
Presión de urgencias (% de ingresos urgentes)		76,2 %	77,77 %	76,45%
% de ingresos programados		23,80 %	22,33 %	25,41%
Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria		55	90	53
Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas		6,15 %	6,26 %	6,20%
Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media	GRD 101 otros diagnósticos del Aparato respiratorio con CC	-	No desviado	No desviado
	GRD 172 Neoplasia maligna digestiva con CC	-	No desviado	No desviado
	GRD 203 Neoplasia maligna de sistema hepatobiliar o de páncreas. Estancia Media	-	No desviado	No desviado
	GRD 552 Trastornos del Aparato digestivo excepto esofagitis, gastroenteritis, úlcera no complicada con CC mayor	Se han ahorrado 71 estancias. El nº de altas fue 210-	78 estancias evitables. La estancia media es 0,42 por encima de la norma del grupo y el número de altas fue de 177	99 estancias evitables. La E.M es de 0,54, por debajo de la norma y el número de altas es de 184
Porcentaje de suspensiones quirúrgicas		6,64 %	5,18 %	5,71%
Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas		6,23 %	Suspensión: 8,4 %	10,78%
Mortalidad potencialmente evitable		-	-	-
Tasa de prevalencia de úlceras por presión (adquiridas en el Hospital 0)		4,3 %	1,21 %	4,72 %
Tasa de prevalencia de la infección nosocomial		5,63 %	12,14 %	7,64 %
Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica		13,23 %	8,93 %	11,27 %
Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados		1,78 %	4,2 %	3,27 %
Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en artroplastia rodilla y cadera		1,9 %	1,4 %	1,11 %
Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica. (servicio de UCI)*		7,07 %	3,91 %	Enviará informe en Marzo 2015

Fuente de información: Servicio de Admisión y Servicio de Medicina Preventiva

* Fuente de Información: Servicio de Medicina Intensiva.