



---

Vol. II - Nº 5 - Año 2002

---

# NuevoHospital versión

digital

Número monográfico

## Plan de Calidad del Contrato de Gestión de 2001 **RECOGIDA DE DATOS**

---

**HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA**  
**ZAMORA**  
**Unidad de Calidad**

Zamora 27 de diciembre de 2001

---

NuevoHospital  
**Unidad de Calidad**  
Hospital Virgen de la Concha  
Avda. Requejo 35  
49022 Zamora  
Tfno. 980 548 200  
www.calidadzamora.com

**Periodicidad:** irregular  
**Editor:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad  
**Coordinación Editorial:** Rafael López Iglesias (Director Gerente)  
**Dirección:** Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)  
**Comité de Redacción:**  
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)  
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)  
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)  
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)  
**ISSN: 1578-7516**



## Índice

---

### Introducción

#### 1. Estándares de la Organización

##### 1.1. Estándares de calidad percibida y derechos de los pacientes

**Estándar 1.** Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación y parto.

**Estándar 2.** El hospital dispone de un plan de acogida a los pacientes.

**Estándar 3.** El hospital entrega a los pacientes una guía del hospital.

**Estándar 4.** El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.

**Estándar 5.** El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.

**Estándar 6.** El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.

##### 1.2. Estándares de calidad científico-técnica

**Estándar 7.** El hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección nosocomial.

**Estándar 8.** El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

**Estándar 9.** Se realiza correctamente el proceso de donación y transplante de órganos.

##### 1.3. Estándares de liderazgo y cultura de la calidad

**Estándar 10.** Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

#### 2. Programa de mejora de la calidad común a todos los hospitales

##### 2.1. Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes

OBJETIVO GENERAL 1. Mejorar la información a pacientes y familiares.

**OBJETIVO OPERATIVO 1.** *Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un plan de Información.*

OBJETIVO GENERAL 2. Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

**OBJETIVO OPERATIVO 2.1.** *Divulgar e implantar una encuesta posthospitalización común para todos los hospitales.*

**OBJETIVO OPERATIVO 2.2.** *Aumentar la implantación de la receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de Urgencias)*

##### 2.2. Objetivos de calidad científico-técnica

OBJETIVO GENERAL 3. Mejorar la calidad y la eficiencia de procesos.

**OBJETIVO OPERATIVO 3.1.** *Implantar protocolos en los servicios asistenciales.*

**OBJETIVO OPERATIVO 3.2.** *Mejorar los protocolos de profilaxis antibiótica.*

**OBJETIVO OPERATIVO 3.3.** *Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.*

**OBJETIVO OPERATIVO 3.4.** *Mejorar la implantación de las guías de las Sociedades Científicas.*

**OBJETIVO OPERATIVO 3.5.** *Elaborar una guía de practica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General.*

**OBJETIVO OPERATIVO 3.6.** *Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos.*

**OBJETIVO OPERATIVO 3.7.** *Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.*



OBJETIVO GENERAL 4. Utilización de alta tecnología en base a la evidencia científica disponible.

**OBJETIVO OPERATIVO 4.1.** *Mejorar la utilización de RNM de acuerdo a protocolo.*

**OBJETIVO OPERATIVO 4.2.** *Mejorar la utilización de TAC de acuerdo a protocolo.*

**OBJETIVO OPERATIVO 4.3.** *Aplicar la oxigenoterapia a domicilio de acuerdo a la Circular 4/00 del INSALUD.*

OBJETIVO GENERAL 5. Reducir los sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria.

**OBJETIVO OPERATIVO 5.1.** *Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados.*

**OBJETIVO OPERATIVO 5.2.** *Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos.*

OBJETIVO GENERAL 6. Mejorar la calidad de la prescripción.

**OBJETIVO OPERATIVO 6. 1.** *Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel (y soporte electrónico allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica.*

**OBJETIVO OPERATIVO 6.2.** *Disponer de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimentará para todos los fármacos que vayan a ser incluidos en la guía farmacoterapéutica.*

**OBJETIVO OPERATIVO 6.3.** *Minimizar la prescripción de principios activos de reciente comercialización de baja o nula aportación terapéutica.*

**OBJETIVO OPERATIVO 6.4.** *Disponer de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos, para su utilización en el momento de la prescripción, tanto al ingreso como al alta hospitalaria.*

### 2.3. Objetivos de gestión clínica

OBJETIVO GENERAL 7. Implantar guías de gestión.

**OBJETIVO OPERATIVO 7.** *Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD.*

OBJETIVO GENERAL 8. Mejorar los sistemas de información.

**OBJETIVO OPERATIVO 8.1.** *Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a quince días.*

**OBJETIVO OPERATIVO 8.2.** *Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta.*

**OBJETIVO OPERATIVO 8.3.** *Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del éxitus.*

**OBJETIVO OPERATIVO 8.4.** *Mejorar la calidad del informe de alta.*

OBJETIVO GENERAL 9. Mejorar la contabilidad analítica.

**OBJETIVO OPERATIVO 9.** *Lograr que los servicios reciban puntualmente el informe sobre contabilidad analítica.*

OBJETIVO GENERAL 10. Divulgar la experiencia del Plan de Calidad del hospital.

**OBJETIVO OPERATIVO 10.1.** *Realizar la Memoria del Plan de Calidad del hospital.*

**OBJETIVO OPERATIVO 10.2.** *Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc.*

OBJETIVO GENERAL 11. Aumentar la participación de los profesionales en el Plan de Calidad.

**OBJETIVO OPERATIVO 11.** *Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora.*

OBJETIVO GENERAL 12. Mejorar el funcionamiento de la Unidad de Calidad del hospital.

**OBJETIVO OPERATIVO 12.** *Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.*



OBJETIVO GENERAL 13. Mejorar la gestión de los suministros.

**OBJETIVO OPERATIVO 13.** *Mantener una comisión de adquisiciones bien estructurada y operativa.*

#### 2.4. Objetivos de satisfacción del cliente interno

OBJETIVO GENERAL 14. Potenciar la formación continuada del personal sanitario.

**OBJETIVO OPERATIVO 14.** *Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial*

OBJETIVO GENERAL 15. Reducir el tabaquismo en el personal sanitario.

**OBJETIVO OPERATIVO 15.** *Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.*

OBJETIVO GENERAL 16. Mejorar la incorporación de nuevos trabajadores.

**OBJETIVO OPERATIVO 16.** *Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador*

OBJETIVO GENERAL 17. Mejorar la comunicación interna en la organización.

**OBJETIVO OPERATIVO 17.** *Establecer un plan de comunicación interno.*

#### 2.5. Objetivos socio-sanitarios

OBJETIVO GENERAL 18. Implantación y desarrollo del Programa de Voluntariado.

**OBJETIVO OPERATIVO 18.** *Lograr la implantación del Programa de Voluntariado en todos los centros del INSALUD que desarrollan actualmente el programa de colaboración social con objetores de conciencia.*

OBJETIVO GENERAL 19. Detectar los pacientes con riesgo social al ingreso

**OBJETIVO OPERATIVO 19.** *Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.*



### 3. Monitorización de indicadores

3.1. Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD y otras bases de datos.

- M1.** *Mortalidad potencialmente evitable.*
- M2.** *Tasa de mortalidad neonatal.*
- M3.** *Mortalidad perioperatoria por procesos (bypass coronario, fractura de cadera).*
- M4.** *Altas y estancias potencialmente ambulatorias.*
- M5.** *Tasa de cesáreas.*
- M6.** *Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).*
- M7.** *Estancias prequirúrgicas.*
- M8.** *Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.*

5.2. Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales

- M9.** *Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.*
- M10.** *Sistema de vigilancia de las de úlceras por presión.*
- M11.** *Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.*
- M12.** *Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.*
- M13.** *Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.*
- M14.** *Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.*
- M15.** *Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).*
- M16.** *Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.*
- M17.** *Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.*
- M18.** *Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.*
- M19.** *Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.*
- M20.** *Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.*
- M21.** *Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.*
- M22.** *Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital y media de asistentes (médicos y enfermeras).*
- M23.** *Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.*
- M24.** *Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la guía*
- M25.** *Porcentaje de coste asignado a paciente sobre el coste total en medicamentos del hospital (excluyendo los derivados de la prescripción a través de receta).*



## 1. Estándares de la Organización

---

**Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación y parto.**

\*\*Responsable del estandar :

**Jose Luis Castaño Almendral (Jefe Servicio Ginecología-Obstetricia)**

\*\*Criterios:

**X**-El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante la dilatación y parto.

**X**-El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso de dilatación y parto, si la mujer quiere estar acompañada.

**X** -Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico), o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.

**X** -Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos.

**X** -Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la Historia Clínica.

-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.

**X** -Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

1    **X2**    3    4    5    6

\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:

**El estándar ha sido revisdo por Matronas y Obstetras**



## **Estándar 2. El hospital tiene un Plan de Acogida a los pacientes.**

\*\*Responsable del estandar:

**Ana Gómez Villaverde. Supervisora del Servicio de Atención al Paciente / Grupo de mejora de calidad en atención al paciente.**

\*\*Criterios:

**X** -El Plan de Acogida tiene el objetivo de ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.

**X** -Es un plan que se ha elaborado con participación multidisciplinar de profesionales y se ha aprobado por el órgano hospitalario correspondiente.

**X** -Establece el servicio/s del hospital que tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo.

**X** -Asigna responsabilidades claras a las personas encargadas de llevarlo a cabo.

**X** -Es de aplicación para todos los pacientes que ingresan en el hospital.

**X** -Está documentado.

**X** -Se acompaña de la entrega al paciente de una Guía con información escrita sobre el hospital, relevante para el paciente.

**X** -El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.

**X** -Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

**X**1    2    3    4    5    6

\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:

**Se ha creado un Grupo de Mejora de Calidad de Atención al paciente coordinado por la Supervisora del Servicio de Atención al Paciente que se ocupará de actualizar y ordenar toda la información de interés al paciente.**



### **Estándar 3. El hospital entrega a los pacientes una Guía del hospital.**

**\*\*Responsable del estandar:**

**Ana Gómez Villaverde Supervisora del Servicio de Atención al Paciente / Grupo de mejora de calidad en atención al paciente.**

**\*\*Criterios:**

**X** -La Guía es un folleto o publicación con información sobre el hospital que se entrega a los pacientes dentro del Plan de acogida.

**X** -La Guía se actualiza con la periodicidad necesaria.

Contiene información sobre:

**X** -Presentación del hospital y los aspectos relevantes de la hospitalización.

**X** -Servicio de Atención al Paciente: funciones, ubicación y horario.

**X** -Los trámites administrativos frecuentes y documentación necesaria para realizarlos, como solicitud de la baja, citaciones en consultas, etc.

**X** -Cómo identificar a los distintos profesionales sanitarios.

**X** -Descripción de los distintos servicios asistenciales, con su ubicación, teléfono de contacto y cartera de servicios.

**X** -Descripción de otros recursos disponibles para el paciente, como biblioteca, servicios religiosos, capilla, escuela para niños, teléfonos, etc.

**X** -Horarios de comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.

**X** -En esta información escrita figura la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes.

Nivel de cumplimiento

**X** 1    2    3    4    5    6

**\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:**\_\_\_\_\_





#### **Estándar 4. El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.**

**\*\*Responsable del estandar:**

**Andrés Carrascal Tejado (Jefe del Servicio de Pediatría)**

**\*\*Criterios:**

**X** -El hospital facilita que los padres estén alojados con sus hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan.

**X** -Si existen problemas estructurales que lo impiden parcialmente, el hospital tiene elaborados unos criterios que priorizan las circunstancias para la hospitalización de uno de los padres ( Ej. edad del niño, gravedad, lejanía del domicilio, etc.)

**X** -Cuando no se pueda ofrecer esta hospitalización a uno de los padres, total o parcialmente, el hospital ofrece a los padres las máximas comodidades posibles (sillones reclinables, lugar de aseo, comidas, una habitación de estar, etc.)

**X** -El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.

**X** -Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

**X** 1      2      3      4      5      6

**\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:**\_\_\_\_\_



**Estándar 5. El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.**

\*\*Responsable del estandar:

**Ana Gómez Villaverde. Servicio de Atención al Paciente. Supervisora del Servicio.**

\*\*Criterios:

**X** -El hospital tiene asignado el servicio responsable de la gestión de las reclamaciones.

**X** -El servicio cuenta con un sistema que garantiza que se contestan en un plazo menor de 30 días.

**X** -Las contestaciones a las reclamaciones son motivadas y se adaptan, como mínimo, a los criterios establecidos en el manual de funciones del Servicio de Atención al Paciente.

**X** -Se evalúan las causas de reclamación más frecuentes. Dicha evaluación se encuentra documentada.

**X** -Los resultados de esta evaluación se difunden a las personas implicadas y se llevan a cabo las medidas necesarias para mejorar.

Nivel de cumplimiento

**X** 1    2    3    4    5    6

\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:\_\_\_\_\_



## **Estándar 6. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.**

\*\*Responsable del estandar:

**Comité de Ética Hospitalaria. Teresa Saldaña Fernández (Pte. Comité de Ética)**

\*\*Criterios:

**X** -Ante intervenciones o pruebas diagnósticas de riesgo, se utiliza el documento de consentimiento informado (DCI) específico.

**X** -Los DCI se han adaptado a las características del hospital, y han sido aprobados por la comisión correspondiente.

-Los DCI estan correctamente firmados por médico y paciente, y ambos están identificados.

-En el DCI estan reflejados los riesgos personalizados de la intervención o prueba diagnóstica.

**X** -Los documentos elaborados por el hospital se adaptan a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, o del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo.

**\*\*Metodología de evaluación:** El trabajo de campo será realizado por equipos de inspección sanitaria que entregarán al coordinador del centro el resultado de cada uno de los criterios estipulados. A partir de esa valoración, corresponderá al coordinador de cada hospital realizar la autoevaluación de acuerdo con los niveles propuestos para los estándares.

Nivel de cumplimiento

1    **X** 2    3    4    5    6

\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:\_\_\_\_\_



## **Estándar 7. El Hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.**

\*\*Responsable del estandar:

**Soledad Martínez Sáez (FEA SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA)**

\*\*Criterios:

**X** -El hospital tiene implantado un sistema de vigilancia y prevención de la infección.

**X** -El sistema de vigilancia ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.

**X** -El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.

**X** -En el se define el servicio y/o personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.

**X** -Se monitorizan los riesgos, las tasas de infección (prevalencia y/o incidencia) y las tendencias.

**X** -Se difunde la información a todos los implicados.

**X** -Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorarlas.

Nivel de cumplimiento

**X** 1    2    3    4    5    6

\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: \_\_\_\_\_



**Estándar 8. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.**

\*\*Responsable del estandar:

**Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)**

\*\*Criterios:

**X** -Existe un protocolo escrito sobre criterios de sondaje (inicio y retirada) y los cuidados de enfermería del paciente sondado, que ha sido consensuado multidisciplinariamente.

**X** -El protocolo se ha difundido en todas las unidades y a todos los profesionales implicados (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.)

**X** -El hospital utiliza sistemas de sondaje cerrados, salvo para aquellas circunstancias en que no son precisos y que constan explícitamente en el protocolo.

**X** -El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esa evaluación se encuentra documentada.

**X** -Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas.

**X** -En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

**X** 1    2    3    4    5    6

\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: \_\_\_\_\_



## **Estándar 9. Donación y el transplante de órganos.**

**\*\*Responsable del estandar:**

**Coordinador de Transplantes. Teresa Saldaña Fernández**

**\*\*Criterios:**

**X** -El hospital tiene implantado el protocolo de la ONT para mejorar el proceso y aumentar la tasa de donaciones.

**X** -El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y la evaluación se encuentra documentada.

**X** -Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

**X** -El hospital envía los datos en plazo a la ONT.

Nivel de cumplimiento

**X** 1    2    3    4    5    6

**\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:**\_\_\_\_\_



## **Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.**

**\*\*Responsable del estandar:**

**Director Gerente. Rafael López Iglesias**

**\*\*Criterios:**

- X** -La Gerencia dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- X** -Cuando se detecta un problema de calidad, el Gerente pone los recursos y adopta las medidas necesarias para solucionarlo.
- X** -Convoca de forma sistemática reuniones del Comité<sup>1</sup> de Calidad del hospital.
- X** -Conoce todas aquellas iniciativas de mejora de la calidad que se están llevando a cabo en el hospital.
- X** -Celebra como mínimo una sesión hospitalaria anual para mostrar los objetivos y resultados del Plan de Calidad.
- X** -Acuerda y firma los objetivos con cada uno de los responsables de los servicios del hospital.
- X** -Facilita el personal, tiempo y la formación necesarios para que los profesionales puedan participar en actividades de planificación, evaluación y mejora de la calidad de la asistencia.
- X** -Los resultados de calidad de los servicios han dado lugar a variaciones en la distribución de la productividad variable.
- X** -Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del hospital.
- X** -Ha acordado con el coordinador un cronograma de reuniones y método de trabajo con los distintos servicios y unidades del hospital.
- X** -El profesional de enfermería responsable de calidad está integrado en la Unidad de Calidad.
- X** -Mantiene de forma periódica reuniones con el Coordinador de Calidad.
- X** -Ha asignado recursos a la Unidad de Calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, etc...

Nivel de cumplimiento

**X** 1      2      3      4      5      6

**\*\* Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:**

**Se han incrementado los miembros de la Unidad de Calidad (ampliación al área de gestión, documentación e investigación). Se incrementó la actividad de la CCGC y se amplió con nuevos miembros (Director de Gestión y Área de Prevención). Se ha comenzado la edición de la Revista de Calidad del Hospital Virgen de la Concha (NuevoHospital).**

---

<sup>1</sup> CCGC o aquel comité multidisciplinar que participa en el Plan de Calidad.



## **2. Programa de Mejora de la Calidad común a todos los hospitales**

OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES

**Objetivo operativo 1.1 Conseguir que el hospital elabore una guía sobre la información a pacientes y familiares**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**Servicio de Atención al Paciente. Ana Gómez Villaverde (Supervisora del Servicio)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**  
**Continuar con los planes de información en los servicios. Elaboración de una guía para la información al paciente y una guía de información y comunicación.**

**\*\*Indicador 1.1 ¿Se ha elaborado la Guía Hospitalaria de Información a pacientes y familiares?**

Si **X**  
No

Pacto en el CG 01 .....**SI**..... Resultado alcanzado .....**SI**.....

**\*\*ANEXOS:** Se ruega enviar la Guía hospitalaria sobre información a pacientes y familiares.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:**  
**Para ordenar la documentación se ha creado un Grupo de Mejora de Calidad en Atención al paciente**





**Objetivo operativo 1.2 Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un Plan de Información**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**Médico de Admisión. Teresa Garrote Sastre**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

**\*\*Indicador 1.2 Porcentaje de servicios que precisan informar, que tienen un plan documentado de información a pacientes y familiares de acuerdo a las líneas de la Guía Hospitalaria sobre la Información a pacientes y familiares.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº Sº clínicos que tienen un plan documentado para la información de acuerdo a la Guía} \times 100}{\text{Nº total de servicios clínicos que precisan informar a pacientes y familiares}}$$

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** Para considerar que un Servicio dispone de Plan de Información, este deberá constar por escrito, y se ajustará en líneas generales a la Guía Hospitalaria para la información a pacientes y familiares.

Resultado:
$\frac{\text{Nº } 19}{\text{Nº } 19} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$
Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*ANEXOS:** Adjuntar los planes de información de los servicios de Oncología (o en su defecto Medicina Interna) y Cirugía General y Digestiva. Si hay varios (M. Interna, Cirugía), el de uno de ellos.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**  
.....



OBJETIVO GENERAL 2. MEJORAR LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

**Objetivo operativo 2.1. Divulgar e implantar una encuesta posthospitalización común para todos los hospitales.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**Supervisora del Servicio de Atención al Paciente. Ana Gómez Villaverde.**

.....

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

Aplicar la nueva encuesta

.....

**\*\*Indicador 2.1. ¿Ha implantado el hospital la encuesta posthospitalización? (\*)**

**X** Si  
No

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** La nueva encuesta debe haber sido recibida por el hospital y aplicada al menos durante un mes.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Se enviarán resultados obtenidos a lo largo del mes de enero de 2002.

Periodo de estudio: pacientes que estuvieron ingresados entre el 20 de AGOSTO y el 9 de SEPTIEMBRE de 2001 (excluidos pacientes ingresados en UCI y pediatría).

Envío de encuestas: del 1 al 15 de OCTUBRE de 2001

Total encuestas enviadas: 565

Encuestas devueltas por servicio de Correos (diversas causas): 17 (3%)

Encuestas enviadas incluidas en estudio: 565-17= 548

Encuestas recibidas: 214 (37,9% del total; 39% de las encuestas incluidas en el estudio)

(\*) En breve plazo se enviará la encuesta a utilizar.



**Objetivo operativo 2.2. Aumentar la implantación de la receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de Urgencias)**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)**

.....

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

.....

**\*\*¿Disponen todos los médicos que firman altas en su hospital de talonario de recetas?**

Si **X**  
No

**\*\*Indicador 2.2. Porcentaje de pacientes que han recibido todas las primeras recetas al alta y en consultas externas respecto del total de pacientes que debían recibir primeras recetas.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes a los que se les ha facilitado la totalidad de primeras recetas que necesitaban al alta y consultas externas}}{\text{Nº total de pacientes (alta y en consultas externas) que precisaron al menos alguna primera receta}}$$

**\*\*METODOLOGÍA:** Muestreo estratificado en función de si son pacientes al alta o de consultas externas. Por tanto se exige representatividad para ambas categorías.

En cada control de enfermería del hospital (o en algunos que representen todas las áreas ) y en las consultas externas, mediante una hoja de registro se recogerá la información necesaria para obtener el indicador en la que constará para cada alta / consulta durante ese día:

1º.- ¿Se le ha prescrito algún tratamiento nuevo?

2º.- Si es así: ¿Se le han suministrado a paciente la totalidad de primeras recetas correspondientes?

Los datos se recogerán de martes a jueves cada semana, durante el periodo de tiempo necesario para completar el tamaño muestral necesario. Se sugiere utilizar una prevalencia del 50%,  $\alpha=0.05$  y error máximo aceptable un 10%.

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } 503}{\text{Nº } 546} \times 100 = \dots\dots\dots 92,12 \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 01 .....C..... Resultado alcanzado.....A.....

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** El numerador debe estar constituido sólo por aquellos pacientes que recibieron la totalidad de las primeras recetas que se le habían prescrito.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**OBJETIVO GENERAL 3. MEJORAR LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA DE PROCESOS**

**Objetivo operativo 3.1. Implantar protocolos en los servicios asistenciales**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**

**Comisión de Investigación y protocolos. Miguel Arias Paciencia (Presidente de la Comisión)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

Se ha elaborado un censo de los protocolos en uso en el Hospital. Se han establecido: procedimiento de registro de nuevos protocolos y criterios de evaluación y mejora.

**\*\*Indicador 3.1. Nº de protocolos / guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en los servicios asistenciales del hospital.**

**Pacto CG 01 40**

**Nº protocolos documentados, implantados y evaluados en el hospital 69**

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** Protocolos que están siendo utilizados por los servicios, que han sido aceptados y evaluados. No se incluirán aquellos desarrollados, pero todavía no implantados.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**Objetivo operativo 3.2. Mejorar los protocolos de profilaxis antibiótica**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

- Si **X**  
No  
No precisa

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**María Soledad Martínez Sáez (FEA; Servicio de Medicina Preventiva)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**  
**Revisión y actualización de la guía de profilaxis antibiótica.**

**\*\*Indicador 3.2.1 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)}}$$

Periodo de estudio.....ABRIL 2001.....  
Resultado  
Nº 312 x 100 = .....83,2..... %  
Nº 375  
Pacto en el CG01.....C..... Resultado alcanzado.....B.....

**\*\*METODOLOGÍA:** Se incluyen todos (o muestra aleatoria) los pacientes intervenidos (salvo cirugía sucia), durante el periodo de tiempo de estudio que determine el hospital.

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** Se considerará profilaxis antibiótica correcta (de acuerdo a protocolo), si se cumplen los criterios siguientes:

- Indicación de la profilaxis
- Tipo de antibiótico utilizado correcto.
- Dosis correcta.
- Via de administración adecuada..
- Duración de la profilaxis correcta.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

**Causas de incumplimiento:**

- 1- indicación incorrecta de la profilaxis (42%)
- 2- el antibiótico elegido no se ajusta a protocolo (35%)
- 3- momento de inicio de la administración inadecuado (17%)
- 4- duración inadecuada de la profilaxis (12,3%)
- 5- dosis incorrecta -aún siendo correcto el antibiótico elegido- (11,3%)
- 6- vía de administración inadecuada (0,9%)



### Indicador 3.2.2 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.

#### *Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados (solo cirugía limpia sin implantes)}}$$

$$\frac{\text{Nº } 156}{\text{Nº } 188} \times 100 = \dots\dots 83 \dots\dots \%$$

### Indicador 3.2.3. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada.

#### *Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados (solo cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada)}}$$

$$\frac{\text{Nº } 113}{\text{Nº } 187} \times 100 = \dots\dots 60,4 \dots\dots \%$$



**Objetivo operativo 3.3. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**

**Supervisoras y Grupos de Mejora. Supervisora de Calidad (Isabel Carrascal Gutiérrez)**

.....

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

**Crear responsables de objetivos por unidades**

.....

**\*\*Indicador 3.3. Nº de protocolos enfermeros desarrollados, implantados y evaluados en el hospital.**

Pacto CG 01.....?..... (error en el documento)

Nº protocolos desarrollados, implantados y evaluados en el hospital.....**76**.....

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** Especificar denominación del protocolo y fase de ncial, en excluir de este indicador los protocolos de UPP, sondaje vesical y planes de cuidados incluidos en las vías clínicas.

**\*\*ANEXOS:** Enviar los criterios objetivo dos para la evaluación de la adecuación a los protocolos enfermeros implantados en el hospital.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS**

**Problemas estructurales al no disponer de registro. El registro en el año 2002 se realizará en la Comisión de investigación.**

**De los 76 protocolos se han evaluado 17 (22,4%)**



**Objetivo operativo 3.4. Mejorar la Implantación de las guías de las sociedades científicas**

**\*\*3.4.1. Protocolo de Cataratas**

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si **X**  
No  
No precisa

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**Luis Vicente Prieto (Jefe de Servicio de Oftalmología)**

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

**Indicador 3.4.1. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de cataratas de acuerdo al protocolo.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

*Población y muestra de estudio*

Todos los pacientes de ese procedimiento incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio.....mayo 2001.....  
Población total del periodo de estudio.....90.....

Población estudiada:

- Total **X**  
 Muestra

**Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 90}{\text{Nº } 90} \times 100 = \dots\dots 100 \dots\dots \%$$

Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Admisión





### 3.4.2. Protocolo de amigdalectomía y adenoidectomía

\*\*De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si **X**  
No  
No precisa

\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)  
Jose Luis Blanco García (Jefe del Servicio de ORL)

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

**Indicador 3.4.2. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de amigdalectomía/ adenoidectomíade de acuerdo al protocolo.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

*Población y muestra de estudio*

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio.....enero - septiembre de 2001.....

Población total del periodo de estudio.....73.....

Población estudiada:

- Total X  
 Muestra

**Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 73}{\text{Nº } 73} \times 100 = \dots\dots 100 \dots\dots \%$$

Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....



### 3.4.3. Protocolo de hiperplasia benigna de próstata

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si **X**  
No  
No precisa

**Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**Antonio Tarroc Blanco (Jefe del Servicio de Urología)**

**¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

.....

**Indicador 3.4.3. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de Hiperplasia benigna de próstata de acuerdo al protocolo.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

*Población y muestra de estudio*

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio.....mayo 2001.....  
Población total del periodo de estudio.....

Población estudiada:

- Total X  
 Muestra

**Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 8}{\text{Nº } 8} \times 100 = \dots 100 \dots \%$$

Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Admisión



### 3.4.4. Protocolo de prótesis total de rodilla

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si **X**  
No  
No precisa

**Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**Alfonso Fernández Prieto (Jefe del Servicio de Traumatología)**

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

**Indicador 3.4.4a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de prótesis total de rodilla de acuerdo al protocolo.**

#### *Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

#### *Población y muestra de estudio*

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio.....PACIENTES INCLUIDOS EN LEQ EL 4-12-2001.....  
Población total del periodo de estudio.....103.....

Población estudiada:

- Total X  
 Muestra

#### **Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 103}{\text{Nº } 103} \times 100 = \dots 100 \dots \%$$

Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Admisión

**Indicador 3.4.4b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de prótesis total de rodilla de acuerdo al protocolo.**

#### *Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes intervenidos evaluados}}$$

#### *Población y muestra de estudio*

Todos los pacientes intervenidos en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio.....OCTUBRE 2001.....  
Población total del periodo de estudio.....31.....

Población estudiada:

- Total X  
 Muestra

#### **Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 31}{\text{Nº } 31} \times 100 = \dots 100 \dots \%$$



Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Admisión



### **3.4.5. Protocolo de prótesis total de cadera**

**\*\*De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No  
No precisa

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**Alfonso Fernández Prieto (Jefe del Servicio de Traumatología)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

**\*\*Indicador 3.4.5a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de prótesis total de cadera de acuerdo al protocolo.**

#### *Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

#### *Población y muestra de estudio*

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio.....PACIENTES INCLUIDOS EN LEQ EL 4-12-2001.....  
Población total del periodo de estudio.....87.....

Población estudiada:

- Total X  
 Muestra

**Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 87}{\text{Nº } 87} \times 100 = \dots\dots 100 \dots\dots \%$$

Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Admisión

**Indicador 3.4.5b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de prótesis total de cadera de acuerdo al protocolo.**

#### *Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes intervenidos evaluados}}$$

#### *Población y muestra de estudio*

Todos los pacientes intervenidos en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

*Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo*

Periodo de estudio.....OCTUBRE 2001.....  
Población total del periodo de estudio.....27.....

Población estudiada:

- Total X  
 Muestra

**Resultado**



$$\frac{N^{\circ} \text{ 27}}{N^{\circ} \text{ 27}} \times 100 = \dots\dots 100 \dots\dots \%$$

Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Admisión



### 3.4.6. Protocolo de hallux valgus

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si **X**  
No  
No precisa

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**Alfonso Fernández Prieto (Jefe del Servicio de Traumatología)**

**¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

**Indicador 3.4.6. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de hallux valgus de acuerdo al protocolo.**

*Fórmula del indicador*

Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100  
Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados

*Población y muestra de estudio*

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio.....OCTUBRE 2001.....

Población total del periodo de estudio....33.....

Población estudiada:

Total X

Muestra

**Resultado**

$\frac{N^{\circ} \quad 33}{N^{\circ} \quad 33} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$

Nº 33

Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Admisión



**Objetivo 3.5. Elaborar una guía de práctica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

No precisa

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**Servicio de Urgencias (Sebastián Martínez Fernández)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

**\*\*Indicador 3.5. ¿Se ha elaborado una guía de práctica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General?**

Si

**X** No

**\*\*ANEXOS:** Enviar la guía de práctica clínica de la Urgencia General.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Se está elaborando la Guía. Problemas personales del coordinador de la guía ha retrasado su redacción definitiva.





**Objetivo 3.6. Aumentar la implantación y evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**

**Miguel Arias Paciencia (Presidente de la COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN)**

.....

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

**\*\*Indicador 3.6. Nº de vías clínicas / sistemas de gestión de procesos implantadas y evaluadas en los servicios asistenciales del hospital.**

Pacto en el CG 01.....**4**.....

Nº vías clínicas /sistemas de gestión de procesos implantados y evaluados en el hospital.....**5**.....

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** Las vías deben estar implantadas y evaluadas.

**\*\*ESTÁNDARES:** Se considerará que en total deben estar implantadas y evaluadas al menos 4 vías clínicas (teniendo en cuenta las implantadas en el año 2000).

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Se han incluido las siguientes vías clínicas:

- Asistencia al paciente con EPOC descompensado en Urgencias (Sº Urgencias)
- Cardioversión (Cardiología)
- Asma en la infancia (Sº Pediatría)
- Accidente Cerebrovascular (ictus) (Unidad Neurología)
- Laringectomías (Sº Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial)



**Objetivo 3.7. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**Ernesto Ruiz de Ureta (Director de Gestión)**

.....

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

Desarrollo de protocolos de actuación y manuales de procedimientos.

Establecer un servicio de agrupación de todos los protocolos/guías de actuación/estudios de cualquier servicio no sanitario para garantizar su custodia.

Protocolización de los circuitos de información.

Dotación de personal no sanitario a la Unidad de Calidad.

**\*\*Indicador 3.7. Nº de protocolos / guías de actuación documentadas implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales en el hospital.**

Pacto en el CG 01...**16**.....

Nº protocolos / guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales en el hospital.....**21**.....



**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** Detallar relación de servicios no asistenciales y denominación de los protocolos.

<b>Relación de servicios no asistenciales</b>	<b>Protocolo/guía denominación</b>	<b>Fecha de realización</b>
1.Hostelería (LAV)	Protocolo Lencería/Lavandería	Noviembre 2.001
2. Hostelería	Plan interno de residuos	Año 1.999. Válido para el año 2.001
3. Hostelería (COC)	Protocolo Cocina	Noviembre 2.001
4. Gestión Analítica (CON)	Manual recogida, contenido y entrega de información de actividad y costes	Agosto 2.001
5. Gestión Analítica (CON)	Aprobación de nuevos gfh's	Junio 2.001
6. Gestión Analítica (CON)	Productos contabilidad analítica	Noviembre 2.001
7. Gestión Analítica (CON)	Guía interpretación balance	Julio 2.001
8. Contabilidad Financiera (CON)	Gestión facturas laborator. exter. y transportes	Noviembre 2.001
9. Gestión de Pacientes (ADG)	Gestión archivo historias clínicas	Julio 2.001
10. Gestión de Pacientes (ADG)	Unidad de información y comunicación	Noviembre 2.001
11. Suministros (SUM)	Circuitos información	Noviembre 2.001
12. Suministros (SUM)	Comisión de Adquisición	Noviembre 2.001
13. Suministros (SUM)	Compras	Noviembre 2.001
14. Suministros (SUM)	Contratación administrativa	Noviembre 2.001
15. Suministros (SUM)	Trabajo almacén general	Noviembre 2.001
16. Celadores (CSJ)	Func. Enfermería/Celadores planta.	Año 1.999 Válido para 2.001
17. Celadores (CSJ)	Func. Enfermería/Celadores en Tología	Año 1.999 Válido para 2.001
18. Celadores (CSJ)	Func. Enfermería/Celadores en Urgencias	Año 1.999 Válido para 2.001
19. General	Plan de catástrofes	Año 1.999. Modificado para el 2.001
20. Biblioteca (BIB)	Proceso técnico de publicaciones periódicas.	Noviembre 2.001
21. Personal (PER)	Acogida al nuevo trabajador	Octubre 2.001

**\*\*ANEXOS:** Enviar los protocolos relacionados con las áreas de cocina y lencería/lavandería.



**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**OBJETIVO GENERAL 4. UTILIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA EN BASE A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE**

**Objetivo operativo 4.1. Mejorar la utilización de RNM de acuerdo a protocolo.**

**\*\*De acuerdo a las tasa de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:**

**X** Si

No

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

No precisa, pero evalúa

No tecnología

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

**Jose M. Marín Balbín (FEA Radiodiagnóstico; Presidente Comisión de Tecnología)**

**Indicador 4.1. Porcentaje de pruebas de RNM realizadas con indicacion de acuerdo a protocolo.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº de pruebas clasificada como indicacion A y B} \times 100}{\text{Nº de pruebas estudiadas}}$$

**\*\*METODOLOGÍA:** Muestreo aleatorio simple sobre número de pruebas realizadas en un periodo no inferior al mes natural, con un error alfa del 5% , una precisión del 10% y una prevalencia de 75%.

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Uso en relación con indicación clasificada como RNM tecnica de elección (A) o bien es catalogada como complementaria y es utilizada como complementaria. (B )
- Uso en relacion con una indicación no incluida en protocolo (C) o bien es catalogada como complementaria y utilizada como de eleccion (D).

La clave para la evaluacion de este indicador es la información clínica que remite el facultativo peticionario en la que se justifica la realización de la RNM.

Periodo de estudio.....AÑO 2001.....

Población total del periodo de estudio 3144

Población estudiada: 112

Total

Muestra x

**Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 91}{\text{Nº } 112} \times 100 = \dots\dots\dots 81,25 \dots\dots \%$$

Nº 112

Pacto en el CG01 .....B.....

**\*\*¿Qué protocolo se ha utilizado? Protocolo de indicación de Resonancia Magnética**

**\*\*Causa principal de inadecuación:.....**

1- Hubo 16 peticiones con criterio C

2- Hubo 5 peticiones con falta de datos o mal cumplimentados



**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Aplicación del protocolo con filtro de peticiones mal cumplimentadas.

Difusión del protocolo entre los peticionarios para adecuar las peticiones al criterio A



**Objetivo operativo 4.2. Mejorar la utilización de la TAC de acuerdo a protocolo.**

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:

Si

No

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

No precisa, pero evalúa

No tecnología

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**Carmen Martínez Lara (FEA Radiodiagnóstico)**

**Indicador 4.2. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº de pruebas clasificada como indicacion A y B} \times 100}{\text{Nº de pruebas estudiadas}}$$

METODOLOGÍA: Muestreo aleatorio simple sobre número de pruebas realizadas en un periodo no inferior al mes natural, con un error alfa del 5% y una precisión del 10% y una prevalencia de 75%.

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Uso en relación con indicación clasificada como TAC técnica de elección (A) o bien es catalogada como complementaria y es utilizada como complementaria. (B)
- Uso en relación con una indicación no incluida en protocolo (C) o bien es catalogada como complementaria y utilizada como de elección (D).

La clave para la evaluación de este indicador es la información clínica que remite el facultativo peticionario en la que se justifica la realización de la TAC.

Periodo de estudio.....1 de enero al 30 Noviembre de 2001.....

Población total del periodo de estudio

Población estudiada: 100

Total

Muestra X

**Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 97}{\text{Nº } 100} \times 100 = \dots\dots\dots 97 \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG01 .....A.....

**\*\*¿Qué protocolo se ha utilizado? Protocolo de petición de TC**

**\*\*Causa principal de inadecuación:**

- El 100% cumplían criterios de indicación

- En el 100% de los casos la hoja de petición no se cumplimenta adecuadamente (datos incompletos)



**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**  
Se está trabajando en un nuevo modelo de petición de TC.





**Objetivo operativo 4.3. Protocolo de utilización de oxigenoterapia.**

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, **¿se evalúa este objetivo?:**

Si

No

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

No precisa, pero evalúa

No tecnología

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

**Eloy Gutierrez Maire-Richard (Coordinador de la Unidad de Neumología)**

**Indicador 4.3. Porcentaje de pacientes a los que se les ha tratado con oxigenoterapia, de acuerdo a la circular 4/00 del INSALUD.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados con O}_2 \text{ de acuerdo a los criterios de la circular 4/00}}{\text{Total de pacientes tratados con O}_2 \text{ evaluados}} \times 100$$

**METODOLOGÍA:** Todos los pacientes tratados con oxigenoterapia en un periodo de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio.....OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2001.....

Población total del periodo de estudio.....113 altas de neumología.....

Población estudiada: 22 prescripciones

Total

Muestra X

**Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 22}{\text{Nº } 22} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$$

Nº 22

Pacto en el CG01 .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**OBJETIVO GENERAL 5. REDUCIR LOS SUCESOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR LA ASISTENCIA SANITARIA**

**Objetivo 5.1 Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si  
 No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**M<sup>a</sup> Estrella Martín Fraile (FEA de S<sup>o</sup> Rehabilitación)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Formación de Grupo de Trabajo para mejora de los registros y prevención de caídas en pacientes hospitalizados

**\*\*Indicador 5.1. ¿Ha realizado el hospital estudios sobre la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados?**

Si  
 No

Pacto CG 01.....Si.. ..... Resultado alcanzado.....Si.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Se ha difundido protocolo de captura de datos entre áreas de hospitalización para mejorar el registro.



**Objetivo operativo 5.2 Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**COMISIÓN DE FARMACIA**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

.....

**\*\*Indicador 5.2. ¿Ha implantado el hospital, al menos, una medida de mejora para reducir los efectos adversos producidos por los medicamentos?**

**X** Si  
No

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** Se considerarán medidas de mejora alguna de las siguientes:

- estudios específicos que cuantifiquen su frecuencia y causas
- estudios sobre la calidad de la prescripción
- implantación de sistemas de prescripción electrónicos
- **X** implantación de un sistema estandarizado de notificación de los errores de medicación
- **X** establecimiento de grupos de mejora

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



OBJETIVO GENERAL 6. MEJORAR LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

**Objetivo operativo 6.1 Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel y soporte electrónico (allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**SERVICIO DE FARMACIA (Carmen Gil Valiño, Jefa del Servicio)**

.....

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

Actualización de la Guía Fármacoterapéutica

.....

**\*\*Indicador 6.1. ¿Dispone el hospital de una guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel (y soporte electrónico allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica?**

Si

No

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** La edición impresa de la Guía Farmacoterapéutica debe contemplar la farmacoterapia del área de ambulantes, tal y como se recoge en el Plan de Calidad del 2001.

**\*\*ANEXOS: Enviar la edición impresa de la Guía Farmacoterapéutica.**

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**Objetivo operativo 6.2 Disponer de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimentará para todos los fármacos que vayan a ser incluidos en la guía farmacoterapéutica.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**

**COMISIÓN DE FARMACIA (Carmen Gil Valiño, Presidenta de la Comisión)**

.....

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

.....

**\*\*Indicador 6.2. ¿Dispone el hospital de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimente cada vez que se vaya a incluir un fármaco en la guía farmacoterapéutica?**

**X** Si

No

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** El modelo de informe técnico debe contemplar, al menos, los siguientes apartados (recogidos en el Plan de Calidad 2001):

1. Identificación del fármaco y autores del informe
2. Solicitud de indicaciones y servicios
3. Area descriptiva del medicamento
4. Area de farmacología
5. Evaluación de la eficacia
6. Evaluación de la seguridad
7. Evaluación económica
8. Indicaciones y servicios aprobados.
9. Condiciones de uso en el hospital especificando si la inclusión del fármaco va acompañada con la propuesta de retirada de algún otro fármaco
10. Bibliografía.

El hospital establecerá unos criterios para cumplimentar cada apartado de este modelo.

**\*\*ANEXOS: Enviar el modelo de informe técnico de evaluación de medicamentos.**

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**Objetivo operativo 6.3 Minimizar la prescripción de principios activos de reciente comercialización de baja o nula aportación terapéutica**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):  
SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA (Carmen Gil Valiño)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

**\*\*Indicador 6.3. Porcentaje de nuevos principios activos prescritos clasificados como C (según la clasificación de la dirección Gral de Farmacia).**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº principios activos nuevos (incluidos desde 1998) del tipo C, prescritos durante el año 2001} \times 100}{\text{Nº total de principios activos nuevos (incluidos desde 1998) prescritos durante el año 2001}}$$

**\*\*METODOLOGÍA:** La Dirección Territorial/Provincial envía a cada Gerencia de Atención Especializada los datos de prescripción a través de receta en formato electrónico. Estas tablas se envían mensualmente al hospital en formato Access (Base de Datos Galeno), cruzándolas con otras tablas: la Guía del Hospital (codifica todos los principios activos de la guía), y con una tabla de clasificación de los principios activos comercializados en los últimos tres años. Esta base de datos Access (Galeno), tiene una consulta (descarga de indicadores), que permite descargar los indicadores de prescripción a través de receta desagregados por Servicio. Algunos de estos indicadores de prescripción son:

- Importe medio por envase.
- Porcentaje de adhesión a Guía.
- Prescripción de nuevos principios activos de baja aportación terapéutica (Tipo C)

El hospital debe de mantener su Tabla Guía actualizada, y enviarla a la DT/DP después de cada actualización. Debe enviar información actualizada a las Unidades Asistenciales/Servicios Clínicos sobre todos los nuevos principios activos desde el año 1998, con la clasificación que de aportación terapéutica que les adjudica el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La clasificación del MSC está disponible en la página web del Ministerio de Sanidad:  
[www.msc.es/farmacia/infmedic/home.htm](http://www.msc.es/farmacia/infmedic/home.htm) → Por tema→

- Nuevos principios activos. Revisión 1998. 6ª parte.
- Nuevos principios activos. Revisión 1999. 4ª parte.

Para los años 2000 y 2001, en el caso de que no se disponga del resumen en la página web citada, se deberá comprobar la clasificación de cada uno de los nuevos principios activos incluidos en las monografías disponibles en dicha página web.

**Lo que se solicita es el porcentaje de principios “C” acumulado del año 2001.**

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } 43}{\text{Nº } 74} \times 100 = \dots\dots 58,10\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 01 .....<1%..... Resultado alcanzado .....58,10%.....

**\*\*ESTANDAR:** El porcentaje debe ser inferior al 1%.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Dada la desviación observada a lo largo del año 2002 se aplicarán medidas entre las que destacamos: mayor difusión de los principios incluidos en la guía fármacoterapéutica en sus



sucesivas revisiones; mayor difusión para mejor conocimiento de los fármacos incluidos en el grupo C entre los facultativos.



**OBJETIVO GENERAL 7. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS DE GESTIÓN DEL INSALUD**

**Objetivo operativo 7. Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**  
**COMISIÓN DE TECNOLOGÍA (Jose M. Marin Balbín)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

→Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica

**\*\*Indicador 7.1. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.1 sobre implantación y evaluación de la guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

<b>Criterios 7.1. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.-¿Existe en el hospital un documento de inclusión en LEQ con los parámetros definidos en la guía?	X	
2.- ¿Dispone el hospital de una Comisión de Programación Quirúrgica?	X	
3.-¿Dispone el hospital de un Catálogo de Procedimientos de cada especialidad quirúrgica?	X	
4.- Al incluir un paciente en LEQ ¿se le da la información indicada en el Anexo 2 de la Guía?	X	
5.- ¿Está centralizada en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica la gestión de pacientes en LEQ?	X	

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } 5}{\text{Nº } 5} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....





**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



→ Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada

**\*\*Indicador 7.2. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.2 sobre implantación y evaluación de la guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

<b>Criterios 7.2. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.-¿Está informatizada la citación de las consultas externas en el Hospital?	X	
2.-¿Está informatizada la citación de las consultas externas en los Centros de Especialidades Periféricos?	X	
3.-¿Dispone el hospital de un documento de autorización para solicitar la desprogramación de consultas externas?	X	
4.- ¿Son citadas las consultas sucesivas en la propia consulta del especialista?	X	
5.- ¿Existe un protocolo documentado para las llamadas de recordatorio telefónico de cita?	X	

<p>Resultado:</p> $\frac{\text{Nº } 5}{\text{Nº } 5} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$ <p>Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....</p>
--

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**  
.....



→ Guía para la evaluación y mejora de la Farmacia Hospitalaria

**\*\*Indicador 7.3. Puntuación obtenida en la evaluación del servicio de farmacia hospitalaria siguiendo las pautas de la guía para la evaluación y mejora de la Farmacia Hospitalaria.**

<p>Resultado:</p> <p><math>\frac{N^{\circ} \quad 17}{N^{\circ} \quad 25} \times 100 = \dots\dots\dots 70 \dots\dots\dots \%</math></p> <p>Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....C.....</p>
---

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



→ Guía de cuidados enfermeros (Úlceras por presión)

**\*\*Indicador 7.4 Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.4 sobre implantación y evaluación de la guía de gestión de cuidados enfermeros ( Úlceras por presión).**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

<b>Criterios 7.4. GUÍA DE CUIDADOS ENFERMEROS ( Úlceras por presión)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.-¿Se realiza la valoración de riesgo/no riesgo de UPP a los pacientes ingresados según la escala de Norton?	X	
2.-¿Dispone el hospital de registros donde se especifique el tipo y localización las úlceras por presión?	X	
3.-¿Utiliza el Hospital los planes de cuidados descritos en la Guía de cuidados enfermeros para la prevención y tratamiento de las UPP?	X	
4.- ¿ Realiza el hospital estudios de incidencia de las úlceras por presión?	X	

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } 4}{\text{Nº } 4} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**  
.....



→ Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos

**\*\*Indicador 7.5 Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.5 sobre implantación y evaluación del catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

<b>Criterios 7.5. CATÁLOGO DE PRUEBAS DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.-¿La Cartera de servicios de los laboratorios se adapta al catálogo en cuanto a Nomenclatura?	X	
2.-¿La Cartera de servicios de los laboratorios se adapta al catálogo en cuanto a Codificación?	X	

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } 2}{\text{Nº } 2} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**  
.....



→Guía de gestión de los servicios de Admisión y Documentación Clínica

**\*\*Indicador 7.6. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.6 sobre implantación y evaluación de la Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC).**

*Fórmula del indicador*

Nº criterios cumplidos x 100  
Nº total de criterios

<b>Criterios 7.6. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (SADC)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de pacientes?	X	
2.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de la documentación clínica?	X	
3.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de la información asistencial?	X	
4.- ¿Son autorizados los traslados por el SADC?	X	
5.- ¿Gestiona el SADC el estudio preoperatorio de los pacientes de LEQ?	X	
6.-¿Gestiona el SADC la citación de pruebas diagnósticas?	X	
7.-¿Existe una única historia clínica por paciente en el hospital?	X	
8.-¿Existen archivos de Historias Clínicas periféricos en el hospital?	X	
9.- ¿Está centralizado el proceso de codificación en el SADC?	X	
10.-¿Elabora el SADC los cuadros de mando de actividad asistencial?	X	

Resultado:

$\frac{N^{\circ} \text{ } 10}{N^{\circ} \text{ } 10} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$

Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**OBJETIVO GENERAL 8: MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

**Objetivo operativo 8.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS (Presidente. Jose Luis Villafranca Covarrubias)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Incremento del número de informes realizados a los 15 días

**Indicador 8.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.**

*Fórmula del indicador:*

$$\frac{\text{Nº de HC evaluadas con IA definitivo que están disponibles en un periodo menor de 15 días desde el alta.} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta que son evaluadas}}$$

**METODOLOGÍA:** Historias clínicas de pacientes dados de alta, o informes de alta, que serán recogidas del Archivo de Historias Clínicas o del lugar a donde deban ser enviadas tras el alta del paciente. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.

El periodo de tiempo se determinará por el propio hospital.

Se recomienda un tamaño muestral, al menos, aproximado a:

-Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1, 2, 5.

-Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

Periodo de estudio.....1 AL 15 DE OCTUBRE DE 2001.....

Población total del periodo de estudio.....460.....

Población estudiada:

Total X

Muestra

**Resultado.**

$$\frac{\text{Nº } 425}{\text{Nº } 460} \times 100 = \dots 92 \dots \%$$

Nº 425

Nº 460

Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**



**Objetivo operativo 8.2. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS (Presidente. Jose Luis Villafranca Covarrubias)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

.....

**Indicador 8.2 Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.**

*Fórmula del indicador:*

$$\frac{\text{Nº de HC con informe de alta definitivos que están disponibles en el Sº de Archivo a los 2 meses del alta} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta evaluadas}}$$

**METODOLOGÍA:** Historias clínicas de pacientes dados de alta, o informes de alta, que serán recogidas del Archivo de Historias Clínicas o del lugar a donde deban ser enviadas tras el alta del paciente. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.

El periodo de tiempo se determinará por el propio hospital.

Se recomienda un tamaño muestral, al menos, aproximado a:

-Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1, 2, 5.

-Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

Periodo de estudio.....1 AL 15 DE OCTUBRE DE 2001.....

Población total del periodo de estudio.....460.....

Población estudiada:

Total X

Muestra

**Resultado.**

$$\frac{\text{Nº} \quad 449}{\text{Nº} \quad 460} \times 100 = \dots\dots 98 \dots\dots \%$$

Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....





**Objetivo operativo 8.3. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del éxito.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS (Presidente. Jose Luis Villafranca Covarrubias)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

**Indicador 8.3 Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producida el alta.**

*Fórmula del indicador:*

$$\frac{\text{Nº de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivos que están disponibles a los 2 meses del alta} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes fallecidos evaluados}}$$

**METODOLOGÍA:** Historias clínicas de pacientes fallecidos. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.  
El periodo de tiempo y el tamaño muestral se determinará por el propio hospital.

Periodo de estudio.....DEL 1 AGOSTO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2001 (DOS MESES).....

Población total del periodo de estudio.....87.....

Población estudiada:

Total X

Muestra

**Resultado.**

$$\frac{\text{Nº } 54}{\text{Nº } 87} \times 100 = \dots\dots\dots 62 \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 01 .....B..... Resultado alcanzado .....D.....

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Causas estructurales dificultan la consecución del objetivo lo que orientan al profesional a realizar trabajo más prioritario.



**Objetivo operativo 8.4. Mejorar la calidad del informe de alta.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS (Presidente. Jose Luis Villafranca Covarrubias)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

**Indicador 8.4. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.**

*Fórmula del indicador:*

$$\frac{\text{Nº de informes de alta que cumplen los criterios de adecuación establecidos por el hospital}}{\text{Nº total de informes de alta evaluados}} \times 100$$

**METODOLOGÍA:**

A partir de los informes de alta de pacientes dados de alta durante el año 2000, y durante el periodo que determine el hospital.

Se recomienda un tamaño, al menos, aproximado a:

Nº de altas consecutivas producidas en 15 días en los hospitales del grupo 1,2,5

Nº de altas consecutivas producidas en 1 semana en los hospitales del grupo 3 y 4

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

La evaluación se ha hecho:

- Sólo con el Informe de alta **X**
- Contrastando los datos del informe de alta con la HC

Periodo de estudio.....1 AL 15 DE OCTUBRE DE 2001.....

Población total del periodo de estudio.....460.....

Población estudiada:

Total **X**

Muestra

**Resultado.**

$$\frac{\text{Nº } 343}{\text{Nº } 460} \times 100 = \dots\dots 74,5 \dots\dots \%$$

Pacto en el CG 00 .....A..... Resultado alcanzado .....C.....



**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** A pesar de que el indicador habla de los criterios establecidos en cada hospital y teniendo en cuenta los problemas que se han producido en la evaluación de este objetivo, para unificar criterios sugerimos la utilización de la siguiente planilla con el fin de considerar los ítems a estudiar.

CRITERIOS DE CALIDAD INFORME DE ALTA	¿Consta?
<b>Escrito a máquina o con letra legible</b>	
<b>Nombre del hospital, domicilio y teléfono</b>	
<b>Servicio clínico</b>	
<b>Identificación del médico responsable</b>	
<b>Nº de Historia Clínica</b>	
<b>Nombre y apellidos del paciente</b>	
<b>Fecha de nacimiento del paciente</b>	
<b>Sexo del paciente</b>	
<b>Domicilio habitual del paciente</b>	
<b>Fecha de ingreso (día/mes/año)</b>	
<b>Fecha de alta (día/mes/año)</b>	
<b>Motivo del alta</b>	
<b>Motivo inmediato del ingreso</b>	
<b>Resumen de la HC y exploración física del paciente</b>	
<b>Pruebas complementarias realizadas*</b>	
<b>Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente</b>	
<b>Diagnóstico principal</b>	
<b>Otros diagnósticos (en su caso)</b>	
<b>Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos (en su caso)</b>	
<b>Fecha de los procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos (en su caso)*</b>	
<b>Otros procedimientos significativos (en su caso)</b>	
<b>Recomendaciones terapéuticas</b>	

Fuente: ORDEN 6 DE Septiembre 1984 (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO)

\*ítems añadidos desde la SGAE

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Carencias estructurales impiden la consecución del objetivo (obras, movilidad del personal, carencia de informatización)



**OBJETIVO GENERAL 9: MEJORAR LA CONTABILIDAD ANALÍTICA**

**Objetivo operativo 9. Lograr que los servicios reciban puntualmente el informe sobre contabilidad analítica.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión; Unidad de Calidad)

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

.....

**Indicador 9. Porcentaje de servicios que reciben el informe sobre contabilidad analítica con periodicidad semestral.**

*Formula del indicador:*

$$\frac{\text{Nº de servicios asistenciales que reciben semestralmente el informe sobre contabilidad analítica}}{\text{Nº total de servicios asistenciales}} \times 100$$

<b>Resultado.</b>	
$\frac{\text{Nº } 54}{\text{Nº } 54}$	$\times 100 = 100 \dots \dots \dots \%$
Pacto en el CG 00 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....	

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**  
Los informes se envían trimestralmente según están clasificados por GFH's



**OBJETIVO GENERAL 10: DIVULGAR LA EXPERIENCIA DEL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL**

**Objetivo operativo 10.1. Realizar la memoria del plan de calidad del hospital.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si   
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
Juan Sánchez Estella (FEA Dermatología; Coordinador de Calidad en año 2000)

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

.....

**Indicador 10.1. ¿Ha realizado el hospital la memoria del Plan de Calidad?**

Si  
 No

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** La memoria debe contener como mínimo una introducción, descripción del Plan de Calidad del hospital, resultados, valoración de los mismos, medidas de mejora a adoptar, y conclusiones.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**Objetivo operativo 10.2. Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc...**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
 No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad; FEA ORL)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Para superar este objetivo en 2002 la Unidad de Calidad ha realizado las siguientes acciones de mejora:

- mayor difusión del Plan de Calidad a través de la página web
- publicación de una revista de Calidad en el Hospital
- ampliación de la Unidad de Calidad a las áreas de Investigación y Documentación

**Indicador 10.2. Nº de publicaciones relacionadas con la calidad realizadas.**

Nº de publicaciones relacionadas con la calidad relizadas durante el año 2001  
 .....0.....

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:**

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**



**OBJETIVO GENERAL 11: AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL PLAN DE CALIDAD**

**Objetivo operativo 11. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

**Jose Luis Parada Refoyo (Coordinador de Calidad)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

- Incremento de la actividad de la Comisión Central de Garantía de Calidad

**Indicador 11. Nº de reuniones anuales de las comisiones clínicas obligatorias y de los grupos de mejora.**

Nº de reuniones anuales de las comisiones clínicas obligatorias y de los grupos de mejora  
.....55.....

**\*\*ANEXOS:** Se deberán especificar las comisiones clínicas implantadas y los objetivos pactados. Asimismo, deberán constar los resultados de la evaluación de los objetivos de dichas comisiones, así como el número de reuniones de cada una de las comisiones.

Comisión	Objetivos más importantes
	-
Farmacia y Terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración y actualización de la Guía farmacoterapéutica</li> <li>- Modelo de informe técnico para evaluación de medicamentos</li> <li>- Farmacovigilancia (protocolo de vigilancia efectos adversos producidos por los fármacos).</li> <li>- Guía de equivalentes terapéuticos</li> <li>- Reducción de utilización de fármacos del grupo C</li> <li>- Control de las recetas al alta hospitalaria (1 al 15 de octubre 2001)</li> </ul>
Biblioteca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de nuevo catálogo de revistas.</li> <li>• Puesta en marcha del préstamo interbibliotecario</li> </ul>
Catástrofes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de actuaciones y evacuación en caso de incendio en el Centro De Especialidades Periféricas.</li> <li>• Adaptación a las obras de remodelación las actuaciones y evacuación del Hospital en caso de incendio.</li> </ul>
Docencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesta en marcha de la evaluación de los tutores por parte de los residentes.</li> <li>• Elaboración del perfil curricular de los tutores.</li> </ul>
Formación Continuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias de formación de las distintas unidades.</li> <li>• Organización de cursos de formación continuada.</li> </ul>
Comité Asistencial de Ética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión y validación de Documentos de Consentimiento Informado específicos</li> <li>• Publicación de la "Guía para la información y consentimiento informado"</li> </ul>



Historias Clínicas		<ul style="list-style-type: none"><li>• Diseño de estrategias de mejora para conseguir Objetivos Institucionales referentes al Informe de Alta Hospitalaria y evaluación de indicadores de dichos objetivos.</li><li>• Elaboración e implantación de Reglamento de Historia Clínica.</li></ul>
Infección Hospitalaria Profilaxis y Política Antibiótica		<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión y actualización de la Guía de profilaxis antibiótica</li></ul>
Investigación y protocolos		<ul style="list-style-type: none"><li>• Censo de guías, protocolos y vías clínicas en el Hospital</li><li>• Modelo de evaluación de protocolos</li></ul>
Quirófano		<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguimiento y análisis de la actividad quirúrgica</li><li>• Monitorización de la utilización de recursos: Estudios de las depuraciones de lista de espera y suspensiones quirúrgicas</li></ul>
Tecnología y adecuación de Medios Diagn.y Terapéuticos		<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudio de estancias inadecuadas en GRD con estancia marcadamente desviada (estudio con GRD 172)</li><li>• Revisión e informe acerca del Plan de Necesidades 2001.</li></ul>
Tejidos Tumores Mortalidad/ Morbilidad		<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorización de indicadores de mortalidad, implantar estrategias de mejora de acuerdo a resultados.</li><li>• Formación de 3 Comités de oncología: Cabeza y cuello; tórax y abdomen</li><li>• Registro de tumores</li></ul>
Urgencias		<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudio de los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias.</li><li>• Estudio de los reingresos en 72 horas en el Servicio de Urgencias.</li><li>• Planificación de la elaboración de la Guía de Urgencias</li></ul>
CCGC		<ul style="list-style-type: none"><li>• Preparación del Manual de Calidad 2002</li><li>• Publicación de web de calidad</li><li>• Planificación de la revista de calidad para 2002</li><li>• Asignación de objetivos</li><li>• Renovación de las comisiones que lo han solicitado</li><li>• Ampliación de la comisión a área de Gestión y al área de Prevención de Riesgos laborales y Salud Laboral</li></ul>

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

El año 2001 ha sido dedicado a la detección de problemas, a la planificación y mejora en la metodología de trabajo que aplicaremos en 2002.





**OBJETIVO GENERAL 12: MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL**

**Objetivo operativo 12. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

**Indicador 12 . Nº de componentes de la Unidad de Calidad**

Nº de componentes de la Unidad de Calidad .....5.....

La Unidad de Calidad está integrada por:

Personal medico	SI <b>X</b>	NO <input type="checkbox"/>
Personal de enfermería	SI <b>X</b>	NO <input type="checkbox"/>
Personal de la División de Gestión (excluyendo personal auxiliar administrativo)	SI <b>X</b>	NO <input type="checkbox"/>

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Tras los cambios efectuados, la Unidad de Calidad la forman:

- COORDINADOR DE CALIDAD (MÉDICO, COORDINADOR DE CALIDAD)
- SUPERVISORA DE CALIDAD (ENFERMERÍA)
- ÁREA DE GESTIÓN (GRUPO DE GESTIÓN)
- ÁREA DE DOCUMENTACIÓN (MÉDICO DE DOCUMENTACIÓN)
- ÁREA DE INVESTIGACIÓN (MÉDICO DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN)



OBJETIVO GENERAL 13: MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS SUMINISTROS

**Objetivo operativo 13. Mantener una comisión de adquisiciones bien estructurada y operativa.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**Gregoria del Teso Aliste (Jefa de Sección de Suministros)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Actualización de bajas de material inventariable  
Actualización de equipos en cesión de uso

**\*\*Indicador 13.1 ¿Existe comisión de adquisiciones?**

Si **X**  
No

**\*\*Indicador 13.2 Número de reuniones anual de la comisión de adquisiciones.**

Nº de reuniones anuales de la comisión de adquisiciones .....

Pacto en el CG01.....4..... Resultado alcanzado.....4.....

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:**

Realización de las reuniones

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**OBJETIVO GENERAL 14: POTENCIAR LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL SANITARIO**

**Objetivo operativo 14. Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Ana García Sánchez (Coordinadora de Formación Continuada)

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

**\*\*Indicador 14.1 Nº cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial.**

Nº de cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial  
Pacto en el CG01..... Resultado alcanzado.....5.....

**\*\*Indicador 14.2 Nº de profesionales que asistieron a los cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial.**

Nº de profesionales que asistieron  
Pacto en el CG01.....150      Resultado alcanzado 112

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Carencias estructurales dificultan llevar a cabo las acciones de formación continuada:

- Obras dentro del Hospital con carencia de salón de actos lo que obliga a utilizar dependencias de otras instituciones fuera del hospital

- Imposibilidad para impartir cursos dentro de la jornada laboral



OBJETIVO GENERAL 15: REDUCIR EL TABAQUISMO EN EL PERSONAL SANITARIO

**Objetivo operativo 15. Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si   
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**M<sup>a</sup> Isabel Santos Peños (Salud Laboral)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**  
**Se mantiene la prohibición de fumar dentro de todo el recinto hospitalario**

**Indicador 15.1. Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.**

Si  
No

**Indicador 15.2. Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.**

Si  
 No

**Indicador 15.3. Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.**

Si  
 No

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

El Hospital se encuentra en proceso de remodelación integral. En el momento actual se mantiene la señalización en las zonas no afectadas por las obras pero debido a lo cambiante de los espacios ha sido difícil durante el año 2001 delimitar áreas para fumadores.  
Se mantiene la prohibición de fumar en todo el hospital.



**OBJETIVO GENERAL 16: DESARROLLAR UN PROGRAMA DE ACOGIDA AL NUEVO TRABAJADOR**

**Objetivo operativo 16. Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

**María Luisa Pellitero Alonso (área de Gestión)**

.....

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Elaboración del documento completo de acogida

.....

**Indicador 16. ¿Dispone el hospital de un programa de acogida al nuevo trabajador?**

Si **X**

No

**\*\*¿Dispone el hospital de una guía documentada sobre el programa de acogida?**

Si **X**

No

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:** Las áreas a abordar en la guía tendrán que estar orientadas hacia:

- ✓ Derechos y deberes de los paciente
- ✓ Derechos y deberes de los profesionales
- ✓ Organigrama directivo y organización interna
- ✓ Estructura del Hospital (localización de los distintos servicios)
- ✓ Normativa interna del centro hospitalario (permisos y licencias,ayudas sociales, tarjeta identificativa, parking, cafeteria , comedor, taquillas vestuarios, lenceria lavandería, comités y comisiones etc.)
- ✓ Normativa de Prevención de Riesgos Laborales.

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**NuevoHospital**

versión digital

ISSN: 1578-7516

**HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA  
ZAMORA**

*Unidad de Calidad*

[www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com)

**Volumen II - N° 5 - Año 2002**

N° EDICIÓN: 7

Publicado el 15 de FEBRERO de 2002

*Página 70 de 91*



**OBJETIVO GENERAL 17: MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA ORGANIZACIÓN**

**Objetivo operativo 17. Establecer un plan de comunicación interno.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
AREA DE DIRECCIÓN

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

.....

**Indicador 17. El hospital ha establecido un plan de comunicación interno.**

Si

No **X**

**\*\*ANEXOS: Enviar el Plan de comunicación del Hospital.**

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

.....



**OBJETIVO GENERAL 18: IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DEL VOLUNTARIADO**

**Objetivo operativo 18. Lograr la implantación del Programa del Voluntariado en todos los centros del INSALUD que desarrollan actualmente el programa de colaboración social con objetores de conciencia.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**  
No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**M<sup>a</sup> Angeles Escaja Muga (Trabajadora Social)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**  
Estudio de los nuevos programas presentados por ONG's

**Indicador 18. ¿Se ha establecido algún convenio de colaboración con ONG's?**

Si  
No **X**

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Existen programas presentados por ONG's con las que se está colaborando y evaluando resultados a través de protocolo pero no se ha firmado convenio.  
Sigue estando en vigor el convenio firmado con la AECC en 1996.  
Está en estudio la firma de programa de colaboración con UNICEF.

Sugerencia: Desde los Servicios Centrales deberían firmarse convenios marco con las ONG's como referencia para los distintos centros.





**OBJETIVO GENERAL 19: DETECTAR A LOS PACIENTES CON RIESGO SOCIAL AL INGRESO**

**Objetivo operativo 19. Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.**

**\*\*¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

**\*\*Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**  
**M<sup>a</sup> Angeles Escaja Muga (Trabajadora Social)**

**\*\*¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Implantación del modelo de valoración del riesgo social desde las plantas de hospitalización

**Indicador 19. Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento .**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento}}{\text{Nº pacientes en riesgo social detectados}} \times 100$$

**METODOLOGÍA:** Todos los pacientes considerados como de riesgo social en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio.....ENERO A MARZO DE 2001 (PRIMER TRIMESTRE 2001).....

Población total del periodo de estudio.....170.....

Población estudiada:

Total X

Muestra

**Resultado**

$$\frac{\text{Nº } 170}{\text{Nº } 170} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \dots\dots\dots \%$$

Nº 170

Pacto en el CG01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

**\*\*CRITERIOS DE EVALUACIÓN:**

Valoración de todas las situaciones derivadas

**\*\*INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....**

Dificultad para que la derivación se haga por escrito

Se adjunta estudio de las demandas sociales

El sector de la tercera edad es el más numeroso por lo que se implantó un programa específico de valoración de riesgo social al ingreso hospitalario para mayores de 75 años



### 3. Monitorización de indicadores

#### 3.1. INDICADORES QUE SE OBTIENEN DE LA EXPLORACIÓN DEL CMBD Y OTRAS BASES DE DATOS:

Periodo estudiado: 01/01/01 al 30/09/01.

#### M1.- MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE.

ENFERMEDAD	TOTAL DE CASOS	EDAD	EXITUS
Asma. (Cod. 493).	76	5-64 años	O
Apendicitis (Cod. 540 al 543)	169	5-64 años	O
Hernia abdominal (Cód. 550 al 553)	299	5-64 años	O
Colelitiasis/Colecistitis.	233	5-64 años	O
Mortalidad materna (Cód. 640 al 676)	874	todas	O
Mortalidad perinatal (Cód. 760 al779)	191	todos	3

#### INDICADOR.

$$100 * \frac{\text{Nº total pacientes fallecidos en el hospital por causas potencialmente evitables.} \quad 3 * 100}{\text{Nº pacientes dados de alta por estas causas.} \quad 191} = 1,57 \%$$

**NOTA:** Si consideramos la mortalidad perinatal como los fallecidos desde la semana 28 de gestación hasta las 24 horas de vida después del nacimiento la tasa sería :

$$\frac{9 \text{ (6 mortinatos + 3 neonatos precoces fallecidos) } * 100}{191} = 4,71\%.$$

#### M2. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL.

$$100x \frac{\text{Nº de recién nacidos fallecidos desde el parto y el día 28 de vida} \quad 3 * 100}{\text{Nº total de recién nacidos.} \quad 711} = 0.42\%.$$

**M3. MORTALIDAD PERIOPERATORIA POR PROCESOS. ....FRACTURA CADERA.** Núm. fallecidos en las cuarenta y ocho horas siguientes a ser intervenidos quirúrgicamente por fractura de cadera. ....2 pacientes.  
Total de pacientes intervenidos. .... 200.

#### M5 TASA DE CESÁREAS.

Relación entre el número de cesáreas (GRDs 370, 371, 650 y 651 ) y el número total de partos más cesáreas (GRDs 370, 371, 372, 373, 374, 375, 650, 651, 652 ).

Casos:

Casos:

GRD 370. ... 31.  
GRD 371. ... 52.  
GRD 650. ... 13.  
GRD 651. ... 40.

GRD 372. ... 242.  
GRD 373. ... 307.  
GRD 374. ... 9.  
GRD 375. ... 0.  
GRD 652. ... 3.

**TOTAL: ... 136 CESÁREAS.**  
**TASA CESÁREAS: 136 / 707= 19.23 %.**

**TOTAL: ... 561.**



#### **M6. REINGRESOS URGENTES DE LA MISMA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR.**

Periodo estudiado: tercer trimestre del año dos mil uno. (Meses, julio, agosto y septiembre).

- Reingresos urgentes misma CDM .	0-2 días . ...	26.
- Reingresos urgentes misma CDM.	3-7 días ...	47.
- Reingresos urgentes misma CDM.	8-30 días ...	95.
<b>TOTAL:</b>		<b>168.</b>

#### **M7. ESTANCIAS PREQUIRÚRGICAS.**

Periodo estudiado: nueve primeros meses del año dos mil uno .

TODOS LOS INGRESOS	... 1.88.
INGRESOS URGENTES.	... 3,06.
INGRESOS PROGRAMADOS.	... 1,02.

#### **M8. INGRESOS TRAS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.**

Periodo estudiado: nueve primeros meses del año dos mil uno.

56 pacientes.



### 3.2. Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales.

#### M9. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.

Tiene el hospital informatizados los registros en urgencias

Sí

No

Periodo de tiempo estudiado

Mes de octubre del año 2001

Resultado

$\frac{N^{\circ} \quad 293}{N^{\circ} \quad 3358} \times 100 = \dots\dots 8,7 \dots\dots \%$

Acciones de mejora.....



***M 10. Sistema de vigilancia de las úlceras por presión.***

Fórmula del indicador (*Epine*)

Número de pacientes con úlceras de decúbito  
Número de total de pacientes estudiados (EPINE)

Resultado  
$$\frac{N^{\circ} \quad 4}{N^{\circ} \quad 236} \times 100 = \dots\dots\dots 1,7\dots\dots\dots\%$$

Acciones de mejora.....  
Formación de nuevos grupos de mejora



***M 11. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.***

Fórmula del indicador:

Número de casos de infección nosocomial en un día determinado  
Número total de pacientes estudiados en ese día

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 16}{N^{\circ} \quad 236} \times 100 = \dots\dots\dots 6,8 \dots\dots\dots \%$$

Acciones de mejora.....



***M 12. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.***

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en pacientes intervenidos} \times 100}{\text{Número de enfermos intervenidos}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 9}{N^{\circ} \quad 97} \times 100 = \dots\dots\dots 9,37 \dots\dots\dots \%$$

Acciones de mejora.....



***M 13. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.***

Fórmula del indicador

Número de infecciones urinarias en pacientes sondados x 100  
Número de pacientes sondados

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 1}{N^{\circ} \quad 44} \times 100 = \dots\dots\dots 2,27 \dots\dots\dots \%$$

Recordamos que se trata del grupo de pacientes sondados, exclusivamente (no confundir con la tasa de prevalencia de infección urinaria general).

Acciones de mejora.....



**M 14. Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.**

Fórmula del indicador

Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimiento x 100

Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento

A continuación se piden una serie de tasas de infección por procedimiento quirúrgico o por tipo de cirugía. Los hospitales deben enviar los datos que su sistema de vigilancia les ha permitido obtener, para los procedimientos o procedimientos quirúrgicos previamente definidos por el centro en función de sus necesidades.

Lógicamente, aquellos hospitales que han pactado y alcanzado un nivel de vigilancia en el que está incluido un estudio de incidencia, deben ser capaces de responder a alguno de los datos que se piden a continuación. Además es muy importante que hayan especificado en el objetivo del Plan de Calidad Común, si el sistema de vigilancia es activo o pasivo, ya que las tasas pueden cambiar en función del método utilizado.

Procedimiento Quirúrgico Estudiado	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

Si no se ha realizado el estudio por procedimiento quirúrgico, sino por tipo de cirugía, indicar:

	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
Limpia	ABRIL 2001	7 / 293= 2,4%	ASA 1 1,4% ASA 2 0% ASA 3 11,1% ASA 4 20% ASA 5 0%
Limpia contaminada		3 / 55= 5,5%	ASA 1 0% ASA 2 10,5% ASA 3 0% ASA 4 0% ASA 5



Contaminada		4 / 27= 14,8%	ASA 1 0% ASA 2 27,3% ASA 3 14,3% ASA 4 0% ASA 5
Sucia		5 / 43= 11.6%	ASA 1 0% ASA 2 14,3% ASA 3 20% ASA 4 0% ASA 5

Acciones de mejora.....



**M 15. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).**

<b>Criterio de Infección Respiratoria</b>
Sintomatología clínica + hallazgos radiológicos compatibles
Cavitación de un infiltrado radiológico previo
Cultivo + en líquido pleural concordante con broncoaspirado simple
Hemocultivo + concordante con broncoaspirado simple
Broncoaspirado simple
Broncoaspirado cuantitativo ( $< 10^5$ , de $10^5$ a $10^6$ , $> 10^6$ UFC)
Broncoaspirado con catéter telescópado ( $< 10^3$ , de $10^3$ a $10^4$ , $> 10^4$ UFC)
Lavado bronco alveolar ( $< 10^4$ , de $10^4$ a $10^5$ , $> 10^5$ UFC)
Hallazgos positivos en estudio anatomopatológico
Patógeno primario (Legionella o Micobacteria)
Serología positiva

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica} \times 1000}{\text{Días totales de ventilación mecánica}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 26}{N^{\circ} \quad 827} \times 1000 = \dots\dots\dots 31,4 \text{ por mil}$$

Periodo estudiado.....Enero a Diciembre 2001.....

Acciones de mejora.....



**M 16. Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.**

Periodo estudiado

.....año 2001.....

GRD.....172.....EM.....13,31.....EM del grupo.....10,41.....

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} \quad 54}{N^{\circ} \quad 105} \times 100 = \dots\dots\dots 52,38\% \dots\dots\dots \%$$

Acciones de mejora.....

Para mejorar los resultados se planificará aumentar la ambulatorización de estudios que prolongan las estancias (colonoscopias, endoscopias o petición de TC)



**M17. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.**

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de intervenciones programadas suspendidas} \times 100}{\text{Nº de intervenciones programadas}}$$

Periodo de estudio  
.....OCTUBRE 2001.....

$$\frac{\text{Nº } 37}{\text{Nº } 440} \times 100 = \text{.....}8,4\text{.....}\%$$

Señalar la causa más frecuente:

CAUSA DE SUSPENSIÓN	
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, complicación clínica, etc.)	0
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	0
Modificación de la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	7
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, problemas técnicos, averías, etc.)	10
Falta por completar el estudio preoperatorio	0
Varios, desconocida	13

Acciones de mejora.....



**M 18. Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.**

Fórmula del indicador

**M18a:**

$\frac{\text{Nº de citas anuladas} \times 100}{\text{Nº de citas programadas}} = \frac{254}{10453} = 2,5\%$

**M18b:**

$\frac{\text{Nº de citas reprogramadas} \times 100}{\text{Nº de citas programadas}} = \frac{469}{10453} = 4,5\%$

Periodo de estudio: durante un mes.

Especialidades a evaluar: aquellas recogidas como de libre elección en el Real Decreto 8/1996 de 15 de Enero: Cardiología, Cirugía General y del aparato Digestivo, Dermatología Médico-Quirúrgica y Veneorología, Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Neumología, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, ORL, Traumatología y Cirugía ortopédica, y Urología.

**\*\*Referir las causas más frecuentes de reprogramación:**

- 1 Solicitud del paciente: 187
- 2 Cambio de estructura de agenda: 202
- 3 Motivos estructurales: 80

Acciones de mejora.....



**M 19. Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.**

**M 19a. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias.**

Se ha obtenido del sistema de información de urgencias.

Se ha realizado un estudio específico

Se han detectado las causas

Periodo de estudio  
.....17 OCTUBRE 2001.....

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 13}{N^{\circ} \quad 94} \times 100 = \dots\dots\dots 13,83\% \dots\dots\dots \%$$

Acciones de mejora.....

**M 19b. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.**

Periodo de estudio  
.....17 OCTUBRE DE 2001.....

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 3}{N^{\circ} \quad 94} \times 100 = \dots\dots\dots 3,19 \dots\dots\dots \%$$

Acciones de mejora.....



**M 20. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.**

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ que tiene RX tórax en el estudio preoperatorio} \times 100}{\text{Nº pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ con estudio preoperatorio estudiados}}$$

Resultado

Periodo de estudio

.....NOVIEMBRE 2001.....

$$\frac{\text{Nº } 36}{\text{Nº } 75} \times 100 = \text{.....}48\%\text{.....\%}$$

Acciones de mejora.....





**M 21. Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.**

¿El servicio de urgencias de su hospital está distribuido en áreas?

si **X** no

Describe las áreas de su servicio de urgencias:

Área de pacientes ambulatorios (consultorios, salas de curas, box de asistencia rápida) y boxes de observación

Fórmula del indicador

Nº pacientes que cumplen criterios de adecuación de acceso venoso  
Nº total de pacientes con acceso venoso

Resultado

Nº total de pacientes atendidos en el área de Medicina Interna del S.U.H.  
1137

Nº de pacientes con acceso venoso 359

Nº de pacientes estudiado 359

Periodo de estudio 15 OCTUBRE AL 25 OCTUBRE 2001 (11 DÍAS)

$$\frac{\text{N}^\circ \quad 274}{\text{N}^\circ \quad 359} \times 100 = 76,32\%$$

Acciones de mejora.....



***M 22. Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital.***

Las funciones investigadora y docente son parte de las actividades realizadas por un hospital, junto a las puramente asistenciales. Por ello, es conveniente que también sean monitorizadas desde el Plan de Calidad.

Indicador

Nº sesiones generales del hospital durante el año

Resultado

Nº sesiones 14

Acciones de mejora.....



**M23. Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.**

Indicador

Nº total de principios activos que conforman la Guía Farmacoterapéutica.

Resultado

Nº de principios activos 504

Acciones de mejora.....  
Revisión y actualización de la Guía Fármacoterapéutica.

**M 24. Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la guía farmacoterapéutica.**

Este objetivo profundiza en la línea de trabajo orientada a adaptar la guía farmacoterapéutica a la actividad asistencial de hospital orientada cada vez más a los procedimientos que se realizan de forma ambulatoria.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la Guía Farmacoterapéutica} \times 100}{\text{Nº total de prescripciones a través de receta}}$$

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 34984}{\text{Nº } 57893} \times 100 = \dots\dots 60,4\dots\dots\%$$

Acciones de mejora.....

**M 25. Porcentaje de coste farmacoterapéutico asignado a paciente sobre el coste total en medicamentos del hospital (excluyendo los derivados de la prescripción a través de receta).**

\*\*Se utilizarán como fuente los datos de Contabilidad Analítica.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Coste total (ptas) asignado directamente a pacientes} \times 100}{\text{Coste total (ptas)}}$$

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 359010488}{\text{Nº } 679013755} \times 100 = \dots\dots 52,87\dots\dots\%$$