



versión digital
ISSN: 1578-7516



Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

NuevoHospital

Vol. IV - Nº 16 - Año 2004 - Nº edición: 74

Publicado el 26 de marzo de 2004

MANUAL DE METODOLOGÍA 2004

Unidad de Calidad

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

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.



COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA
HOSPITAL COMARCAL DE BENAVENTE

UNIDAD DE CALIDAD

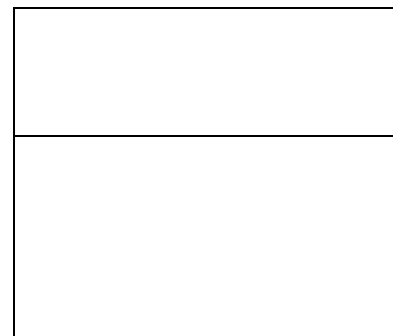
MANUAL DE METODOLOGÍA 2004

EDICIÓN 2004

NO CONTROLADA

Elaborado:
D. Jose Luis Pardal Refoyo
Coordinador del Calidad
Unidad de Calidad

Fecha: 22-MARZO-2004



ÍNDICE

	pág
Consideraciones generales	3
OBJETIVOS COMUNES	4
OBJETIVO: 1.1 El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial incluyendo el Consentimiento Informado cuando se precise.	5
OBJETIVO: grado de implantación de los documentos relativo al plan de información a pacientes y allegados	6
OBJETIVO: mejora de la documentación clínica: grado de implantación de los documentos de consentimiento informado	7
OBJETIVO: mejora de la documentación clínica: Mejora de la calidad del informe de alta	8 y 9
OBJETIVO: 1.2 El Hospital informa adecuadamente a pacientes y familiares sobre el funcionamiento del Hospital.	10
OBJETIVO: 1.3 El Hospital se compromete con la Carta de derechos y deberes del paciente	11
OBJETIVO: 2.1 El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos durante su hospitalización y en las áreas de actividad ambulatoria y de urgencias	12
OBJETIVO: 2.2 El Hospital gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios	13
OBJETIVO: programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente	14
OBJETIVO: 2.3 El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro	15
OBJETIVO: 2.4 El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de su intimidad (cultura, creencias, valores, dignidad...).	16
OBJETIVO: 3.1 El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de la confidencialidad de sus datos	17
OBJETIVO: 4.1 El Hospital optimiza los tiempos de asistencia en urgencias	18
OBJETIVO: 5.1 Atención Psicogeriátrica	19
OBJETIVO: 5.2 Programa de Gestión de Casos de Enfermedad Mental Grave y Prolongada	20
OBJETIVO: 5.3 Impulso de la Calidad de la Asistencia Psiquiátrica	21
OBJETIVO: 5.4 Atención Psiquiátrica Infanto-Juvenil	22
OBJETIVO: 1.1 El Hospital define e implanta planes de trabajo en sus servicios médicos	23
OBJETIVO: 1.2 El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todas las unidades de enfermería	24
OBJETIVO: 3.1 El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales	25
EVALUACIÓN DE GUÍAS VÍAS Y PROTOCOLOS (una hoja para cada documento)	26
OBJETIVO: 3.2 El Hospital optimiza el proceso de asistencia al paciente oncológico	27
OBJETIVO: 3.3 El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación integrado en un modelo de cuidados homogéneo	28
OBJETIVO: 3.4 El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales	29
OBJETIVO: 4.1 El Hospital garantiza la mejora y mantenimiento de la competencia de sus profesionales a través de la elaboración y desarrollo de un programa / plan de formación dirigido a todo el personal	30
OBJETIVO: 5.1 El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo un Plan de actuaciones en materia de evaluaciones de riesgo, vigilancia de la salud y análisis y estudio de accidentes de trabajo para sus trabajadores	31
OBJETIVO: 1.1 El Hospital estructura una Unidad de Calidad Integral que funciona a través de una Dirección Participativa por Objetivos	32
OBJETIVO: 2.1 El Hospital promueve la constitución y mejora del Comité de Ética Asistencial	33
OBJETIVO: 3.1 El Hospital dispone de un sistema de alerta de la infección hospitalaria	34
OBJETIVO: 3.2 El Hospital realiza estudios de prevalencia e incidencia de la infección hospitalaria	35
INDICADORES DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA	36
Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.	37
Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).	38
OBJETIVO: 3.3 El Hospital normaliza y gestiona las medidas de prevención y control de la infección hospitalaria dirigidas a las instalaciones, la hostelería y el equipamiento, al personal y a los pacientes	39
OBJETIVO: 1.1 El hospital desarrolla un modelo de gestión clínica de la farmacoterapia que contiene las herramientas necesarias para que la utilización de medicamentos sea eficaz, segura, coste-efectiva y de calidad	40
GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA	41
OBJETIVO: 1.4 El Hospital ajusta los tiempos de espera a criterios clínicos de importancia y pronóstico	42
OBJETIVO: 2.1 Implicación de los profesionales en la mejora de las listas de espera mediante la prescripción y uso racional de los recursos sanitarios	43
GUÍAS o PROTOCOLOS DE PRIORIZACIÓN DE PACIENTES. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS (una para cada protocolo)	44
OBJETIVO: Plan de Comunicación interna	45
OBJETIVO: medidas sobre normas de uso del tabaco	46
OBJETIVO: mejora de funcionamiento de las comisiones clínicas	47
OBJETIVO: monitorización de indicadores obtenidos del CMBD	48

MANUAL DE METODOLOGÍA 2004

Consideraciones generales

- El manual recoge los objetivos que figuran en el Plan de Gestión Anual (PAG) relacionados con la gestión de calidad, medioambiental y salud laboral (no se incluyen aquí los objetivos relativos a gestión económica, gestión farmacéutica o concertación de servicios)
- Por ello el manual sirve de complemento, soporte y ayuda y no sustituye al PAG
- Se aconseja utilizar las hojas de cada objetivo como plantilla a la hora de enviar los resultados a la Unidad de Calidad
- Respecto al periodo de estudio, salvo que se indique otra cosa, se refiere al año natural 2004

Responsable del objetivo

- Los objetivos son aprobados en la Comisión de Objetivos del servicio - unidad
- Se considera responsable del objetivo al jefe o responsable del servicio o unidad
- En las comisiones clínicas o comités se considera responsable al presidente
- En el caso de que las comisiones de objetivos determinen a otra-s persona-s como responsable-s de los objetivos deberán comunicarlo a la Unidad de Calidad

Difusión de la documentación de calidad (Manual de Calidad, Manual de Metodología, PAG)

- los documentos están disponibles en la revista Nuevo Hospital en la web <www.calidadzamora.com>
- en Cdrom se distribuyen los documentos completos en formato word, pdf y excel según el procedimiento recogido en el Manual de Calidad a: jefes de servicio/ responsables de unidad; supervisora-es de enfermería; presidentes de comisiones clínicas; directivos para su difusión todo el personal
- el Cdrom se acompaña de las hojas numeradas en papel que corresponden al documento word del objetivo concreto

Recopilación de datos

- El plazo máximo para entrega de resultados es el 15 de diciembre
- Los resultados se entregarán en la Unidad de Calidad en formato word utilizando este manual como plantilla

Nivel

- Se considera el nivel pactado en el PAG como el estándar

Referencias¹

- Manual de calidad 2004
- Plan Anual de Gestión 2004

La sistemática de trabajo, objetivos y plazos pueden consultarse en estos documentos

Registros y difusión de la documentación (guías, vías, protocolos, otros documentos)

- El procedimiento se recoge en el Manual de Calidad 2004
- Todos los documentos han de ser enviados para ser publicados en Nuevo Hospital en formato word según el formato que figuran en las normas
- Sólo se contabilizarán los documentos debidamente enviados y publicados

Niveles de cumplimiento para interpretar cocientes:

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

¹ Publicados en Nuevo Hospital (en <www.calidadzamora.com>)

Resumen

OBJETIVOS COMUNES (que deben aplicar todos los servicios - unidades clínicas)

Objetivo operativo	ORIENTACIÓN SOBRE ACTIVIDAD QUE DEBE REALIZARSE
El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial.	- Documento escrito del plan de información a paciente y allegados - Actualización del documento
El Hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.	- listado de procedimientos susceptibles de necesitar consentimiento informado - generar documentos de CI y proponerlos al Comité Asistencial de Ética
El Hospital hace sistemática la acogida de los nuevos trabajadores.	Documento escrito del plan de acogida al nuevo trabajador para entregar
El Hospital define e implanta planes de trabajo en sus servicios médicos.	Documento escrito con los planes de trabajo
El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todas las unidades de enfermería.	Documentos escritos
El Hospital adecua las estancias preoperatorias de ingresos programados, a los protocolos o guías de los procesos quirúrgicos que requieren procedimientos o técnicas previas a la intervención quirúrgica.	Documentos escritos
El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.	El Plan Anual de Gestión orienta a protocolizar al menos 6 procesos asistenciales en tres años (2003 – 2004 - 2005) Se aconseja elaborar al menos 2 cada año Se pedirán los documentos escritos

Objetivos específicos para los servicios-unidades expuestos por orden alfabético según índice del PAG 2003 - 2005

Servicio - Unidad	Línea estratégica (ver hoja excel)
Admisión y Documentación	II (objetivos 3 y 9) (ORIENTACIÓN AL USUARIO)
Anestesiología	XIII (ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO)
Farmacia	V (FARMACIA)
Medicina Preventiva	VI (objetivos 5 a 8) (ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD)
ORL – Pediatría – Foniatría	XIV (HIPOACUSIA INFANTIL)
Psiquiatría	XII (ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA)
Salud Laboral	IX (SALUD LABORAL)
Servicio de Atención al Usuario (SAU)	II (ORIENTACIÓN AL USUARIO)
Servicios integrados en Comités Oncológicos – Servicios/Unidades que tratan pacientes oncológicos	XI (ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER): Guías (las guías serán propuestas desde los servicios centrales de SACYL)
Urgencias	X (SERVICIOS DE URGENCIAS)

OBJETIVO: 1.1 El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial incluyendo el Consentimiento Informado cuando se precise.

RESPONSABLE: Servicio de Atención al Usuario (SAU)

DOCUMENTACIÓN APORTADA²

Nivel 1 -

- Todos los servicios clínicos susceptibles elaborarán y dispondrán de un Plan de Información a pacientes o allegados con el contenido básico sobre su proceso para garantizar la continuidad asistencial y que incluirá el Consentimiento Informado si lo precisara.
- Los servicios clínicos elaboran e implantarán los documentos de Consentimiento Informado de forma progresiva. Dicho Consentimiento se adaptará a lo regulado en la Ley 41/2002.
- Todos los documentos estarán informados por el Comité de Ética Asistencial (cuando esté constituido) y aprobados por la Comisión Clínica correspondiente.³

Documentos:

- Plan de información (de cada servicio / Unidad)
- Relación de procesos que precisan Consentimiento informado
- Actas del Comité de Ética Asistencial y de la Comisión Central de Garantía de Calidad

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

- El Hospital analiza el grado de implantación de los documentos relativos al Plan de Información y Consentimiento Informado, verifica en este último la identificación del médico y paciente y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

² Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

³ En el Manual de Calidad se establece el procedimiento en nuestro hospital. El Comité Asistencial de Ética valora y emite el informe favorable para utilizar el documento (o desfavorable) que se envía al servicio - unidad o comisión clínica correspondiente



OBJETIVO: grado de implantación de los documentos relativo al **plan de información** a pacientes y allegados

RESPONSABLE: Servicio de Atención al Usuario (SAU)

DOCUMENTOS: documentos de información a pacientes y allegados de cada servicio - unidad

ACREDITACIÓN DEL RESULTADO:

- Aportar los documentos⁴ de cada servicio - unidad

- $\frac{\text{Número de servicios/unidades que tienen los documentos}}{\text{Número total de servicios/unidades que deben tener los documentos}} \times 100 =$ %

⁴ Los documentos han de reunir los requisitos de la documentación recogidos en el Manual de Calidad

OBJETIVO: mejora de la documentación clínica
grado de implantación de los documentos de **consentimiento informado**

RESPONSABLE: Comisión de Historias Clínicas

DOCUMENTOS: documentos de consentimiento informado

ACREDITACIÓN DEL RESULTADO:

- Listado de los documentos⁵ de CI aprobados por el Comité Asistencial de Ética (CAE)
- Listado de los procedimientos susceptibles de necesitar documento de CI de cada servicio - unidad

1- Elaboración de documentos de CI:

Para cada servicio- unidad:

- $\frac{\text{Número documentos de CI aprobados por el CAE}}{\text{Número total de procedimientos susceptibles de necesitar documento de CI documentos}} \times 100 =$ %

Para todo el hospital:

- $\frac{\text{Número documentos de CI aprobados por el CAE}}{\text{Número total de procedimientos susceptibles de necesitar documento de CI documentos}} \times 100 =$ %

2- Grado de implantación:

Muestreo aleatorio

- Escoger cuatro procedimientos que precisan CI (ejemplo: catarata, herniorrafia inguinal, prótesis de cadera, amigdalectomía, cesárea programada, anestesia, endoscopia digestiva)
- Muestra: n=30 historias de cada procedimiento
- Los documentos han de cumplir todos los criterios siguientes (es decir se anota como no cumplido la ausencia de uno de ellos):

1. el documento de CI se encuentra en la historia clínica del paciente
2. el documento que figura es el aprobado por el CAE
3. se identifican claramente el médico y el paciente
4. se recogen claramente los riesgos individuales

- Resultados:

Para cada procedimiento estudiado

- Número total de historias revisadas:
- Número historias que cumplen todos los criterios:
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4):

Para todas las historias revisadas (de todos los procedimientos)

- Número total de historias revisadas:
- Número historias que cumplen todos los criterios:
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4):

⁵ Los documentos han de reunir los requisitos de la documentación recogidos en el Manual de Calidad



OBJETIVO: mejora de la documentación clínica
Mejora de la calidad del informe de alta

RESPONSABLE: Comisión de Historias Clínicas

DOCUMENTOS: indicadores
1- informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.
2- Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.
3- Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.
4- Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producida el alta.

Indicador 1. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

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

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

METODOLOGÍA:
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
- Contrastando los datos del informe de alta con la HC

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS



OBJETIVO: mejora de la documentación clínica
Mejora de la calidad del informe de alta

RESPONSABLE: Comisión de Historias Clínicas

Indicador 2- Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Fórmula del indicador:

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

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

Indicador 3- Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.

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

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

Indicador 4- Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producida el alta.

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

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

OBJETIVO: 1.2 El Hospital informa adecuadamente a pacientes y familiares sobre el funcionamiento del Hospital.

RESPONSABLE: Servicio de Atención al Usuario (SAU)

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁶

Nivel 1 -

El Hospital tiene elaborados e implantados:

- La Guía de Información al Usuario (ajustándose a los referidos en el Decreto 40/2003).
 - El Manual de Acogida a pacientes que contemplará como mínimo: recomendaciones durante su estancia en el hospital, horario de visita, sistemática de la información a los pacientes, médico y enfermera responsable....
- Garantizando que el Manual de Acogida se entregue en el 100% de los pacientes ingresados.

Documentos:

- Guía de Información al Usuario
- Manual de acogida.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital analiza el procedimiento de entrega y el grado de distribución del Manual de acogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

⁶ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 1.3 El Hospital se compromete con la Carta de derechos y deberes del paciente.

RESPONSABLE: Servicio de Atención al Usuario (SAU)

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁷

Nivel 1 -

La Carta de derechos y deberes del paciente está visible en lugares de fácil acceso para los usuarios, además de formar parte del manual de acogida. De acuerdo con la Orden SBS/1325/2003, la Carta de Derechos incluirá la posibilidad de los pacientes de prever un Testamento Vital.

Documentos:

- Informe en el que detalla las ubicaciones de la carta de derechos y deberes del paciente.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital diseña y desarrolla programas de sensibilización e información en relación con los derechos y deberes del paciente, dirigidos a todos los profesionales del Centro.

Documentos:

- Programas desarrollados de sensibilización e información a los profesionales.

Nivel 3 - ACCIONES: (nivel no recogido en el PAG 2004)

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

⁷ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 2.1 El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos durante su hospitalización y en las áreas de actividad ambulatoria y de urgencias.

RESPONSABLE: Servicio de Atención al Usuario (SAU)

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁸

Nivel 1 -

El Hospital tiene implantadas:

- la encuesta de posthospitalización SERVQHOS y
 - una encuesta específica de elaboración propia para recoger la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria y/o de urgencias.
- Ha definido - igualmente - los criterios para su aplicación⁹.

Documentos:

- encuestas sobre las áreas de actividad ambulatoria y de urgencias.
- metodología de aplicación de las encuestas de las tres áreas.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital analiza los resultados de las encuestas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES: (nivel no recogido en el PAG 2004)

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

⁸ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

⁹ El Hospital debe tenerla implantada y aplicarla según los siguientes criterios:

- Tipo de estudio: transversal mediante encuesta de opinión.
- Periodo: dos veces al año.
- Población y muestra: número total de altas del periodo de estudio exceptuando exitus, cuidados intensivos, reanimación y pediatría. Tamaño muestral definido en las instrucciones generales.
- Procedimiento: a través de correo asegurando la confidencialidad, y con los gastos por cuenta del Centro.

OBJETIVO: 2.2 El Hospital gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.

RESPONSABLE: Servicio de Atención al Usuario (SAU)

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹⁰

Nivel 1 -

El Hospital -a través del S.A.U.- pone a disposición de los usuarios los formularios normalizados para la canalización de reclamaciones y sugerencias, y ha establecido el procedimiento interno para dar respuesta a las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, ajustándose a los parámetros normativos establecidos al respecto.

Documentos:

- procedimiento

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital analiza las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Datos:

Número total de reclamaciones / sugerencias en el año 2004:

Número total de reclamaciones / sugerencias en el año 2003:

Clasificación de las reclamaciones / sugerencias

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

¹⁰ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.

RESPONSABLE: Servicio de Atención al Usuario (SAU) - Trabajador Social

Documentación aportada

- Documentos¹¹ (protocolos)

Grado de implantación

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

Oportunidades de mejora y acciones de mejora más relevantes:

¹¹ Los documentos sobre el programa deben ser enviados en formato word para su publicación en Nuevo Hospital siguiendo el procedimiento general que figura en el Manual de Calidad relativo a la elaboración y difusión de protocolos

OBJETIVO: 2.3 El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.

RESPONSABLE: COMITÉ DE CATÁSTROFES - Comisión de Dirección

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹²

Nivel 1 -

El Hospital elabora un Plan de Emergencias y Evacuación, con todas su fases.

Igualmente, implanta dicho Plan mediante la:

- divulgación a todo el personal
- formación específica a los equipos de intervención.

Documentos:

- Plan de Emergencias y Evacuación
- Informe en el que se especifican: las actuaciones divulgativas y formativas.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital desarrolla simulacros, analiza su desarrollo y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

¹² Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 2.4 El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de su intimidad (cultura, creencias, valores, dignidad...).

RESPONSABLE: Servicio de Atención al Usuario (SAU) - Comité Asistencial de Ética

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹³

Nivel 1 -

El Hospital dispone de normas escritas que contemplan:

- las medidas de separación necesarias para las habitaciones, salas de observación, salas de exploración...y
- las normas que orientan al conjunto de los profesionales a comportarse de modo respetuoso con la necesidad de intimidad del paciente.

Dichas normas contemplarán -además- el comportamiento mínimo exigible a otros pacientes, familiares o allegados.

Documentos:

- normas escritas.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital tiene establecidos los criterios para asignar habitación individual a aquellos pacientes que por su estado clínico y/o emocional necesitan un aislamiento específico, manteniendo un número mínimo de habitaciones individuales ocupadas por este motivo.

Documentos:

- criterios
- % de habitaciones individuales.

Nivel 3 - ACCIONES: (no contemplado en el PAG 2004)

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

¹³ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 3.1 El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de la confidencialidad de sus datos.

RESPONSABLE: Servicio de Admisión y Documentación Clínica

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹⁴

Nivel 1 -

El Hospital analiza su situación y la adapta a las exigencias reguladas por la Ley respecto a la confidencialidad de los datos:

- circuitos de documentación clínica y datos sensibles
- accesibilidad a las bases de datos y archivos documentales etc.

Igualmente, diseña y desarrolla programas de sensibilización e información, en relación con la confidencialidad de datos, dirigidos a todos los profesionales del Centro.

Documentos:

- informe en el que se detalla el análisis realizado y las medidas adoptadas
- Programas de sensibilización e información.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital analiza el grado de cumplimiento de la normativa sobre la confidencialidad de los datos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

¹⁴ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 4.1 El Hospital optimiza los tiempos de asistencia en urgencias.

RESPONSABLE: Servicio de Urgencias

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹⁵

Nivel 1 -

El Servicio de Urgencias elabora y aplica una norma escrita en la que se especifica el proceso de valoración inicial y clasificación de pacientes. Igualmente, recoge la información relacionada con el tiempo de permanencia de los pacientes en sus dependencias.

Documentos:

- Sistema de clasificación de pacientes
- cuadro de mandos.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Servicio de Urgencias analiza la información recogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, tomando en consideración las siguientes referencias en cuanto al tiempo de asistencia:

Nivel 1: paciente con riesgo vital evidente, intervención inmediata.

Nivel 2: paciente emergente, intervención en menos de 15 minutos.

Nivel 3: paciente urgente no crítico, intervención en menos de media hora.

Nivel 4: paciente urgente demorable, intervención en menos de una hora.

Nivel 5: paciente no urgente, intervención en menos de dos horas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

¹⁵ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 5.1 Atención Psicogerítrica.

RESPONSABLE: Servicio de Psiquiatría

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹⁶

Nivel 1 -

El Hospital adapta el programa de Atención Psicogerítrica que incluye:

- Atención a la Demencia
- Atención a la Depresión.

Documentos:

- Programas

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa los programas implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

¹⁶ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 5.2 Programa de Gestión de Casos de Enfermedad Mental Grave y Prolongada.

RESPONSABLE: Servicio de Psiquiatría

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹⁷

Nivel 1 -

El Hospital adapta y difunde el programa de Gestión de Casos.

Documentos:

- programa
- Informe en el que se especifica el proceso de difusión del programa.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital implanta progresivamente el programa de Gestión de Casos.

Documentos:

- Informe en el que se especifica el proceso de implantación

Nivel 3 - ACCIONES:

El Hospital implanta un sistema de información de casos de enfermedad mental grave y prolongada que permita el seguimiento.

Documentos:

- Auditoría externa

¹⁷ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 5.3 Impulso de la Calidad de la Asistencia Psiquiátrica.

RESPONSABLE: Servicio de Psiquiatría

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹⁸

Nivel 1 -

El Hospital adapta sus dispositivos de atención Psiquiátrica a las Guías de funcionamiento de los Dispositivos de asistencia psiquiátrica de Sacyl.

Documentos:

- Informe en el que se especifica la adaptación de los dispositivos de Sacyl.

Nivel 2-

El Hospital dispone de un manual que incluye: protocolo de ingreso involuntario, contención mecánica, información y consentimiento informado y protección de datos.

Documentos:

- manual¹⁹

Nivel 3

El Hospital implanta los procesos definidos en el ejercicio.

Documentos:

- Informe en el que se especifica el proceso de implantación

Nivel 4- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa los resultados de los procesos implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 5 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

¹⁸ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

¹⁹ Los manuales, guías, vías ó protocolos han de ser enviados en formato word para su registro y publicación en Nuevo Hospital según el procedimiento que figura en el Manual de Calidad y difundido a los responsables

OBJETIVO: 5.4 Atención Psiquiátrica Infanto-Juvenil.

RESPONSABLE: Servicio de Psiquiatría

DOCUMENTACIÓN APORTADA²⁰

Nivel 1 -

El Hospital dispone de un programa o recurso específico ambulatorio para la atención a los menores de 18 años.

Documentos:

Informe en el que se especifican: - programa o recurso

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital tiene reglada la hospitalización e interconsultas de pacientes psiquiátricos menores de 18 años

Documentos:

Norma

Nivel 3 - ACCIONES:

El Hospital aborda la atención psiquiátrica infanto-juvenil mediante grupos de trabajo (con reuniones, al menos, trimestrales) integrados por:

- Pediatría
- Sistema de atención a menores
- Equipos psicopedagógicos
- Servicios sociales
- Unidad de referencia psiquiátrica.

Documentos:

Actas correspondientes

²⁰ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 1.1 El Hospital define e implanta planes de trabajo en sus servicios médicos.

RESPONSABLE: Todos los Servicios y Unidades Médicas - (Coordinación por Dirección Médica)

DOCUMENTACIÓN APORTADA²¹

Nivel 1 -

El Hospital define, implanta y mantiene actualizados los planes de trabajo para sus servicios médicos, de forma progresiva, hasta alcanzar al 100% del colectivo profesional. Dichos planes:

- se plasmarán por escrito
- incluirán todas las actividades, de todos los integrantes del servicio, a lo largo de toda la jornada laboral.

Documentos:

- planes de trabajo definidos

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa la adecuación de los planes de trabajo a la actividad desarrollada por cada servicio, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

²¹ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 1.2 El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todas las unidades de enfermería.

RESPONSABLE: Todas las Unidades de Enfermería - (Coordinación por Dirección de Enfermería)

DOCUMENTACIÓN APORTADA²²

Nivel 1 -

El Hospital elabora e implanta al menos cuatro manuales de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería, hasta conseguirlo progresivamente en el 100% de dichas unidades. Este manual está consensuado y es compatible y coherente con los planes de trabajo de los servicios médicos que prestan asistencia en la correspondiente unidad, e incluye el cronograma de adiestramiento e integración del personal de enfermería de nuevo ingreso en la unidad.

Documentos:

- manuales de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital analiza y evalúa el grado de cumplimiento del manual de organización y funcionamiento de las unidades de enfermería y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, en relación con el manual de organización del funcionamiento de las unidades de enfermería.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

²² Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 3.1 El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.

RESPONSABLE: Todos los Servicios y Unidades Médicas y Quirúrgicas

DOCUMENTACIÓN APORTADA²³

Nivel 1 -

El Hospital normaliza (mediante la definición o adaptación de guías, vías, o protocolos de práctica clínica) e implanta al menos 6 procesos asistenciales en cada especialidad²⁴, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo.

Las guías, vías o protocolos de práctica clínica deben adaptarse a sus distintos usuarios:

- versión abreviada, versión completa y versión para pacientes

Se identifican los responsables de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.²⁵

Documentos²⁶:

- guías, vías o protocolos.
- informe en el que se especifica el proceso de implantación.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa el grado de cumplimiento de las guías, vías o protocolos clínicos de los procesos asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

²³ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

²⁴ En 2003 se estableció que cada servicio realizase 2 documentos por año.

²⁵ En el Manual de Calidad 2004 se establece el procedimiento, normas y formato para la difusión de estos documentos. Todos han de enviarse en formato word para ser publicados en Nuevo Hospital asignándose a cada uno una referencia. En caso de modificación del documento se enviará para reeditarlo. Los autores han de centrarse en su implantación, evaluación y reedición periódica cuando esté obsoleto parcial o totalmente (revisión del documento)

²⁶ Todos los documentos han de cumplir los criterios formales recogidos en el Manual de Calidad. La Unidad de Calidad clasificará los documentos publicados en Nuevo Hospital según:

- tipo de documento (guía, vía o protocolo)
- servicio o unidad de procedencia

Se hará inventario de los servicios/unidades con documentación y aquéllos que no disponen de ella



EVALUACIÓN DE GUÍAS VÍAS Y PROTOCOLOS
(una hoja para cada documento)

TÍTULO ó DENOMINACIÓN:

SERVICIO - UNIDAD:

Elaboración

- Fecha de la primera versión:
- Fecha de la versión actual (en caso de revisiones):
- Número de revisiones / actualizaciones del documento:

Implantación

- ¿Ha sido enviado para su publicación en Nuevo Hospital?: SI NO
- ¿Ha sido ya publicado?: indicar número de edición _____

- Resultados de utilización / grado de cumplimiento:

$\frac{\text{Número de pacientes o procedimientos en los que se utilizó el documento}}{\text{Número total de pacientes o procedimientos atendidos}} \times 100 =$ % utilización

Oportunidades de mejora detectadas

OBJETIVO: 3.2 El Hospital optimiza el proceso de asistencia al paciente oncológico.

RESPONSABLE: Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad

DOCUMENTACIÓN APORTADA²⁷

Nivel 1 -

El Hospital adapta progresivamente las guías elaboradas por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre:

- Cáncer de pulmón.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de piel.
- Cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).
- Cáncer de cérvix uterino.
- Cáncer de próstata.
- Cáncer hematológico.
- Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.
- Consejo genético en cáncer de mama y ovario.
- Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.

Documentos²⁸:

- guías adaptadas

Nivel 2

El Hospital implanta progresivamente las guías adaptadas hasta alcanzar la totalidad.

Documentos:

- Informe en el que se especifica el proceso de implantación

Nivel 3- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa la implantación de las guías adaptadas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 4 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en la implantación.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

²⁷ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

²⁸ Los documentos han de ser enviados en formato word para su publicación en Nuevo Hospital como fase inicial para su implantación

OBJETIVO: 3.3 El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación integrado en un modelo de cuidados homogéneo.

RESPONSABLE: Dirección de Enfermería

DOCUMENTACIÓN APORTADA^{29, 30}

(ver apartado correspondiente en el Plan Anual de Gestión 2004)

Nivel 1

Modelo de cuidados (homogéneo para el Servicio Regional de Salud)

Nivel 2

Planes de cuidados

Nivel 3

Registros de enfermería

Nivel 4

Procedimientos de enfermería

Nivel 5

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los planes de cuidados evaluados

Nivel 6

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los procedimientos evaluados

Nivel 7

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

Acciones precisas

Plazos

Responsables

²⁹ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

³⁰ Los documentos han de enviarse en formato word para su registro y publicación en la revista Nuevo Hospital. La Unidad de Calidad evaluará el número de documentos publicados en la revista Nuevo Hospital según las normas de publicación recogidas en el Manual de Calidad para las guías, vías y protocolos.

OBJETIVO: 3.4 El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales.

RESPONSABLE: Dirección de Gestión

DOCUMENTACIÓN APORTADA³¹

Nivel 1³²

El Hospital identifica al menos 6 procesos por cada servicio no asistencial, de los que persigue un diseño normalizado. Entre ellos deben encontrarse, como mínimo, cuatro de los siguientes procesos:

- Gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.
- Adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.
- Aplicación de criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.
- Gestión eficiente de las propuestas de pago.
- Gestión correcta de los mantenimientos correctivos.
- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos.
- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.
- Diseño e implantación de un plan de seguimiento del equipamiento médico.
- Priorización y racionalización de las inversiones hospitalarias.

Igualmente, normaliza e implanta los procesos no asistenciales identificados, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo.

Para cada proceso definido se identifica el responsable de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.

Documentos:

- procesos identificados y normalizados.
- informe en el que se especifica el proceso de implantación.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa el grado de cumplimiento de los protocolos o criterios de los procesos no asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

³¹ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

³² Los documentos han de ser enviados en formato word para su registro y publicación en Nuevo Hospital. La Unidad de Calidad evaluará el número de documentos publicados en la revista Nuevo Hospital según las normas de publicación recogidas en el Manual de Calidad

OBJETIVO: 4.1 El Hospital garantiza la mejora y mantenimiento de la competencia de sus profesionales a través de la elaboración y desarrollo de un programa / plan de formación dirigido a todo el personal

RESPONSABLE: Comisión de Formación Continuada

DOCUMENTACIÓN APORTADA³³

Nivel 1 -

El hospital tiene definido/ os :

- un método para identificar y priorizar las necesidades formativas, así como para la planificación y programación de las actividades.
- los criterios y circuitos que regulan el acceso del trabajador a las actividades formativas.
- un modelo de evaluación y sistema de reconocimiento de las actividades formativas previsto en el Plan General de Formación.

Documentos³⁴:

- Informe en el que conste método de identificación y modelo de priorización.
- Programa de formación aprobado por Com. Formación, Com. Dirección y Sº de Formación.
- Criterios de acceso a las actividades de formación.
- Asume el modelo de evaluación propuesto por el Sº de Formación.
- Modelo de reconocimiento de las actividades formativas.

Nivel 2-

- El Hospital presenta y desarrolla el programa / plan de formación previamente definido y evaluado y evalúa sus actividades formativas a través de indicadores de cobertura, proceso y satisfacción.
- Aplica el sistema de reconocimiento de las actividades formativas definido.
- Igualmente impulsa la mejora de la calidad de las actividades formativas a través de la acreditación de las mismas.

Documentos:

- Informe/ valoración (memoria) de la ejecución del programa y evaluación a través de indicadores de cobertura, proceso y satisfacción de las actividades de formación.
- Número de actividades formativas acreditadas / solicitando acreditación.

Nivel 3 - ACCIONES: (No recogido en el PAG 2004)

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

³³ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

³⁴ Los documentos, plan de formación, han de ser enviados en formato word para su publicación en la revista Nuevo Hospital

OBJETIVO: 5.1 El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo un Plan de actuaciones en materia de evaluaciones de riesgo, vigilancia de la salud y análisis y estudio de accidentes de trabajo para sus trabajadores.

RESPONSABLE: Servicio de Prevención

DOCUMENTACIÓN APORTADA³⁵

Nivel 1 -

- La evaluación inicial de riesgos de los diferentes puestos de trabajo y la planificación de la actividad preventiva.
- El registro e investigación de Accidentes de Trabajo (AT) y Enfermedad Profesional (EP) con sus respectivas estadísticas e índices de siniestralidad.
- Una evaluación de la salud de los trabajadores, en los términos que establece el art. 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención.

Documentos:

- Informe sobre las evaluaciones iniciales de riesgos de los puestos de trabajo confirmando que se han llevado a cabo el 100% de las mismas; el registro de todos los accidentes, la investigación de los graves y muy graves y los exámenes de salud de los trabajadores (a 31 de diciembre).

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

- Desarrolla y coordina los planes y programas de actuación preventiva correspondientes, los evalúa y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).
- Estudia y analiza las relaciones de determinados riesgos con los accidentes producidos, obtiene conclusiones y propone medidas de mejora de las condiciones de trabajo.
- Realiza actividades relacionadas con la promoción de la salud laboral colectiva, las evalúa, obtiene conclusiones y propone medidas de mejora.

Documentos:

- Informe en el que se especifique el grado de cumplimiento de los planes de actuación preventiva, siendo necesaria la ejecución del 100% de las medidas programadas para el año en curso; los estudios sobre siniestralidad laboral realizados y la evaluación de las actividades de promoción de la salud laboral colectiva, así como las medidas de mejora propuestas, como consecuencia de las conclusiones.

Nivel 3 - ACCIONES:

- Lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas respecto a los planes y programas de actuación preventiva, las condiciones de trabajo y la promoción de la salud laboral colectiva.

Documentos:

- Informe que especifique, en cada una de las actuaciones, las medidas llevadas a efecto respecto a las oportunidades de mejora detectadas.

³⁵ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 1.1 El Hospital estructura una Unidad de Calidad Integral que funciona a través de una Dirección Participativa por Objetivos.

RESPONSABLE: Unidad de Calidad - Coordinador de Calidad

DOCUMENTACIÓN APORTADA³⁶

Nivel 1 -

El Hospital dispone de una Unidad de Calidad constituida por el Coordinador de Calidad, bajo cuyo liderazgo se integran un responsable de calidad de enfermería y un responsable de los colectivos no sanitarios.

La Unidad de Calidad cuenta con un manual de funcionamiento y una metodología de trabajo que contemplan la interacción complementaria con las Comisiones Clínicas, Comisión Central de Garantía de Calidad, Servicio de Atención al Usuario y Comisión de Dirección. Ambos están aprobados por la Comisión de Dirección.

Documentos:

- informe en el que concreta la designación de los miembros.
- manual de funcionamiento y
- metodología de trabajo.

(MANUAL DE CALIDAD 2004)

Nivel 2- OBJETIVOS:

La Unidad de Calidad, tiene establecidos los objetivos del año, de acuerdo con la Comisión Central de Garantía de Calidad y con la aprobación de la Comisión de Dirección.

Para cada objetivo, se especifica:

- logro esperado
- calendario de actuaciones
- monitorización de indicadores
- medidas correctoras para abordar las desviaciones.

Documentos:

- objetivos
- metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación).

(MANUAL DE METODOLOGÍA 2004)

Nivel 3 - ACCIONES:

La Unidad de Calidad realiza al finalizar el ejercicio una memoria de las actividades del Hospital relacionadas con los objetivos de calidad, de los resultados obtenidos y de las medidas correctoras necesarias.

Con el fin de difundirla adecuadamente, la presenta en público a los trabajadores del Hospital por el procedimiento que estime oportuno y la envía a la Dirección del Centro y a la Consejería de Sanidad.

Documentos:

- memoria.

(MEMORIA 2004)

³⁶ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 2.1 El Hospital promueve la constitución y mejora del Comité de Ética Asistencial.

RESPONSABLE: Comité de Ética Asistencial

DOCUMENTACIÓN APORTADA^{37, 38}

Nivel 1 -

Documentos:

- Funciones con las firmas de aprobación

Nivel 2 -

Documentos:

- Acta de constitución del Comité
- reglamento

Nivel 3 -

Documentos:

- Memoria

Nivel 4 -

Documentos:

- Registro de Comités de Ética Asistencial de Área acreditados
- Informe en el que se especifican los objetivos, la metodología de evaluación y el calendario

Nivel 5 -

Documentos:

- Composición
- Sistemática de actuación en los dos niveles asistenciales

Nivel 1 -

Documentos:

- Registro de Comités de Ética Asistencial de área acreditados

³⁷ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

³⁸ Consultar el cuadro correspondiente del PAG 2004 en el que se especifican los distintos niveles hablados con el/la Presidente/a del Comité

OBJETIVO: 3.1 El Hospital dispone de un sistema de alerta de la infección hospitalaria

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva

DOCUMENTACIÓN APORTADA³⁹

Nivel 1 -

El Hospital dispone de un sistema de alerta para la detección de brotes y de un mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de infección hospitalaria (comunicación de casos desde el Laboratorio, servicios clínicos y/o unidades de enfermería).

Dicho sistema se aplica de forma continuada.

Documentos:

- Sistema de alerta para la detección de brotes y mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria (Indicar la fuente de información, el circuito de transmisión y el responsable operativo de su recepción).

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa, tanto la aplicación del sistema de alerta y del mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de infección hospitalaria, como sus resultados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora)

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

³⁹ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 3.2 El Hospital realiza estudios de prevalencia e incidencia de la infección hospitalaria

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁴⁰

Nivel 1 -

- El Hospital aplica el sistema de vigilancia de la infección hospitalaria para estimar las tasas globales y específicas de infección hospitalaria mediante la realización de:
- Estudios de prevalencia (al menos uno al año).
- Estudios de incidencia acumulada (IA) y/o densidad de incidencia (DI) a través de la revisión de los resultados microbiológicos y/o de las historias clínicas y/o de visita a las plantas.
- La información que genera el sistema de vigilancia se remite a los servicios y unidades de enfermería, al menos, dos veces al año.

Documentos:

- Informe en el que se especifican al menos tres de los siguientes indicadores:
 - Prevalencia de infectados.
(Defina la metodología del estudio: EPINE u otras; y el numerador y denominador del indicador utilizado).
 - IA de infección quirúrgica en cirugía limpia.
 - IA de bacteriemia primaria de cateter venoso central en hospitalizados (excepto UCI y cateter de Nutrición Parenteral).
 - DI de infección respiratoria en pacientes sometidos a ventilación mecánica en UCI.
- (Para estos tres últimos indicadores, defina el periodo de tiempo de vigilancia y el numerador y denominador de los indicadores utilizados).

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa los resultados obtenidos y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas
 - plazos
 - responsables.

⁴⁰ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

INDICADORES DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva

Úlceras por presión Fórmula del indicador (*Epine*)

$$\frac{\text{Número de pacientes con úlceras de decúbito}}{\text{Número de total de pacientes estudiados (EPINE)}} \times 100 = \text{\%}$$

Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

$$\frac{\text{Número de casos de infección nosocomial en un día determinado}}{\text{Número total de pacientes estudiados en ese día}} \times 100 = \text{\%}$$

Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.

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

Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.

$$\frac{\text{Número de infecciones urinarias en pacientes sondados}}{\text{Número de pacientes sondados}} \times 100 = \text{\%}$$

Cumplimiento de los protocolos de profilaxis antibiótica

En cirugía limpia
En cirugía contaminada
En cirugía sucia

$$\frac{\text{Número de pacientes a los que se aplicó correctamente el protocolo (para cada tipo de cirugía)}}{\text{Número total de intervenciones del mismo tipo}} \times 100 = \text{\%}$$

Oportunidades de mejora detectadas:



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

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva

Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimiento x 100 = %
Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento

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			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Limpia contaminada			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Contaminada			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Sucia			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5



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

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva - Comisión de Infección Hospitalaria - UCI

Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica x 1000 =
Días totales de ventilación mecánica

Periodo estudiado.....

Criterios:

Infección respiratoria:

- Neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica.

Criterio de Infección Respiratoria
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

Acciones de mejora:

OBJETIVO: 3.3 El Hospital normaliza y gestiona las medidas de prevención y control de la infección hospitalaria dirigidas a las instalaciones, la hostelería y el equipamiento, al personal y a los pacientes

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva - Comisión de Infección hospitalaria

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁴¹

Nivel 1 -

El Hospital tiene normalizados e implantados los siguientes procedimientos:

- Limpieza de las áreas críticas.
- Gestión de la segregación, transporte y eliminación de residuos.
- Medidas de Mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental en áreas de riesgo y situación de obras.
- Pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.
- Limpieza, desinfección y esterilización del material reutilizable.
- Lavado de las manos rutinario y quirúrgico.
- Protección del personal frente a riesgos biológicos.
- Actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.
- Preparación de la piel y mucosas del enfermo quirúrgico.
- Profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.
- Inserción y mantenimiento del cateter vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal.
- Aislamiento de pacientes.

Documentos:⁴²

- normas y protocolos.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital analiza el procedimiento de entrega y el grado de distribución del Manual de acogida y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

⁴¹ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

⁴² Siguiendo la metodología de 2003 se aconseja agrupar los protocolos en un libro, manual o guía en el que cada protocolo es un capítulo. Estos documentos están ya publicados en Nuevo Hospital. Los autores han de enviar documentos en caso de que haya modificaciones sobre los anteriores y se siguen los procedimientos sobre elaboración y difusión de guías, vías y protocolos recogidos en el Manual de Calidad 2004

OBJETIVO: 1.1 El hospital desarrolla un modelo de gestión clínica de la farmacoterapia que contiene las herramientas necesarias para que la utilización de medicamentos sea eficaz, segura, coste-efectiva y de calidad.

RESPONSABLE: Servicio de Farmacia - Comisión de Farmacia y Terapéutica

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁴³

- Guía farmacoterapéutica**⁴⁴
- Equivalentes terapéuticos**

Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.
siguiendo la codificación de principios activos del Nomenclator Oficial del SNS

- Informe con las oportunidades de mejora detectadas**
- Informe con las acciones de mejora que se planifican (objetivos, plazos, responsables)**

1. Selección de medicamentos
2. Guía Farmacoterapéutica
3. Programa de Intercambio Terapéutico⁴⁵.

⁴³ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

⁴⁴ La guía farmacoterapéutica se publicará en el Nuevo Hospital según las normas establecidas y siguiendo las normas generales de elaboración y difusión de vías, guías y protocolos recogidos en el Manual de Calidad

⁴⁵ **GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA (ver página siguiente)**

GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA

Actuación 1: Descripción de las herramientas utilizadas para el desarrollo de un modelo de gestión clínica para una utilización de medicamentos eficaz, segura, coste-efectiva y de calidad:

1. Selección de medicamentos:

La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT), evalúa únicamente las propuestas de inclusión de nuevos principios activos en la Guía Farmacoterapéutica que disponen de un informe técnico con un contenido mínimo y emite un informe justificado al servicio solicitante sobre el resultado de la evaluación.

Contenido mínimo que debe incluirse en los informes técnicos para la solicitud de inclusión de un nuevo principio activo en la GT:

Epígrafes que debe incluir el informe del servicio solicitante:

1. Identificación del medicamento.
2. Servicios que lo solicitan e indicaciones para las que se pretende utilizar.
3. Descripción del medicamento.
4. Área farmacológica que cubre y situación que ocupa en la GT.
5. Evaluación de la eficacia.
6. Evaluación de la seguridad.
7. Evaluación económica (si se dispone de ella).
8. Bibliografía.
9. Autores del informe.

Epígrafes que debe incluir el informe del CIM:

1. Los anteriores.
2. Evaluación económica.
3. Propuesta de indicaciones y servicios para los que se pretende aprobar.
4. Condiciones de uso en el hospital.

2. Guía Farmacoterapéutica:

Documento consensado que contiene información técnica de los productos que la constituyen, que como mínimo incluye los siguientes bloques:

1. indicaciones, dosis, vía de administración...
2. interacciones, condiciones de uso, protocolos...
3. uso en situaciones especiales (ancianos, embarazadas...), anexos... (implantación progresiva por bloques)

Esta Guía Farmacoterapéutica se actualiza anualmente y se distribuye al 100% de los facultativos del hospital, a todas las unidades de hospitalización, a los trabajadores de nueva incorporación y se incluye en la Intranet del hospital.

3. Programa de Intercambio Terapéutico:

Documento que incluye:

- el Protocolo de Equivalentes Terapéuticos: contiene la relación de Equivalentes Terapéuticos que son susceptibles de sustitución en la prescripción de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica, y la actitud terapéutica a seguir.
- el Manual de Procedimientos para la aplicación del Protocolo de Equivalentes Terapéuticos

Este Programa se actualiza anualmente y se difunde entre el personal sanitario.

Actuación 2: Evaluación de los resultados de la aplicación de las herramientas que incluye:

1. Selección de medicamentos:

Análisis de la calidad de los informes de los principios activos solicitados para su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica y seguimiento de la adecuación de las condiciones de uso aprobadas en los nuevos principios activos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica que suponen un elevado impacto económico en el hospital; en relación al subgrupo terapéutico al que pertenecen.

Nuevos principios activos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica que suponen un elevado impacto económico en el hospital:

se consideran aquellos en los que la estimación coste tratamiento / paciente (PMC) sea superior a 500 € o aquellos en los que la estimación de las adquisiciones anuales (PMC) sea superior al 20 % de las adquisiciones anuales del total del subgrupo terapéutico al que pertenece.

2. Guía Farmacoterapéutica:

Análisis de la utilidad de la información contenida en la GFT y del procedimiento de difusión empleado a través de una encuesta realizada al personal facultativo y enfermería.

3. Programa de Intercambio Terapéutico:

Análisis de la aplicación y la aceptación por los médicos prescriptores del Programa de Intercambio Terapéutico y del procedimiento de difusión empleado.

OBJETIVO: 1.4 El Hospital ajusta los tiempos de espera a criterios clínicos de importancia y pronóstico.

RESPONSABLE: Todos los servicios quirúrgicos - Dirección Médica

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁴⁶

Nivel 1 -

El Hospital elabora guías o protocolos clínicos de priorización de pacientes (según criterios clínicos y/o sociales) en espera de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y/o pruebas diagnósticas, para los procesos de mayor prevalencia y/o gravedad. Dicha elaboración será progresiva comenzando como mínimo por una guía o protocolo por Servicio.

Igualmente, establece el proceso para su implantación y los compromisos de tiempo de espera máxima para dichos procesos.

Documentos:

- Guías o protocolos clínicos elaborados (incluyendo el proceso de implantación y el tiempo de espera máxima a garantizar).

Nivel 2-

El Hospital implanta las guías o protocolos clínicos de priorización de pacientes elaborados en el ejercicio.

Documentos:

- Informe en el que se especifican: las guías o protocolos implantados y el proceso de implantación seguido.

Nivel 3- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa la aplicación de las guías o protocolos clínicos de priorización implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 4 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

⁴⁶ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: 2.1 Implicación de los profesionales en la mejora de las listas de espera mediante la prescripción y uso racional de los recursos sanitarios

RESPONSABLE: Todos los servicios quirúrgicos - Dirección Médica

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁴⁷

Nivel 1 -

El Hospital elabora e implanta guías o protocolos clínicos de indicación quirúrgica e inclusión en lista de espera, para los procesos de mayor prevalencia y/o gravedad. Dicho proceso será progresivo, comenzando como mínimo por una guía o protocolo por Servicio.

Documentos:

- Guías o protocolos clínicos.⁴⁸

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa la aplicación de las guías o protocolos clínicos de priorización implantados y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

Informe en el que para cada guía o protocolo clínico evaluado se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

⁴⁷ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

⁴⁸ Como ejemplo señalar que las guías previamente evaluadas son - Cataratas., - Amigdalectomía/adenoidectomía., - Hiperplasia benigna de próstata., - Prótesis total de rodilla., - Prótesis total de cadera., - Hallux valgus.

La Comisión de Dirección y la Dirección Médica comunicará a los servicios - unidades afectados las guías que se evaluarán



GUÍAS o PROTOCOLOS DE PRIORIZACIÓN DE PACIENTES
HOJA DE RECOGIDA DE DATOS
(una para cada protocolo)

TÍTULO DEL PROTOCOLO:

SERVICIO - UNIDAD:

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

Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera y/o intervenidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador y resultado

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

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.....

Población total del periodo de estudio.....

Población estudiada:

- Total
 Muestra

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS oportunidades de mejora/ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:

OBJETIVO: Plan de Comunicación interna

RESPONSABLE: Comisión de Dirección

DOCUMENTACIÓN⁴⁹

- Documento de acogida al nuevo trabajador

- Nivel 1: general para todos los trabajadores (Unidad de Personal)
Derechos y deberes de los pacientes
Derechos y deberes de los profesionales
Organigrama directivo y organización interna
Listado de teléfonos y direcciones de unidades / servicios
Estructura del Hospital (localización de los distintos servicios)
Normativa interna del centro hospitalario (permisos y licencias, ayudas sociales, tarjeta identificativa, parking, cafetería, comedor, taquillas vestuarios, lencería lavandería, comités y comisiones etc.)
Normativa de Prevención de Riesgos Laborales.
- Nivel 2: división correspondiente (médica, enfermería, gestión)
- Nivel 3: área, servicio, unidad

Grado de implantación

- ¿Están publicados los documentos de nivel 1 y 2 en Nuevo Hospital?: SI NO

Oportunidades y acciones de mejora más relevantes:

⁴⁹ Los documentos de los niveles 1 y 2 han de ser enviados a Nuevo Hospital para su registro y difusión según el procedimiento recogido en el Manual de Calidad



OBJETIVO: medidas sobre normas de uso del tabaco.

RESPONSABLE: Comisión de Dirección

Indicador 1

Existe plan documentado sobre uso del tabaco en el centro sanitario

Si
No

Indicador 2

Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios

Si
No

Indicador 3

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

Si
No

Indicador 4

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

Si
No

Señalar las acciones llevadas a cabo:

1.....

2.....

3.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS



OBJETIVO: mejora de funcionamiento de las comisiones clínicas

RESPONSABLES: todas las comisiones clínicas y comités representados en la Comisión Central de Garantía de Calidad

Documentos ⁵⁰, ⁵¹

- Funciones
- Manual de funcionamiento
- Memoria anual

Estructura de la Memoria anual

Nombre de la Comisión
Objetivos anuales
Resultados obtenidos
Número de reuniones
Porcentaje de asistentes a las reuniones
Comentarios - oportunidades de mejora
Acciones prioritarias que se llevarán a cabo

⁵⁰ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

⁵¹ Los documentos han de enviarse para ser publicados en la revista Nuevo Hospital en formato word

OBJETIVO: monitorización de indicadores obtenidos del CMBD

RESPONSABLE: Servicio de Admisión y Documentación clínica

DATOS⁵²:

1. Mortalidad potencialmente evitable.
2. Tasa de mortalidad neonatal.
3. Mortalidad perioperatoria por procesos (fractura de cadera).
4. Altas y estancias potencialmente ambulatorias.
5. Tasa de cesáreas.
6. Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).
7. Estancias prequirúrgicas.
8. Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.
9. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.
10. Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.
11. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.
12. Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.
13. Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.

Oportunidades de mejora - acciones propuestas

⁵² Enviar los datos en formato word para ser publicados en la revista Nuevo Hospital



versión digital
ISSN: 1578-7516



Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

NuevoHospital

Vol. IV - Nº 16 - Año 2004 - Nº edición: 74

Publicado el 26 de marzo de 2004

MANUAL DE METODOLOGÍA 2004

Unidad de Calidad

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

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.