



COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

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

UNIDAD DE CALIDAD

MEMORIA 2005

Elaborado: D. Jose Luis Parda Refoyo Coordinador del Calidad Unidad de Calidad
Fecha: 14-FEBRERO-2006

Aprobado: Comisión de Dirección D. Rafael López Iglesias Director Gerente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA
UNIDAD DE CALIDAD

MEMORIA 2005

INDICE

MANUAL DE CALIDAD 2005

página
3 – 63

RESULTADOS 2005

64 – 157



MANUAL DE CALIDAD 2005

**COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA**HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA
HOSPITAL COMARCAL DE BENAVENTE**UNIDAD DE CALIDAD****MANUAL DE CALIDAD****EDICIÓN N° 4-2005**

SUSTITUYE A: EDICIÓN N° 3-2004 DE 22-marzo-2004

COPIA

 CONTROLADA

DESTINATARIO:

 Comisión de Dirección Comisión Central de Garantía de Calidad Unidad de Calidad

FECHA DE ENTREGA: 18 de marzo de 2005

 NO CONTROLADA**Elaborado:**
D. Jose Luis Pardal Refoyo
Coordinador del Calidad
Unidad de Calidad**Aprobado:**
Comisión de Dirección
D. Rafael López Iglesias
Director Gerente**Fecha: 18-MARZO-2005**

ÍNDICE

Capítulo		
1	DATOS GENERALES DE LA EMPRESA	
2	RESUMEN HISTÓRICO	
3	AMBITO DE APLICACIÓN: Misión, Visión, Líneas estratégicas	
4	MANUAL DE CALIDAD	
5	RELACIÓN DE SERVICIOS-UNIDADES	
6	REQUISITOS GENERALES	
7	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	
	7.1- Documentación de los servicios – unidades y de las comisiones clínicas	
8	CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN	
8.1	Control de los registros	
	-DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD. PROCEDIMIENTO GENERAL DE REGISTRO DE DOCUMENTOS	
	-PROCESO DE REGISTRO y UTILIZACIÓN DOCUMENTAL y RECURSOS DE INVESTIGACIÓN	
	8.2- GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA UNIDAD DE CALIDAD	
	-GUÍAS, VÍAS y PROTOCOLOS: PROCEDIMIENTO PARA SU DIFUSIÓN	
9	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	
10	LA UNIDAD DE CALIDAD	
11	LA COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD	
12	NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS	
13	OBJETIVOS (del Plan Anual de Gestión)	
14	OBJETIVOS DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS. Objetivos comunes para todas las comisiones OBJETIVOS DE CADA COMISIÓN	
15	OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS y UNIDADES CLÍNICAS y NO ASISTENCIALES OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS y UNIDADES ASISTENCIALES OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS y UNIDADES NO ASISTENCIALES	
	OBJETIVOS POR SERVICIOS y UNIDADES (HOJA A y B) HOJA A (objetivos PAG) HOJA B (objetivos propios)	
	METODOLOGÍA POR OBJETIVO (HOJA B) Esquema tabla EXCEL Modelo en papel	
16	RECOGIDA DE RESULTADOS	
17	BIBLIOGRAFÍA	

1- DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa:

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Institución:

SACYL

Dirección:

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA

AVDA. REQUEJO Nº 35 - 49022 ZAMORA

Teléfono: 980 548 200

Página web: <http://www.calidadzamora.com>

Correo electrónico: ucalid@hvcn.sacyl.es

HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA

C/ HERNÁN CORTÉS Nº 40 – 49021 ZAMORA

Teléfono: 980 520 200

HOSPITAL COMARCAL DE BENAVENTE

C/ LUISA MOZO Nº 6 – 49600 BENAVENTE (ZAMORA)

Teléfono: 980 631 900

2- RESUMEN HISTÓRICO

El Hospital Virgen de la Concha funciona desde 1955, reformado en los años 70 y 80 afronta en el momento actual su más profunda reforma. Desde 1992 tiene acreditación docente para Medicina de Familia, Traumatología y Medicina Interna. Los cambios acaecidos desde su fundación hasta hoy han sido enormes (cambios sociales, políticos, tecnológicos). El 7 de octubre de 1999 el Presidente Ejecutivo del Insalud aprobó el Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Concha. En él se definieron su misión y objetivos. En 1997 en aplicación de la normativa que lo regula se creó la figura del Coordinador de Calidad. Durante el periodo 1997 – 2001 el Hospital desarrolló los objetivos de calidad recogidos en los Contratos Anuales de Gestión del Insalud. En el año 2001 se creó una Unidad de Calidad incorporando a profesionales no sanitarios con una estructura y sistema de gestión que se desarrolla en este manual. El año 2002 supuso un periodo de transición en el que se produjeron las transferencias en materia de sanidad a la Junta de Castilla y León y se creó el organismo gestor SACYL. En el año 2003 se produjo la fusión de los tres hospitales del Área de Salud de Zamora denominándose Complejo Asistencial de Zamora (Hospital Virgen de la Concha, Hospital Provincial de Zamora y Hospital Comarcal de Benavente). El año 2003 fue el primero en el que los tres hospitales desarrollaron un único Plan Anual de Gestión lo que supuso cambios progresivos en la metodología de trabajo comenzando por la creación de las Comisiones de Objetivos de las unidades, la ampliación de la Comisión Central de Garantía de Calidad y de las Comisiones en ella representadas.

El año 2004 supuso un año complejo en cuanto a la organización y coordinación del programa de calidad desde la Unidad de Calidad debido a problemas estructurales derivados de las obras de reforma del Hospital Virgen de la Concha. Por otro lado percibimos desde los grupos de trabajo una falta progresiva de contenidos específicos en el área de calidad al carecer de un programa de calidad para todos los hospitales, propuesta que hacemos desde aquí. Otra carencia observada está en la falta de programas de formación específicos en gestión de calidad y la ausencia de estímulo e incentivación al trabajo en el área de calidad (incentivación a participar en las comisiones de trabajo). Abrimos el año 2005 con objetivos claros en este sentido: incrementar la participación de todos los trabajadores en la mejora de la calidad.

3- AMBITO DE APLICACIÓN

El sistema de calidad aplicado en el Complejo Asistencial de Zamora incluye a todos los servicios y procesos.

Misión

El Complejo Asistencial de Zamora es un hospital público del SACYL (Sanidad de Castilla y León) que agrupa a los tres hospitales del Área de Salud de Zamora (Hospital Virgen de la Concha, Hospital Provincial de Zamora y Hospital Comarcal de Benavente) cuya finalidad principal es dar asistencia especializada a la población de la provincia de Zamora, reforzando su posición de liderazgo. Presta sus servicios atendiendo a las necesidades sanitarias de la comunidad a la que sirve, adaptando su oferta y aproximándola al usuario. Impulsa su actuación en coordinación con el resto de dispositivos sanitarios, garantizando la continuidad asistencial permanentemente. La organización se esfuerza en situar al usuario como eje fundamental de su actuación asistencial, priorizando el desarrollo de una medicina eficaz, eficiente, cualitativamente contrastada y en continuo proceso de mejora. El Hospital procura la máxima implicación del personal en la consecución de los objetivos institucionales promoviendo su progresión profesional y favoreciendo su sentido de pertenencia a la organización.

Visión

El Complejo Asistencial de Zamora ha de convertirse en el centro hospitalario de primera elección para los receptores de sus servicios en el Área de Salud de Zamora (servicios asistenciales, servicios docentes, servicios de investigación clínico-epidemiológica, servicios administrativos y de gestión)

Líneas estratégicas

Se recogen en el Plan Anual de Gestión que desarrolla diversas líneas estratégicas

Para cumplir con la *misión*

- Consolidación de la oferta de servicios (Cartera de servicios)
- Implantación de servicios no existentes actualmente y que son demandados por la población
- Implantación de una política de calidad.
- Desarrollo del modelo organizativo.

Para progresar hacia la *visión*

- Fidelización de la población de referencia
- Proyección del Hospital. Incremento del prestigio y liderazgo. Mejora de la imagen corporativa.

4- MANUAL DE CALIDAD

El Manual de Calidad es el documento de mayor nivel en el sistema de calidad del Hospital (Primer Nivel en el Sistema documental de Calidad) que se complementa con el Plan Anual de Gestión 2003-2005¹ y con el Manual de metodología. Los procedimientos se irán detallando en los documentos propios de las comisiones clínicas y servicios-unidades (Segundo nivel: Manual de Procedimientos Generales; Tercer nivel: procedimientos específicos e instrucciones y Cuarto nivel: Registros de calidad).

El manual de calidad contiene:

- La descripción de la situación existente y las metas operativas formuladas por el Hospital dentro de los temas incluidos en el manual de la calidad.
- Los períodos en los que la institución intenta conseguir dichos objetivos en el campo de la mejora de la calidad y la periodicidad con la que va a ser evaluada el nivel de la calidad
- Los instrumentos y procedimientos ordenados de medida a través de los cuales puede conocerse el progreso sobre la calidad y los resultados.
- La definición de la metodología a utilizar en la investigación sistemática de la satisfacción de los clientes, los resultados de estos estudios y las medidas que se proponen para corregirlos.

La política de la calidad de la institución con los elementos antes descritos, se le da forma en el manual de la calidad y en el plan de la calidad ratificados por la máxima autoridad de la institución.

Redacción, implantación y control del Manual de Calidad:

- El Manual de Calidad es elaborado por el Coordinador de Calidad
- Su contenido es valorado y modificado por la Comisión Central de Garantía de Calidad
- Cada versión del manual es aprobado por la Comisión de Dirección
- El manual se renueva anualmente tras la aprobación del Plan Anual de Gestión
- En el caso de acontecer cambios a lo largo del año se elabora y distribuye una nueva versión
- La Comisión Central de Garantía de Calidad introducirá los cambios que considere necesario en el Manual de Calidad.

Distribución controlada:

- Comisión Central de Garantía de Calidad
- Comisión de Dirección
- Comisiones clínicas (a través de sus presidentes)
- Comisiones de objetivos (a través de los jefes de servicio / responsables de unidad)
- Comisión Mixta – Junta Técnico-Asistencial

Documentación que se entrega a cada responsable:

- Manual de Calidad en papel
- Cdrom con *Manual de Calidad*, *Manual de metodología* y *Plan Anual de Gestión* en word pdf,

Distribución no controlada:

- Revista Nuevo Hospital / página web

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

El presente manual mantiene la estructura y distribución de objetivos del Plan Anual de Gestión 2003-2005 de SACYL.

1. Los objetivos se asignarán anualmente a los servicios-unidades y comisiones y áreas representadas en la CCGC.
2. El Manual de Calidad recoge los Objetivos generales y operativos a los que el Complejo Asistencial de Zamora está obligado. Tras la firma del Plan Anual de Gestión se comunicarán las modificaciones oportunas a aquellas áreas afectadas a través de sus representantes o responsables.
3. Los servicios-unidades serán autónomos para decidir el o los responsables de cada objetivo y los objetivos propios que deseen incorporar así como el calendario de ejecución de dichos objetivos.
4. Los líderes serán inicialmente los jefes de servicio- unidad o presidentes de las comisiones de objetivos, los presidentes de las comisiones clínicas y los responsables de objetivos.
5. Las Comisiones establecerán relaciones de colaboración con los servicios-unidades implicados en cada objetivo distribuyendo las actividades y estableciendo los apoyos y colaboraciones mutuas necesarias.

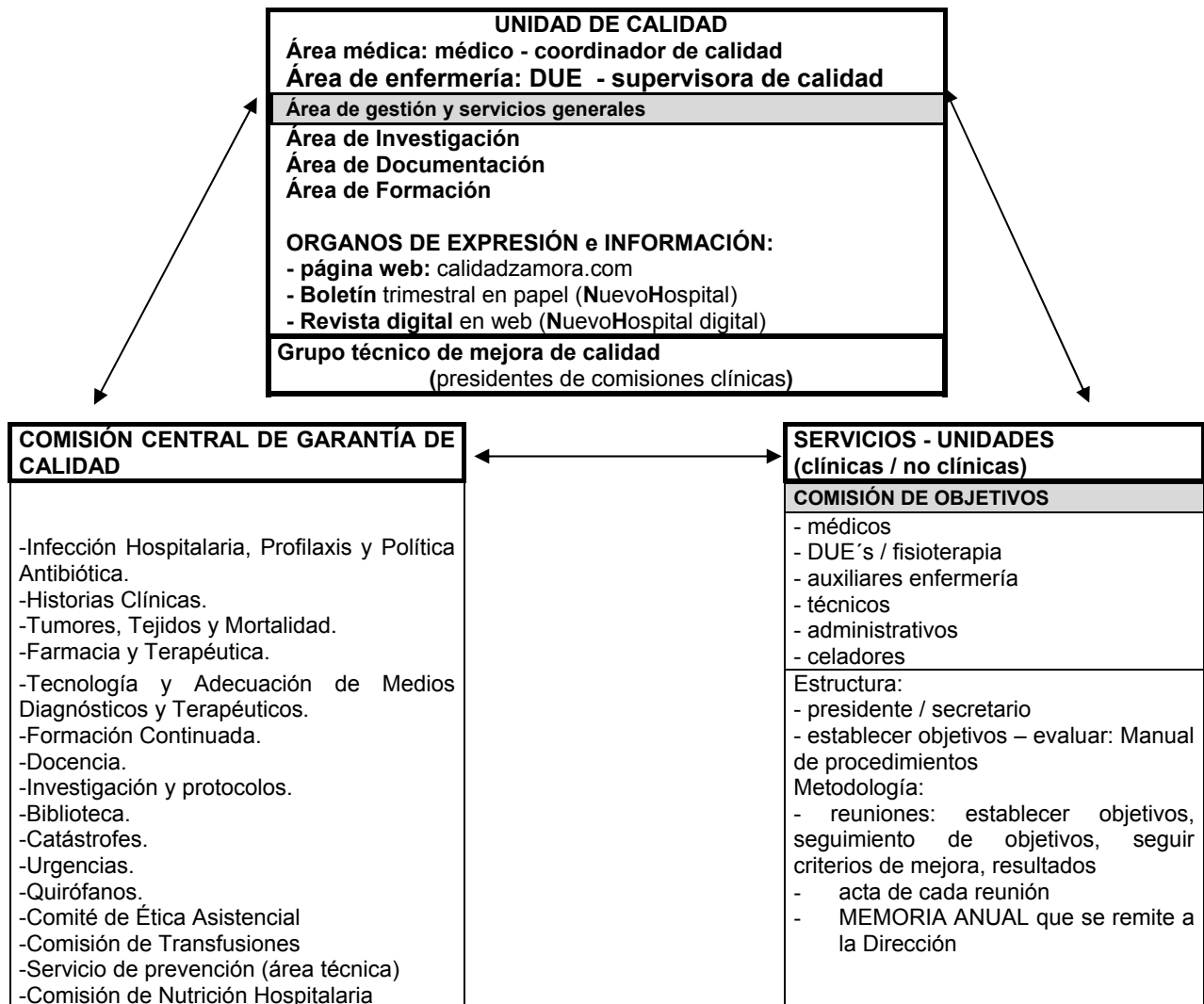
Como conclusión el presente manual pretende:

- ✓ Dotar a los trabajadores del Hospital de un Manual de calidad en el que se recojan los objetivos de calidad y acciones de mejora continua sobre los que trabajar durante el año.
- ✓ Planificar los objetivos
- ✓ Proporcionar la metodología de trabajo y plazos de ejecución

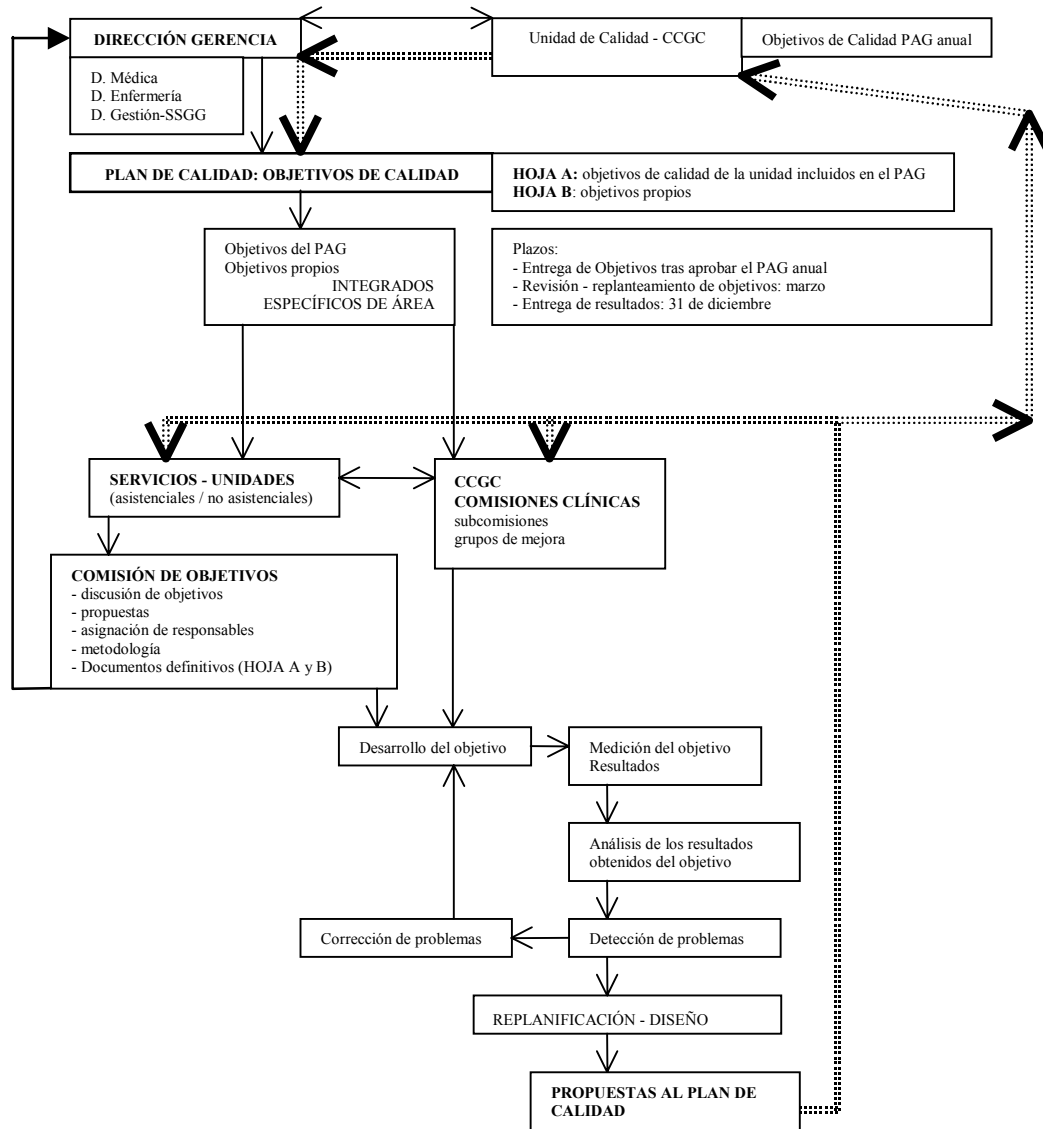
¹ GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL: "PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2003. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA". Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2003. III / 3 (documento nh200347- N° 47) (<http://www.calidadzamora.com>)

Áreas implicadas en el desarrollo del Plan de calidad:

- ✓ COMISIÓN DE DIRECCIÓN
- ✓ COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD
- ✓ COMISIONES HOSPITALARIAS
- ✓ GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD
- ✓ COMISIONES DE OBJETIVOS
- ✓ SERVICIOS-UNIDADES MÉDICAS
- ✓ UNIDADES DE ENFERMERÍA
- ✓ SERVICIOS-UNIDADES NO ASISTENCIALES



PROCESO DE ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD



METODOLOGÍA

1. El presente manual se distribuye entre todos los responsables de servicio-unidad, miembros de la CCGC y de la Comisión Mixta.
2. Se publica en la revista Nuevo Hospital en la página web (www.calidadzamora.com) para que esté disponible para todos los trabajadores
3. A cada servicio-unidad se le entregarán los objetivos propuestos recogidos en el manual de calidad con la siguiente documentación:

<i>DOCUMENTACIÓN²</i>	<i>FORMATO</i>
MANUAL DE CALIDAD	Word y pdf
MANUAL DE METODOLOGÍA (Manual anexo)	Disponibles en
PLAN ANUAL DE GESTIÓN	Revista Nuevo Hospital
HOJA A (objetivos del Plan Anual de Gestión)	(calidadzamora.com)
HOJA B (objetivos específicos de cada servicio-unidad)	En Cd en secretaría de dirección

4. Se distinguen los objetivos recogidos en el plan de calidad y los propios del servicio-unidad
5. Cada servicio-unidad constituirá su comisión de objetivos.
6. La comisión de objetivos valorará los objetivos y devolverá las hojas definitivas firmadas a la unidad de calidad. Estas hojas serán firmadas a su vez por el Área de Dirección correspondiente.
7. Se establecen los siguientes **PLAZOS**:

ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO, REMISIÓN DE LOS OBJETIVOS A LA UNIDAD DE CALIDAD	Tras la aprobación del Plan Anual de Gestión
REVISIÓN - REPLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	Marzo
ENTREGA DE LOS RESULTADOS	31 de diciembre
MEMORIA ANUAL	20 de enero

(el proceso de asignación y seguimiento de los objetivos de calidad se recogen en el esquema)

8. Cada objetivo debe ser explotado como una línea de investigación. Para ello cada responsable de objetivo puede asesorarse en la Unidad de Calidad y en la Unidad de Investigación.
9. Se establece un diagrama para la utilización de la documentación clínica de obligado cumplimiento.
10. Los nuevos documentos que se pretendan incluir han de ser enviados obligatoriamente a la comisión correspondiente para su registro y validación (ver apartado de "Requisitos de la Documentación")
11. En la revista **NuevoHospital** se publicarán los artículos, trabajos y comentarios que sean enviados.

² Nuevo Hospital en Internet <<http://www.calidadzamora.com>>

5- RELACIÓN DE SERVICIOS-UNIDADES

SERVICIOS - UNIDADES MÉDICAS	UNIDADES DE ENFERMERÍA	SERVICIOS NO SANITARIOS
ALERGOLOGÍA	ADMISIÓN	ADMINISTRACION PERIFERICA
ANATOMIA PATOLOGICA	ATENCIÓN AL PACIENTE	ADMINISTRACION SERVICIOS CENTRALES
ANESTESIA	CARDIOLOGIA	ADMISION DE URGENCIAS
BIOQUIMICA	CIRUGIA - ORL	ADMISION GENERAL
CARDIOLOGIA	ESTERILIZACIÓN	ATENCION AL PACIENTE
CIRUGIA	FARMACIA	BIBLIOTECA
DERMATOLOGIA	FISIOTERAPIA	CENTRAL SINDICAL
DIGESTIVO	GINECOLOGÍA	CENTROS AJENOS
ENDOCRINOLOGIA	HEMATOLOGIA	CITACION PREVIA
FONIATRIA (Rehabilitación)	HEMODIÁLISIS	COCINA
GINECOLOGIA -OBSTETRICIA	LABORATORIO ANATOMÍA PATOLÓGICA	COMUNICACIONES
HEMATOLOGIA	LABORATORIO BIOQUÍMICA	CONSERJERIA
HOSPITALIZACION A DOMICILIO	LABORATORIO HEMATOLOGÍA	CONTABILIDAD
INFECTOLOGIA	LABORATORIO MICROBIOLOGÍA	DIFERENCIAS DE INVENTARIO FARMACIA
MEDICINA INTENSIVA	MEDICINA INTENSIVA- UCI	DIFERENCIAS DE INVENTARIO HOSTELERIA
MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA/DIGESTIVO	DIFERENCIAS DE INVENTARIO MANTENIMIENTO
MEDICINA PREVENTIVA	NEUMOLOGÍA	DIFERENCIAS DE INVENTARIO SUMINISTROS
MICROBIOLOGIA	NEUROLOGÍA / REUMATOLOGÍA	DIRECCION
NEFROLOGIA	OBSTETRICIA - PARITORIO	DOCENCIA
NEUMOLOGIA	PEDIATRÍA (LACTANTES/NEONATOS/ESCOLARES)	DOCUMENTACION CLINICA
NEUROFISIOLOGIA	PREVENTIVA	Unidad de Explotación analítica UEA
NEUROLOGIA	QUIRÓFANO	FARMACIA
OFTALMOLOGIA	RADIODIAGNÓSTICO	INFORMATICA
OTORRINOLARINGOLOGÍA	REANIMACIÓN	INTERVENCION
PEDIATRÍA	SUPERVISORAS DE AREA	INVESTIGACION
RADIOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	LAVANDERIA, PLANCHA Y COSTURA
REHABILITACION	URGENCIAS	LIMPIEZA
REUMATOLOGIA	UROLOGÍA / OFTALMOLOGÍA / DERMATOLOGÍA	MANTENIMIENTO CORRECTIVO
TRAUMATOLOGIA	INFECTOLOGIA / ENDOCRINO / NEFROLOGÍA	OTROS GASTOS
UNIDAD DE TRANSPORTE INTENSIVO	RADIOTERAPIA	(Gastos Comunes C. II) U.E.A.
URGENCIAS	ONCOLOGÍA MÉDICA	OTROS GASTOS (Acción Social)
UROLOGIA		
ONCOLOGÍA MÉDICA		
PSIQUIATRÍA		
RADIOTERAPIA		

6- REQUISITOS GENERALES

Para satisfacer la política de calidad, lograr los objetivos de calidad y asegurar que los servicios son conformes con las necesidades de los clientes (externos e internos) el Complejo Asistencial de Zamora ha establecido, documentado e implantado un sistema de gestión de la calidad cuyas directrices se definen en este Manual de Calidad

El Complejo Asistencial de Zamora se responsabiliza de mantener y mejorar continuamente la eficacia del sistema de calidad mediante:

- ✓ La identificación de los procesos
- ✓ La determinación de la secuencia e interacción de los procesos
- ✓ La determinación de los criterios y métodos necesarios para asegurar que la ejecución y el control del proceso son eficaces
- ✓ La disponibilidad de los recursos necesarios
- ✓ La información necesaria
- ✓ La implementación de las acciones de mejora necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos

7- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación que forma parte del sistema de calidad del Complejo Asistencial de Zamora incluye:

1. El Manual de Calidad
2. El manual de metodología de evaluación de los objetivos
3. Los documentos escritos de recogida de objetivos asignados a cada servicio-unidad o comisión
4. Los documentos de la metodología
5. Los objetivos de Calidad del Plan Anual de Gestión
6. Los procedimientos documentados (guías, vías clínicas, protocolos, manuales de procedimientos generales, procedimientos específicos e instrucciones, etc) que estarán disponibles en cada punto de uso
7. Los registros de calidad
8. Base de datos de objetivos de calidad del Manual de Calidad (Base de datos MS-Access: <CALIDAD HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA.mdb>) disponible en la Unidad de Calidad
9. Documentos publicados en la revista Nuevo Hospital en versión impresa (ISSN: 1578-7524; DL: ZA-225-2001) y digital (Internet) (ISSN: 1578-7516)

7.1- DOCUMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS-UNIDADES y DE LAS COMISIONES CLÍNICAS

La documentación mínima que ha de disponer cada área es:

SERVICIOS y UNIDADES	COMISIONES DEL COMPLEJO ASISTENCIAL
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	FUNCIONES
Plan de información a pacientes y familiares	MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)
Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado	MEMORIA ANUAL
Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado	Actas de reuniones
Plan de trabajo	
MEMORIA ANUAL	
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	



8- CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN

El Complejo Asistencial de Zamora mantiene actualizado el presente manual de calidad. Define el sistema de gestión de la Calidad, la organización, las funciones de la empresa. En el manual se hace referencia a las reglas generales de cada actividad que se desarrollan más detalladamente en los procedimientos generales, específicos e instrucciones de trabajo. Progresivamente en las siguientes ediciones se irán implantando las normas UNE-EN-ISO 9001:2000 del sistema de gestión de la calidad.

La documentación del sistema de calidad han de cumplir los siguientes requisitos como mínimo:

- ✓ Estar registrados en la comisión correspondiente (ver cuadro)
- ✓ Estar revisados y actualizados
- ✓ En el documento han de constar: número de versión [NÚMERO - AÑO] y la fecha de última revisión / actualización [ACTUALIZADO EL DÍA]
- ✓ Los documentos han de identificar la procedencia (PROPIO DEL HOSPITAL o de ORIGEN EXTERNO - otro hospital / revista, etc.-, citando dichas fuentes)
- ✓ Los documentos registrados han de estar disponibles en los puntos de uso
- ✓ Los documentos han de ser legibles y fácilmente identificables
- ✓ Se ha de evitar el uso de documentos obsoletos
- ✓ Los documentos se registrarán en las siguientes comisiones:

- PROTOCOLOS, GUÍAS, VÍAS, ALGORITMOS DE DECISIÓN, HOJAS DE RECOGIDAS DE DATOS - PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN - PETICIÓN DE DOCUMENTACIÓN (CLÍNICA, ESTADÍSTICA, etc) - APOYO METODOLÓGICO	COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PROTOCOLOS
- PROGRAMA DE ACOGIDA e INFORMACIÓN AL PACIENTE y/o ALLEGADOS	COMISIÓN DE ÉTICA
- MODELOS DE HISTORIA CLÍNICA, INFOMES CLÍNICOS y REGISTROS (FICHEROS ³ , MODELOS INFORMATIZADOS, etc) - DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADOS	COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Datos mínimos que han de registrarse:

- Número de registro	- Persona-s responsables
- Fecha de registro	- Versión [número-año]
- Denominación del documento (título)	- Última revisión actualización
- Servicio-unidad	- Documento / versión al que sustituye

PROCEDIMIENTO para el registro de documentos:

- Los autores del documento han de enviarlo a la Comisión correspondiente (presidente o secretario)
- En la comisión se dará número y fecha de registro (ver apartado anterior)
- En la comisión se quedará un ejemplar del documento
- El documento entra en funcionamiento desde el momento del registro
- Los ejemplares que se utilicen deben consignar la fecha de elaboración ó de revisión del documento
- Si la comisión correspondiente detecta anomalía se comunicará por escrito a los autores.
- Si la anomalía no se corrige la comisión puede dictaminar la retirada de la documentación

ARCHIVO DE DOCUMENTOS:

- ✓ Las comisiones de Investigación y Protocolos, de Ética y de Historias Clínicas conservarán archivo y registro de los documentos (al menos libro de registro y tabla de registro informatizada proporcionada por la Unidad de Calidad)
- ✓ Cada comisión debe establecer los procedimientos de validación de los documentos (normalización y criterios) para orientar a los autores

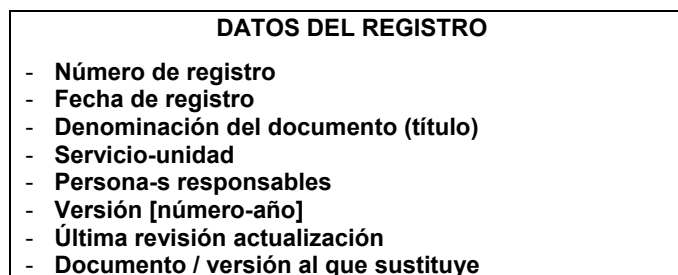
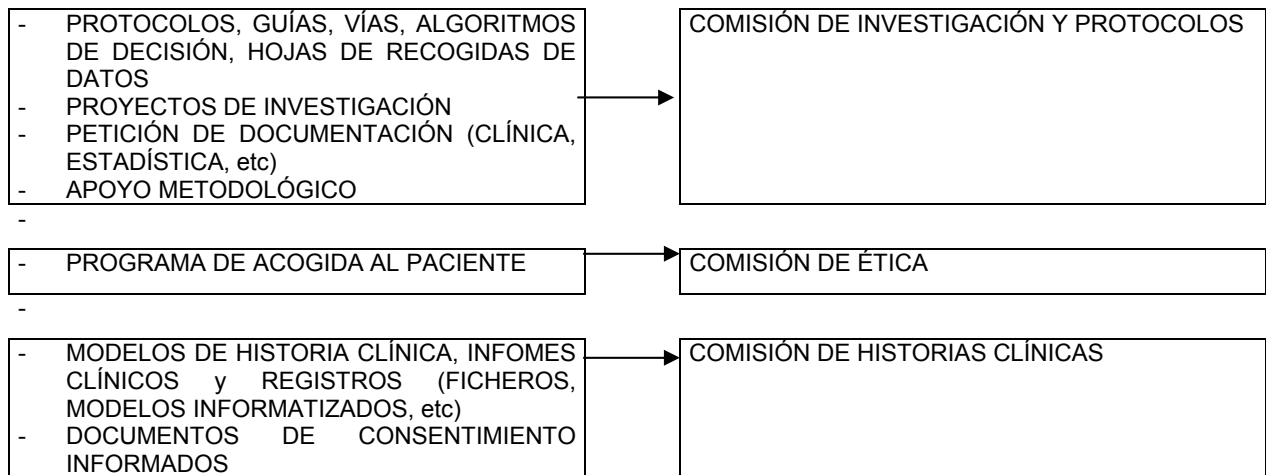
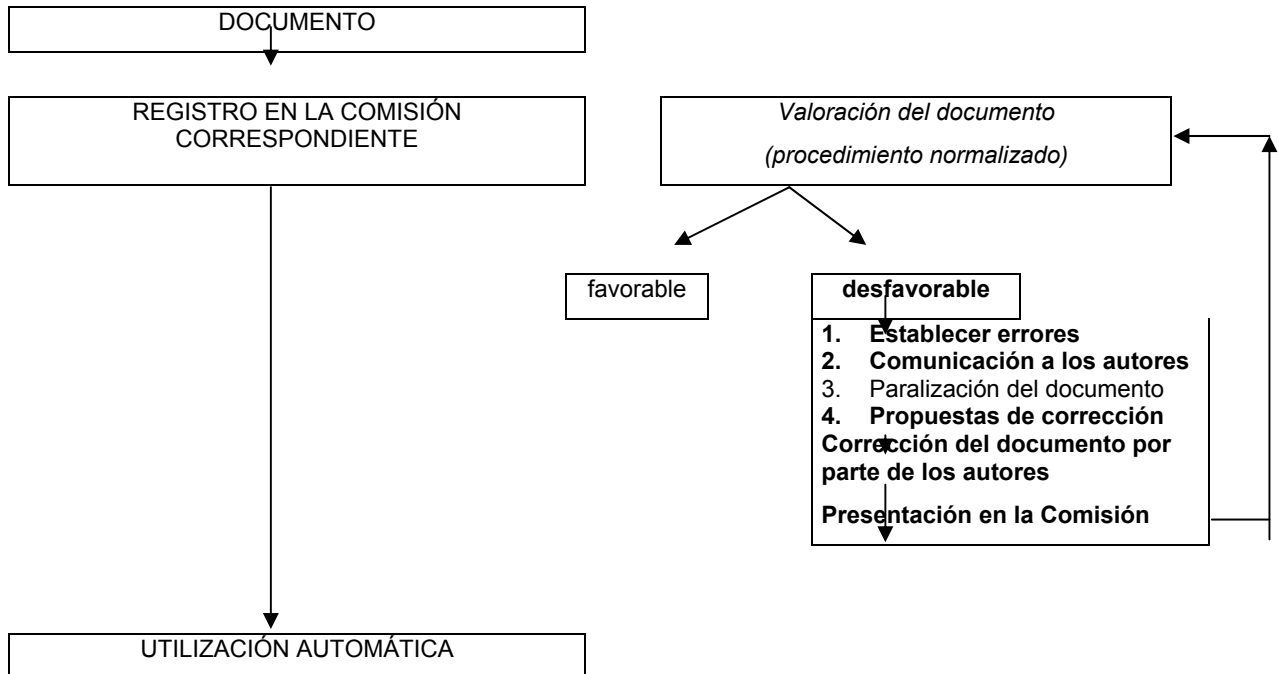
8.1- Control de los registros

³ Según la Ley de Protección de Datos todos los archivos y ficheros con datos de pacientes deben comunicarse a la Unidad de Admisión y Documentación para proceder a su registro

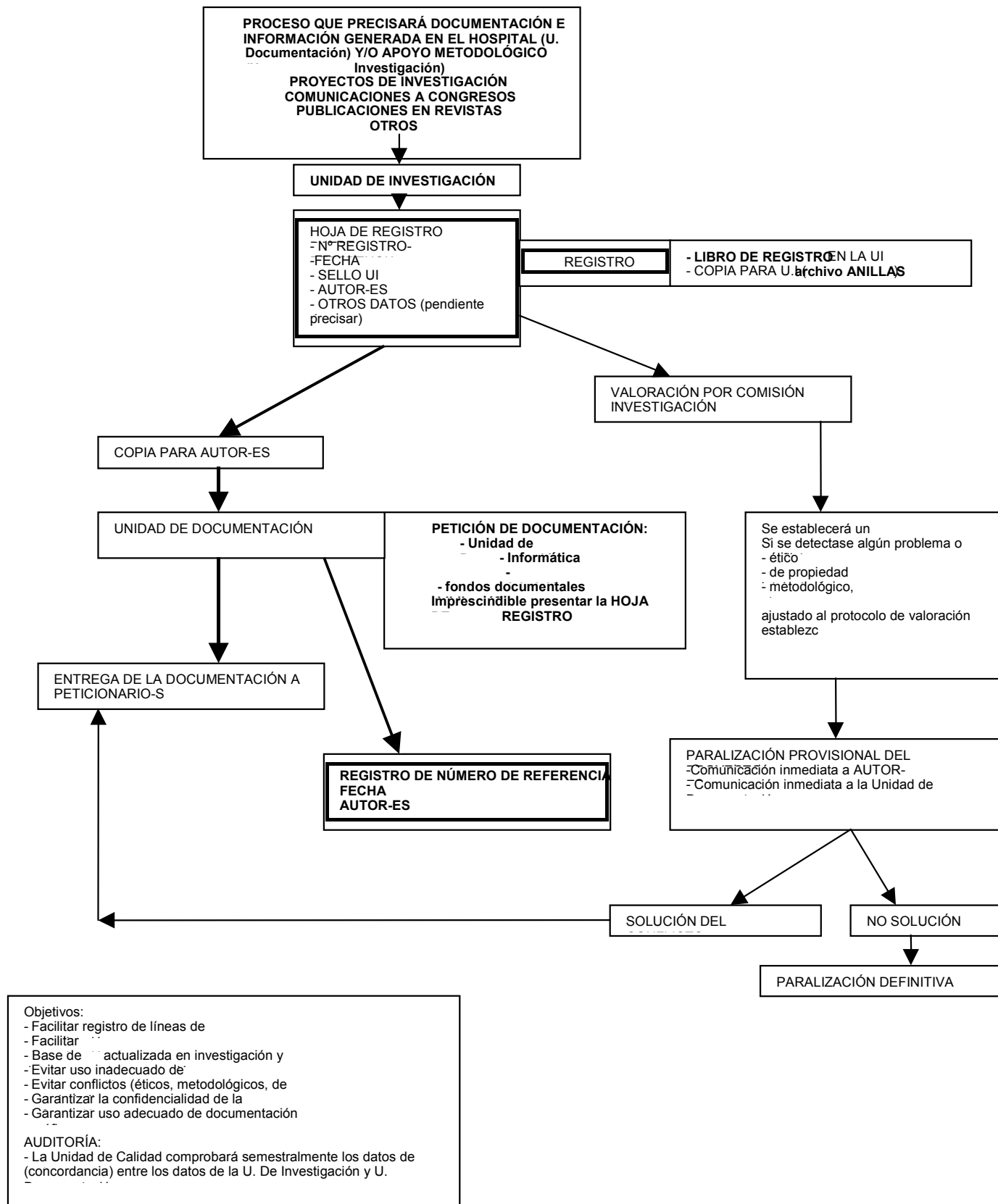


La Unidad de Calidad velará por el mantenimiento de los registros y controlará periódicamente que los registros se realizan adecuadamente. De su correcto funcionamiento depende la efectividad del sistema de calidad. A medida que se vaya implantando se irán estableciendo los procedimientos para cada tipo de documentación.

DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO GENERAL DE REGISTRO DE DOCUMENTOS



PROCESO DE REGISTRO y UTILIZACIÓN DOCUMENTAL y RECURSOS DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN - UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN⁴



Objetivos:

- Facilitar registro de líneas de
- Facilitar
- Base de actualizada en investigación y
- Evitar uso inadecuado de
- Evitar conflictos (éticos, metodológicos, de
- Garantizar la confidencialidad de la
- Garantizar uso adecuado de documentación

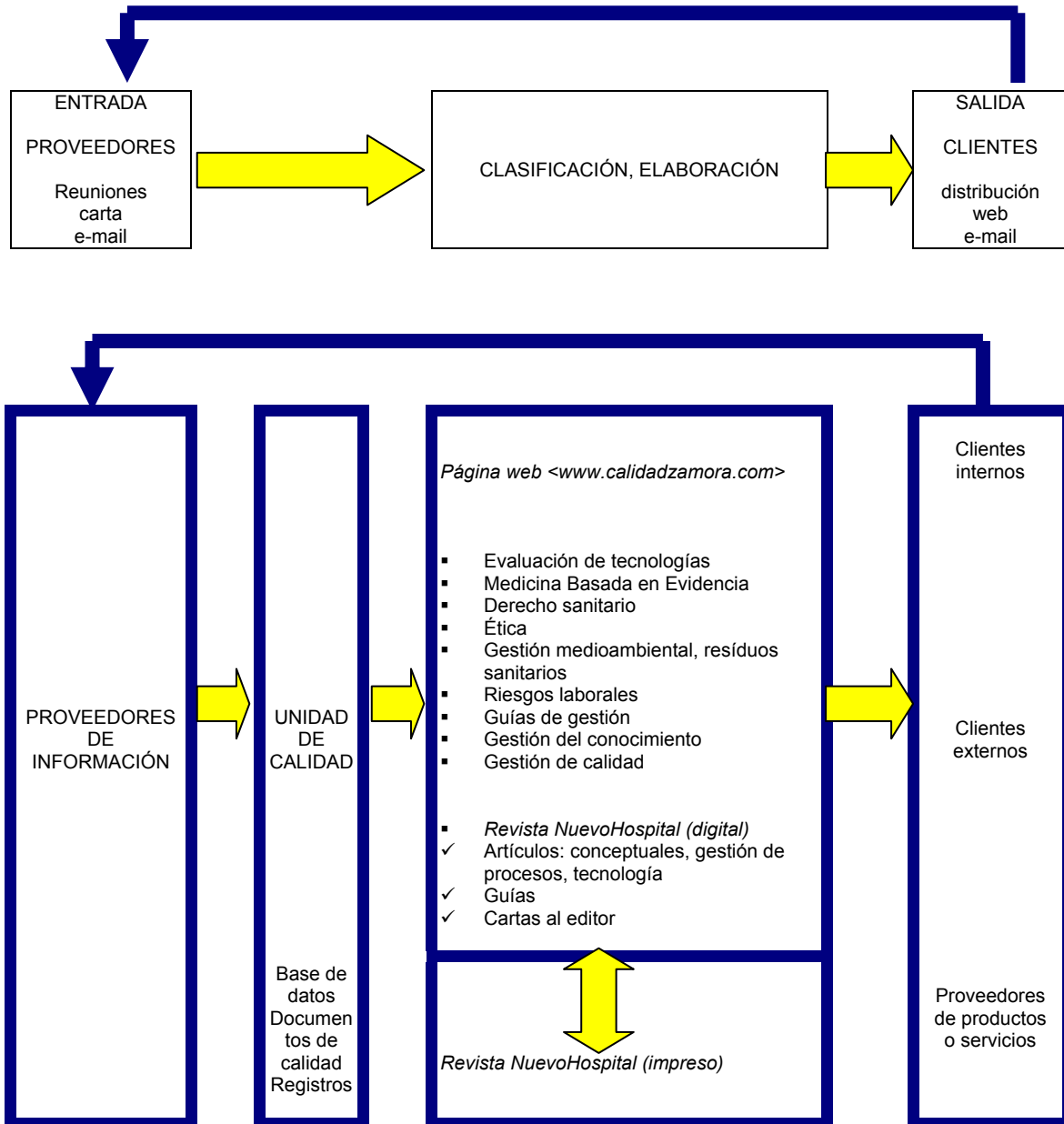
AUDITORÍA:

- La Unidad de Calidad comprobará semestralmente los datos de (concordancia) entre los datos de la U. De Investigación y U.

⁴ Las hojas de registro están disponibles en la Unidad de Investigación y en la revista Nuevo Hospital (Nº 83)

8.2- GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Esquema - resumen ⁵.



El sistema se retroalimenta ya que los destinatarios finales de la información (clientes) se convierten en proveedores de información produciéndose interacción de la información y del conocimiento entre personas, grupos y entre clientes internos, clientes externos y proveedores incrementándose el valor de la información entrante.

Los indicadores empleados son: número de información entrante, tipo de información entrante, áreas proveedoras (unidades de trabajo, personas proveedoras), número de información saliente y tipo de información saliente.

El sistema permite su mejora continua mediante la detección y comunicación de no conformidades en cualquiera de sus puntos (proveedores, Unidad de Calidad, destinatarios-clientes) y la adopción de medidas correctoras.

⁵ **Pardal, J.L.:** "Modelo de Gestión de la Información en la Unidad de Calidad del Hospital Virgen de la Concha". Nuevo Hospital (Internet). 2002. II / 7 (En: <http://www.calidadzamora.com>)

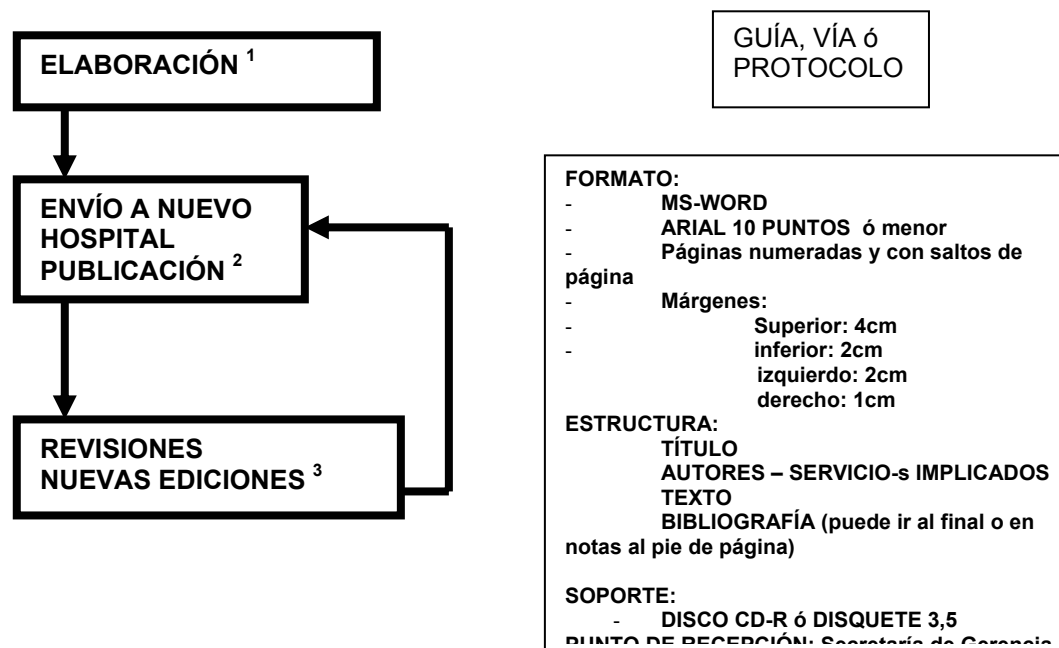
Modelo de gestión de la información. Unidad de Calidad. Complejo Asistencial de Zamora⁶.
Tipos de información, medios de difusión, localización y destinatarios

INFORMACIÓN	MEDIO DE DIFUSIÓN	LOCALIZACIÓN	DESTINATARIO
Documentación de Calidad			
- política de calidad - Manual de Calidad	- soporte en papel - soporte electrónico en Revista*	- Dirección del Hospital - Unidad de Calidad - web**	
- Manuales de Procedimientos		- Unidad de Calidad - Comisiones y comités - web**	
- Manuales operativos - Instrucciones de trabajo		- Unidades - web**	
- Resultados de objetivos (Memoria de Calidad)		- Unidad de Calidad - web**	
Recursos externos			
- recursos web - libros, manuales, guías, vías, protocolos - revistas	- web** - correo electrónico (lista de distribución)	- web** - Biblioteca	- trabajadores - clientes externos - proveedores
Recursos internos			
Artículos y trabajos de calidad: - EDITORIALES - CONCEPTUALES - GESTIÓN DE PROCESOS - TECNOLOGÍA - CARTAS AL EDITOR	- Revista NuevoHospital - Electrónica: dos números al mes - Impresa: número trimestral	- web** - Biblioteca: Disco óptico (anuario) Impresos encuadernados	
Libros, manuales, guías, vías, protocolos			

* Revista NuevoHospital (ISSN: 1578-7516 -internet-; ISSN: 1578-7524 -impresa en papel-); ** Web: www.calidadzamora.com

⁶ **Pardal, J.L.:** "Modelo de Gestión de la Información en la Unidad de Calidad del Hospital Virgen de la Concha". Nuevo Hospital (Internet). 2002. II / 7 (En: <http://www.calidadzamora.com>)

GUÍAS, VÍAS y PROTOCOLOS PROCEDIMIENTO PARA SU DIFUSIÓN



¹ La elaboración supone cumplir los requisitos de registro según figura en el Manual de Calidad

² Las guías, vías o protocolos se publicarán en NuevoHospital digital. A cada guía le corresponderá un número de edición (Nº de edición del número correspondiente, volumen y año). Cuando nos soliciten documentos nosotros desde la Unidad de Calidad nos referiremos al protocolo publicado.

³ Cada vez que una guía sea modificada y se convierta en una guía de nueva edición se enviará para ser publicada de nuevo. Daremos de baja la versión anterior y se asignará número nuevo con indicación de la guía a la que sustituye

Con esta sistemática se tendrá una información continua de los documentos disponibles, se protegerán los derechos de autoría y evitaremos solicitarlos cada año a los servicios.

Es importante recordar que:

- 1- SÓLO SE CONSIDERAN OFICIALES LOS PROTOCOLOS QUE HAYAN SIDO ENVIADOS y PUBLICADOS
- 2- LOS AUTORES DEBEN ENVIAR LAS NUEVAS EDICIONES PARA PUBLICARLAS CADA VEZ QUE SE PRODUZCAN (nosotros siempre nos referiremos a la última versión enviada)
- 3- SÓLO SE ADMITEN LAS GUÍAS EN FORMATO WORD (no papel ni otros formatos)



9- COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

- El Director Gerente del Complejo Asistencial de Zamora es responsable de:
- Dirigir el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- Acordar con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del hospital.
- Mantener reuniones periódicas con el Coordinador de Calidad.
- Facilitar recursos a la Unidad de Calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, página web.
- Facilitar la actividad de las Comisiones representadas en la Comisión Central de Garantía de Calidad

10- LA UNIDAD DE CALIDAD

La Unidad de Calidad se ha planteado los siguientes objetivos:

- 1- Coordinación para lograr el cumplimiento de los objetivos de calidad recogidos en el Plan Anual de Gestión
- 2- Elaboración, difusión y actualización periódica del Manual de Calidad para el Hospital Virgen de la Concha
- 3- Mejora de la comunicación, información y formación referente a calidad

Concepto:

El modelo de mejora continua de la calidad del Complejo Asistencial de Zamora se aplica a la actividad asistencial, docente e investigadora.

Objetivos:

- 1- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.
- 2- Incrementar el valor de los profesionales del Hospital como su recurso más importante
- 3- Incrementar la participación de los profesionales en la mejora de la calidad.
- 4- Mejora continua de los procesos que se desarrollan en el Hospital.
- 5- Basar las decisiones en datos.
- 6- Desarrollo de un sistema para la monitorización y mejora continua de la calidad, que permita conseguir los mejores resultados posibles en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de los usuarios.
- 7- Mantener una actitud de mejora permanente e innovación (competitividad)
- 8- Compromiso con la Salud de los Trabajadores de la empresa
- 9- Compromiso con el medio ambiente
- 10- Mejora de las relaciones con los clientes (internos y externos) y con los proveedores

Metodología:

- 1- Elaboración y Desarrollo del Manual de Calidad para el Complejo Asistencial de Zamora
- 2- Coordinación para obtener el cumplimiento de los objetivos de calidad recogidos en el Plan Anual de Gestión para las comisiones clínicas, servicios y unidades
- 3- Incentivación y desarrollo de objetivos de calidad propios de cada servicio / unidad
- 4- Elaboración de la Memoria anual del Plan de Calidad
- 5- Difundir los resultados (mediante publicaciones, página web y revista Nuevo Hospital)
- 6- Estimular la formación de grupos de trabajo para la mejora continua de la calidad
- 7- Facilitar la formación en calidad de todos los profesionales
- 8- Incrementar los sectores profesionales implicados en el sistema de calidad

Responsabilidad en el desarrollo del Plan de Calidad:

1. Dirección-Gerencia y equipo directivo.
2. Unidad de Calidad

Función: impulsar, facilitar y monitorizar las actividades de mejora de calidad en el Hospital.
Coordinación de Comisiones Clínicas y grupos de mejora

Personal:

Coordinador de Calidad: Dr. Jose Luis Pardal Refoyo
Supervisora de Calidad: M^a Isabel Carrascal Gutiérrez
Grupo de Gestión: Margarita Rodríguez Pajares
Área de Investigación: Carlos Ochoa Sangrador
Área de documentación: Teresa Garrote Sastre
Área de Formación: Ana García Sánchez
Administrativo: Secretaría de Dirección Gerencia

Página web: <http://www.calidadzamora.com> y revista Nuevo Hospital

Correo electrónico: ucalid@hvcn.sacyl.es

3. Servicios y Unidades asistenciales y no asistenciales
4. Organos de apoyo:

Comisión Central de Garantía de Calidad: órgano asesor de la Dirección para diseño y evaluación del Programa de Calidad

Comisiones clínicas: órganos asesores de la Dirección.

Funciones:

- ✓ Elaboración y aprobación de guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos.
- ✓ Análisis y monitorización de la práctica clínica.
- ✓ Propuesta de acciones de mejora.
- ✓ Diseño y seguimiento de programas de mejora de calidad.
- ✓ Formación continuada
- ✓ Asesoría técnica.

Comisión de adquisiciones y homologación de productos

Grupos de trabajo y de mejora de la calidad

11- LA COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Las áreas representadas en la CCGC y sus representantes se distribuyen del siguiente modo:

Área	
Dirección Médica (Presidente de la CCGC) Dirección de Enfermería Dirección de Gestión Coordinador de Calidad (Delegado de la CCGC) Supervisora de Calidad Comisión de Historias Clínicas Comisión de Tejidos, Tumores y Mortalidad Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos. Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica Comisión de Farmacia y Terapéutica Comité de Ética Asistencial Comisión de Biblioteca Comisión de Investigación Comisión de Formación Continuada Comisión de Catástrofes Comisión de Urgencias Comisión de Docencia Comisión de Transfusiones Servicio de Prevención (área técnica) Comisión de Nutrición Hospitalaria	

La Comisión Central de Garantía de la Calidad del Complejo Asistencial de Zamora se regula por las Normas de funcionamiento de las Comisiones Clínicas (ver capítulo 10)⁷.

Las reuniones son convocadas por el Presidente o por el Delegado.

A las reuniones se convoca el Presidente de cada Comisión pudiendo asistir el Secretario u otro vocal en caso de imposibilidad para asistir del Presidente.

⁷ Nuevo Hospital, N°71: Comisiones Clínicas: Manuales de Funcionamiento (Nuevo Hospital -Internet- 2004, Vol. IV/13)

12- NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS**CAPITULO I. COMISIONES CLINICAS CONSTITUIDAS****Artículo 1º**

De acuerdo con el real Decreto 521/1987 sobre Reglamento de Hospitales del Sistema Nacional de Salud, el Plan Anual de Gestión 2003-2005 de SACYL, considerando lo que se venía haciendo hasta ahora y consultados los Órganos de Asesoramiento Hospitalario correspondientes, se consideran constituidas en el Complejo Asistencial de Zamora las siguientes Comisiones Clínicas:

- Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
- Historias Clínicas.
- Tumores, Tejidos y Mortalidad.
- Farmacia y Terapéutica.
- Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
- Formación Continuada.
- Docencia.
- Investigación y protocolos.
- Biblioteca.
- Catástrofes.
- Urgencias.
- Quirófanos.
- Comité de Ética Asistencial.
- Comisión de Transfusiones
- Comisión de Nutrición Hospitalaria

Artículo 2º

El equipo directivo podrá modificar las comisiones vinculadas al programa de Calidad, dividiendo o suprimiendo las anteriores y creando otras nuevas si se considera necesario, a propuesta de la Comisión Central de Garantía de Calidad y con el conocimiento de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta.

CAPITULO II. DEPENDENCIA DE LAS COMISIONES**Artículo 3º**

Las Comisiones Clínicas dependen de la Comisión Central de Garantía de Calidad, máximo órgano de asesoramiento del hospital en materia de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica. Elevaran a la misma sus acuerdos y resoluciones.

CAPITULO III. COMPOSICION Y RENOVACION**Artículo 4º**

Los miembros de las comisiones serán nombrados por la Dirección Médica a propuesta de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta, tras la convocatoria para la presentación de candidatos, que se realizará por escrito de forma individualizada a todo el personal implicado.

Artículo 5º

Cada comisión establecerá el número de miembros que considere para conseguir sus objetivos.

Artículo 6º

Los miembros de las Comisiones serán seleccionados por su carácter de expertos en los temas relacionados con cada Comisión y no podrán considerarse representantes de sus Servicios o Áreas de procedencia.

Artículo 7º

Los componentes de la Comisión de Dirección no podrán ser miembros de las Comisiones Clínicas salvo excepciones fundamentadas y aceptadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad.

Artículo 8º

El Coordinador de Calidad no será miembro de las Comisiones Clínicas, aunque podrá asistir con voz pero sin voto a las reuniones de las mismas, para realizar las tareas establecidas en función de su cargo.

Artículo 9º

El 50% de los miembros de las Comisiones se someterá a renovación cada 2 años, siguiendo el mecanismo de selección indicado en el artículo 4º.

Artículo 10º

Los miembros sometidos a renovación pueden ser candidatos, sin límite de veces o tiempo.

Artículo 11º

De forma excepcional y justificada, la Comisión Central de Garantía de Calidad puede proponer al Equipo Directivo y Junta técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta, la renovación completa de una Comisión Clínica .

Artículo 12º

La pertenencia a las Comisiones es voluntaria, siendo motivo de baja en la misma a petición propia ,ausencia injustificada a tres reuniones seguidas y ausencia justificada a cuatro contadas en el periodo de un año.

Artículo 13º

La incorporación de nuevos miembros fuera de los periodos naturales de renovación, se realizará por solicitud del interesado dirigida a la Dirección Médica quien la propondrá a la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta.

CAPITULO IV. FUNCIONAMIENTO INTERNO**Artículo 14º**

Cada Comisión deberá tener un reglamento de funcionamiento interno que será congruente con lo establecido en el presente Reglamento General.

Artículo 15°

Cada dos años, y cuando se renueven, las Comisiones procederán a nombrar un Presidente y un Secretario, no existiendo límites en número y tiempo para desempeñar estas funciones.

Artículo 16°

Son funciones del Presidente de la Comisión:

- Presidir y dirigir las reuniones.
- Supervisar y coordinar el correcto funcionamiento de la misma
- Representar a la Comisión en la Comisión Central de Garantía de Calidad y otras instancias, o designar a la persona que le represente.
- Proponer renovación y cese justificado de miembros.

Artículo 17°

Todas las reuniones de las Comisiones deberán ser reflejadas en un acta que reúna los requisitos habituales en forma y contenido para este tipo de documentos, que redactará y custodiará el Secretario, remitiendo una copia a la Comisión Central de Garantía de Calidad. Los miembros de la Comisión decidirán libremente el grado de confidencialidad de lo tratado en las reuniones de la misma.

Artículo 18°

Los acuerdos de las Comisiones se adoptarán por mayoría simple y en caso de empate decidirá el voto de calidad del presidente. Es necesaria la presencia de 6 miembros para que tengan carácter vinculante.

Artículo 19°

Cada comisión establecerá en su reglamento la periodicidad de sus reuniones, que nunca deberá ser inferior a 4 al año.

Artículo 20°

Las reuniones serán convocadas por el Secretario de acuerdo con el presidente, según el orden del día elaborado y serán notificadas al menos con una semana de antelación, por escrito, acompañada del orden del día, acta de la sesión anterior y de los documentos necesarios para el desarrollo de la reunión.

Artículo 21°

Cada comisión deberá tener designado en su reglamento el lugar habitual de las reuniones.

Artículo 22°

Al finalizar cada reunión se llegará a un acuerdo sobre fecha y hora de la siguiente, que no deberá modificarse salvo imponderables.

Artículo 23°

Las comisiones podrán constituir cuantas subcomisiones o grupos de trabajo sean necesarios para una mejor realización de la actividad de la misma. Los acuerdos de los mismos deberán ser sometidos a la reunión formal de la Comisión.

Artículo 24°

Las comisiones podrán invitar a sus reuniones con voz pero sin voto, a todos aquellos profesionales de los que sea preciso recabar opiniones o información.

CAPITULO V.MISION Y OBJETIVOS.**Artículo 25°**

Cada Comisión definirá su misión en su reglamento interno.

Artículo 26°

Como objetivos generales de las Comisiones Clínicas se establecen:

1. Formalizar el compromiso institucional con la calidad para generalizar el concepto de trabajo en calidad a todos los niveles de la organización
2. Elaboración, aprobación o validación de recomendaciones y protocolos de aplicación hospitalaria.
3. Análisis y monitorización de la práctica clínica en su área de interés.
2. Pactar objetivos con el Equipo Directivo y en función de los mismos establecer sistemas de evaluación que permitan detectar problemas, estudiar sus causas, efectuar propuestas de mejora, y hacer seguimiento de la efectividad de dichas propuestas.
3. Emitir información, a requerimiento del Equipo directivo, Junta Técnico Asistencial o Comisión Mixta, sobre materias de su competencia.
4. Difundir entre los profesionales del Centro todos aquellos resultados que puedan ser relevantes para mejorar la calidad de su trabajo.
5. Formación continuada en el área de interés.
6. Vigilar por el cumplimiento de la legislación vigente en el área de su competencia.

Artículo 27°

A comienzo de año, cada comisión pactará con el Equipo Directivo, los objetivos específicos a desarrollar durante ese periodo y como evaluar el cumplimiento de los mismos.

13- OBJETIVOS⁸

Con el fin de mantener una estructura coherente se mantiene el índice íntegro de los objetivos recogidos en el Plan Anual de Gestión 2003-2005, en dicho documento se detallan cada objetivo y la acreditación del resultado.

El Capítulo VI desarrolla específicamente la actividad de la Unidad de Calidad (**ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD**). En los planes 2004 y 2005 se refieren a la Línea Estratégica IV.

ANEXO - OBJETIVOS PLURIANUALES 2003 - 2005

OBJETIVOS CORRESPONDIENTES AL PERIODO 2003-2005			Nº DE FICHA (HOJA DEL LIBRO EXCEL)	PÁGINA EN EL DOCUMENTO ESCRITO
I. DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN				
1. ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS PARA EL EJERCICIO				
	1.1	El Hospital garantiza la participación ordenada en la elaboración y evaluación del Plan de Gestión.	1	49
II. ORIENTACIÓN AL USUARIO				
1. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS				
	1.1	El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial.	2	51
	1.2	El Hospital informa adecuadamente al paciente, y en su caso a su familia o allegados, sobre su funcionamiento.	3	52
	1.3	El Hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.	4	54
	1.4	El Hospital se compromete con la Carta de derechos y deberes del paciente.	5	55
2. GESTIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA				
	2.1	El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios, respecto de la calidad de los servicios recibidos durante su hospitalización.	6	56
	2.2	El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria.	7	57
	2.3	El Hospital gestiona la opinión transmitida por los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos en el área de Urgencias.	8	58
	2.4	El Hospital gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.	9	59
	2.5	El Hospital establece un plan de mejora del confort para la estancia de pacientes y allegados.	10	60
	2.6	El Hospital establece un plan de seguridad para la estancia de pacientes y allegados.	11	61
	2.7	El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.	12	62
3. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DEL USUARIO				
	3.1	El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de la confidencialidad de sus datos.	13	63

⁸ GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL: "PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2003. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA". Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2003. III / 3 (documento nh200347) (Nº 47 (<http://www.calidadzamora.com>))

4. INTIMIDAD DEL USUARIO				
4.1	El Hospital garantiza los derechos de los usuarios respecto de su intimidad (cultura, creencias, valores, dignidad...).	14	64	
5. VISITAS Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS USUARIOS				
5.1	El Hospital gestiona las visitas y acompañamiento de pacientes ingresados.	15	65	
5.2	El Hospital gestiona el acompañamiento a las mujeres que dan a luz en el Hospital.	16	66	
5.3	El Hospital gestiona el acompañamiento a los niños hospitalizados.	17	67	
6. CONFORT, HOSTELERÍA Y ACCESIBILIDAD FÍSICA				
6.1	El Hospital elabora la dieta del paciente atendiendo a sus necesidades y preferencias.	18	68	
6.2	El Hospital favorece la accesibilidad a sus instalaciones y profesionales.	19	69	
7. EFECTOS Y ACCESORIOS DE ASEO PERSONAL				
7.1	El Hospital proporciona efectos y accesorios de aseo personal a los pacientes ingresados.	20	70	
8. RECONOCIMIENTO DE LA MATERNIDAD				
8.1	El Hospital felicita a la parturienta.	21	71	
9. ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA				
9.1	El Hospital mejora la accesibilidad organizativa a las consultas externas y pruebas diagnósticas.	22	72	
9.2	El Hospital avanza en el desarrollo de las consultas de alta resolución.	23	73	
9.3	El Hospital avanza en la ampliación horaria de la oferta de servicios.	24	74	
III. GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO				
1. ATENCIÓN AL TRABAJADOR				
1.1	El Hospital desarrolla programas de atención a sus trabajadores.	25	75	
2. PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO				
2.1	El Hospital hace sistemática la acogida de los nuevos trabajadores.	26	76	
3. FORMACIÓN				
3.1	El Hospital garantiza la pertinencia del programa de formación: detección de necesidades.	27	77	
3.2	El Hospital garantiza la pertinencia del programa de formación: priorización de las necesidades detectadas.	28	78	
3.3	El Hospital planifica las actividades formativas: estructura física y equipamiento.	29	79	
3.4	El Hospital planifica las actividades formativas: recursos humanos.	30	80	
3.5	El Hospital planifica las actividades formativas: programación de las actividades formativas.	31	81	
3.6	El Hospital aprueba y divulga el programa anual de formación.	32	82	
3.7	El Hospital garantiza la accesibilidad al programa de formación.	33	83	

	3.8	El Hospital da apoyo logístico a la actividad formativa.	34	84
	3.9	El Hospital evalúa las actividades formativas.	35	85
	3.10	El Hospital reconoce las actividades formativas.	36	86
4. PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA				
	4.1	El Hospital gestiona la comunicación interna.	37	87
5. ACTIVIDADES EXTRALABORALES				
	5.1	El Hospital potencia la implicación y motivación de sus profesionales.	38	88
IV. UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS RECURSOS				
1. EL HOSPITAL ESTRUCTURA EL TRABAJO DE CADA SERVICIO O UNIDAD, Y GARANTIZA EL MÁXIMO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES				
	1.1	El Hospital define e implanta planes de trabajo en sus servicios.	39	89
	1.2	El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todas las unidades de enfermería.	40	90
	1.3	El Hospital dispone de normas escritas que establecen los criterios básicos de organización y funcionamiento de todos los servicios y unidades de apoyo a la asistencia.	41	92
2. ADECUACIÓN DE LAS AGENDAS DE CITACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS				
	2.1	El Hospital optimiza su oferta en consultas externas.	42	93
3. GESTIÓN DE CAMAS				
	3.1	El Hospital garantiza la adecuación de las estancias.	43	94
	3.2	El Hospital aborda las situaciones de máxima ocupación de sus camas.	44	95
	3.3	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.	45	96
	3.4	El Hospital reduce el porcentaje de pacientes que reingresan con el mismo diagnóstico en menos de 30 días del alta anterior.	46	97
	3.5	El Hospital reduce las estancias de los 5 GRD de mayor impacto negativo en su estancia media.	47	98
4. ADECUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA				
	4.1	El Hospital optimiza su oferta en intervenciones quirúrgicas.	48	99
5. ACTIVIDAD CONCERTADA Y TRANSPORTE SANITARIO				
	5.1	El Hospital gestiona la terapia respiratoria a domicilio.	49	100
	5.2	El Hospital gestiona la actividad quirúrgica realizada en Centros concertados.	50	102
	5.3	El Hospital gestiona la hemodiálisis realizada en Centros concertados.	51	103
	5.4	El Hospital gestiona el transporte sanitario.	52	104
6. CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS				
	6.1	El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.	53	105

	6.2	El Hospital normaliza el proceso de enfermería.	54	106
	6.3	El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación surgidas de la evidencia de la práctica y el consenso de los profesionales.	55	107
	6.4	El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales.	56	109
	6.5	El Hospital efectúa una correcta gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.	57	110
	6.6	El Hospital realiza la adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.	58	111
	6.7	El Hospital aplica criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.	59	112
	6.8	El Hospital garantiza una gestión eficiente de las propuestas de pago.	60	114
	6.9	El Hospital realiza una gestión correcta de los mantenimientos correctivos.	61	115
	6.10	El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos.	62	116
	6.11	El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.	63	117
	6.12	El Hospital diseña e implanta un plan de seguimiento del equipamiento médico.	64	119
7. GESTIÓN DE LAS INVERSIONES				
	7.1	El Hospital prioriza y racionaliza las inversiones hospitalarias.	65	120
8. GESTIÓN ECONÓMICA				
	8.1	El Hospital elabora una proyección anual de su evolución económica-financiera.	66	122
	8.2	El Hospital planifica la política de adquisición de los suministros, la realización de obras y la contratación de servicios.	67	124
	8.3.	El Hospital se impone el cumplimiento de plazos en la tramitación y adjudicación de los contratos de capítulo II y capítulo VI.	68	125
	8.4.	El Hospital realiza una gestión y planificación correcta de los suministros generales (electricidad, gasoil, gases combustibles, gases medicinales, agua...).	69	126
	8.5	Gestión de stocks en unidades de consumo, adecuándolos a la demanda y minimizándolos.	70	127
	8.6	El Hospital con un coste de UCH superior a la media del grupo, aplica un plan de ajuste financiero.	71	128
V. FARMACIA				
1. GESTIÓN CLÍNICA DE LA FARMACOTERAPIA				
	1.1	El Hospital incluye nuevos principios activos en la Guía Farmacoterapéutica, y garantiza que estos cumplen unos requisitos mínimos de eficacia, seguridad, calidad y coste.	72	129
	1.2	El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica actualizada y adaptada a sus necesidades, que se difunde entre su personal sanitario.	73	130
	1.3	El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica actualizada y adaptada a sus necesidades, que se difunde entre el personal sanitario del hospital, para su apoyo en la prescripción.	74	131
	1.4	El Hospital dispone de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos que facilita la toma de decisiones en el momento de la prescripción de sus facultativos, que debe actualizarse anualmente y difundirse entre los mismos para su utilización.	75	132

	1.5	El Hospital realiza el estudio de utilización de medicamentos, en relación con el VIH+.	76	133
	1.6	El Hospital realiza el estudio de utilización de medicamentos, en relación con un proceso determinado por el propio Centro.	77	134
	1.7	El Hospital hace el seguimiento de las actividades de información, docencia e investigación promovidas por la industria farmacéutica.	78	135
2. DISPENSACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS				
	2.1	El Hospital dispone de un sistema de garantía de calidad del sistema de dispensación y distribución de medicamentos en dosis unitaria.	79	136
3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA				
	3.1	El Hospital disminuye la incidencia de acontecimientos adversos relacionados con la medicación -a través de la disminución de errores de medicación- relacionados con la prescripción, elaboración, dispensación y/o administración de medicamentos a través de la orden médica.	80	137
	3.2	El Hospital promueve un uso racional de los medicamentos en pacientes externos y realiza un seguimiento clínico de los tratamientos farmacológicos dispensados. Con ello mejora la información y el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento.	81	138
	3.3	El Hospital promueve la integración del farmacéutico en los equipos asistenciales de hospitalización, con la finalidad de crear de equipos multidisciplinares que colaboren en la atención clínica de los pacientes.	82	139
	3.4	El Hospital desarrolla un sistema eficaz de comunicación y difusión a sus profesionales de la información recibida sobre alertas de medicamentos o productos sanitarios.	83	140
4. COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA				
	4.1	El Hospital fomenta la prescripción de fármacos genéricos a través de receta y difunde información actualizada al respecto entre los facultativos prescriptores.	84	141
	4.2	El Hospital, en colaboración con las estructuras de AP, fomenta la prescripción por principio activo en los informes de alta, urgencias y consultas externas, y difunde la información entre sus facultativos prescriptores.	85	142
5. GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FARMACOTERAPIA				
	5.1	El Hospital informa de los datos de actividad económica sobre adquisiciones de medicamentos.	86	143
	5.2	El Hospital obtiene datos económicos sobre consumos de medicamentos por paciente.	87	145
	5.3	El Hospital proporciona información estructurada a la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre el gasto farmacéutico en pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y externos.	88	146
	5.4	El Hospital elabora y proporciona información estructurada sobre el gasto farmacéutico por servicios, da a conocer los datos de consumos más relevantes y proporciona una información útil para la gestión interna de los servicios clínicos.	89	147
	5.5	El Hospital elabora y proporciona información estructurada sobre el gasto farmacéutico a través de receta por servicios, da a conocer los datos de consumos más relevantes y proporciona una información útil para la gestión interna de los servicios clínicos.	90	148
VI. ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD				
1. UNIDAD DE CALIDAD				
	1.1	El Hospital estructura una Unidad de Calidad Integral.	91	149

	1.2	El Hospital estructura una Unidad de Calidad Suficiente.	92	150
	1.3	La Unidad de Calidad funciona a través de una Dirección Participativa por Objetivos.	93	151
2. COMISIONES CLÍNICAS				
	2.1	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.	94	152
	2.2	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.	95	154
	2.3	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.	96	156
	2.4	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada.	97	158
	2.5	El Hospital impulsa la Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.	98	160
3. COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD				
	3.1	Integración del funcionamiento de las Comisiones Clínicas.	99	162
4. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL				
	4.1	El Hospital promueve la constitución y mejora del Comité de Ética Asistencial.	100	163
	4.2	El Comité de Ética Asistencial tiene una dotación de recursos suficiente.	101	164
	4.3	El Comité de Ética Asistencial funciona a través de una dirección por objetivos y elabora anualmente su memoria de actividades.	102	165
5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA				
	5.1	El Hospital dispone de un sistema de alerta.	103	166
	5.2	El Hospital realiza estudios de prevalencia de la infección hospitalaria.	104	167
	5.3	El Hospital realiza estudio de incidencia de la infección hospitalaria.	105	168
	5.4	El Hospital realiza una estimación de la densidad de incidencia de la infección hospitalaria.	106	169
	5.5	El Hospital realiza una estimación de la incidencia acumulada y/o de la densidad de incidencia tras el alta médica.	107	170
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento				
	6.1	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas críticas.	108	171
	6.2	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas no críticas.	109	172
	6.3	El Hospital gestiona la eliminación de residuos.	110	173
	6.4	El Hospital aplica medidas de mantenimiento de la bioseguridad ambiental.	111	174
	6.5	El Hospital aplica pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.	112	175
	6.6	El Hospital gestiona la manipulación y almacenaje de ropa.	113	176
	6.7	El Hospital gestiona la limpieza, desinfección y esterilización de material reutilizable.	114	177
7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal				
	7.1	El Hospital normaliza el lavado de manos rutinario y el quirúrgico.	115	178

	7.2	El Hospital gestiona la protección del personal frente a riesgos biológicos. Precauciones universales.	116	179
	7.3	El Hospital normaliza la actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.	117	180
8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes				
	8.1	El Hospital normaliza la preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.	118	181
	8.2	El Hospital normaliza la profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.	119	182
	8.3	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vesical.	120	183
	8.4	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico.	121	184
	8.5	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central.	122	185
	8.6	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica.	123	186
	8.7	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.	124	187
	8.8	El Hospital gestiona el aislamiento del paciente.	125	188
VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
1. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DATOS				
	1.1	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del CMBD de hospitalización, cirugía ambulatoria y Hospital de Día.	126	189
	1.2	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos del SIAE.	127	190
	1.3	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera quirúrgica.	128	191
	1.4	El Hospital mejora la disponibilidad y cumplimentación de los datos de lista de espera de consultas y de exploraciones complementarias.	129	192
2. CALIDAD DE LOS DATOS				
	2.1	El Hospital mejora la calidad de los datos del CMBD.	130	193
	2.2	El Hospital mejora la calidad de los datos del SIAE.	131	195
	2.3	El Hospital mejora la calidad de los datos de lista de espera quirúrgica.	132	196
	2.4	El Hospital mejora la calidad de los datos de lista de espera de consultas y exploraciones complementarias.	133	197
3. IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES				
	3.1	El Hospital establece un CMBD de urgencias hospitalarias.	134	198
	3.2	El Hospital establece un CMBD de consultas externas.	135	199
VIII. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y SERVICIOS SOCIALES				
1. GESTIÓN PARTICIPADA Y COMPLEMENTARIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CIRUGÍA MENOR ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA				
	1.1	El Hospital ajusta el número de consultas externas y pruebas diagnósticas ofertadas, de acuerdo con la demanda prevista.	136	200

	1.2	El Hospital traslada la citación de pacientes, en consultas externas y pruebas diagnósticas primeras a las que Atención Primaria tiene acceso directo, a los Centros de Salud (salvo las interconsultas entre especialistas, o las primeras consultas derivadas directamente desde una atención en el Servicio de Urgencias a la consulta del especialista).	137	201
	1.3	El Hospital adopta, en consenso con Atención Primaria, pautas que sistematizan la actividad asistencial en consultas externas y pruebas diagnósticas.	138	202
	1.4	El Hospital concreta con Atención Primaria, a través de la Comisión Paritaria, el Plan de Formación y apoyo a la cirugía menor resuelta por Atención Primaria.	139	203
	1.5	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: solicitud de interconsulta desde Atención Primaria.	140	204
	1.6	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: comunicación previa al alta.	141	205
	1.7	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en consultas externas: alta.	142	206
	1.8	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria derivada de la actividad en el Servicio de Urgencias.	143	207
	1.9	El Hospital garantiza una información sistemática a Atención Primaria sin utilizar al usuario como mediador.	144	209
	1.10	El Hospital desplaza especialistas a los Centros de Salud.	145	210
2. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS -TRAS EL ALTA HOSPITALARIA- ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA				
	2.1	El Hospital garantiza la continuidad de cuidados tras el alta.	146	211
3. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA AMBULATORIA REALIZADA EN EL HOSPITAL				
	3.1	El Hospital garantiza la continuidad de cuidados tras la cirugía ambulatoria realizada en el Hospital.	147	212
4. GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL SOCIOSANITARIA				
	4.1	El Hospital dispone de una Unidad de Continuidad Asistencial Sociosanitaria (UCASS) para el abordaje integral y precoz de los pacientes con necesidades sociosanitarias, la adecuada gestión de casos y la continuidad de cuidados con Atención Primaria y los Servicios Sociales.	148	213
	4.2	El Hospital actúa sobre los pacientes con alta frecuentación en consultas externas hospitalarias (primeras y sucesivas).	149	215
	4.3	El Hospital actúa sobre los pacientes con reiterados procesos de hospitalización.	150	216
	4.4	El Hospital actúa sobre los pacientes con reiteradas asistencias en el Servicio de Urgencias.	151	217
5. EL HOSPITAL AVANZA EN LA INTERRELACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA				
	5.1	El Hospital establece foros de encuentro e interrelación con los profesionales de Atención Primaria	152	218
IX. SALUD LABORAL				
1. SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES				
	1.1	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, identifica y evalúa los factores de riesgo.	153	219

	1.2	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo un Plan para la vigilancia y control de sus trabajadores.	154	220
	1.3	El Hospital, a través del Servicio de Prevención, lleva a cabo actuaciones específicas sanitarias para sus trabajadores.	155	221
	1.4	El Servicio de Prevención elabora la Memoria Anual de sus actividades.	156	223
X. SERVICIOS DE URGENCIAS				
1. VISIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS				
	1.1	El Hospital implanta el Plan Funcional del Servicio de Urgencias.	157	224
2. PRIORIZACIÓN EN LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES				
	2.1	El Hospital implanta un sistema de clasificación de pacientes.	158	226
3. DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA				
	3.1	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales internos.	159	227
	3.2	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales compartidos.	160	229
4. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD				
	4.1	El Hospital optimiza los tiempos de asistencia.	161	230
XI. ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER				
1. GUÍAS CLÍNICAS				
	1.1	Mejora en la asistencia del cáncer del pulmón.	162	231
	1.2	Mejora en la asistencia del cáncer de mama.	163	232
	1.3	Mejora en la asistencia del cáncer de piel.	164	233
	1.4	Mejora en la asistencia del cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).	165	234
	1.5	Mejora en la asistencia del cáncer de cérvix uterino.	166	235
	1.6	Mejora en la asistencia del cáncer de próstata.	167	236
	1.7	Mejora en la asistencia del cáncer hematológico.	168	237
	1.8	Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.	169	238
	1.9	Consejo genético en cáncer de mama y ovario.	170	239
	1.10	Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.	171	240
2. ACCESIBILIDAD				
	2.1	Reducción de los tiempos de espera para el diagnóstico de sospecha de cáncer y tratamiento oportuno.	172	241
XII. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA				
1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD				
	1.1	Programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.	173	242
	1.2	Programa de prevención de trastornos de ansiedad y depresión.	174	243

	1.3	Programa de prevención de la conducta suicida.	175	244
	1.4	Programa de prevención del deterioro cognitivo y pérdida de memoria.	176	245
	1.5	Programa de prevención del alcoholismo.	177	246
	1.6	Programa de prevención específico a iniciativa del propio Hospital, en consenso con Atención Primaria.	178	247
	1.7	Participación en programas experimentales o de investigación-acción.	179	248
2. CARTERA DE SERVICIOS				
	2.1	Atención psiquiátrica infanto-juvenil.	180	249
	2.2	Dispositivos intermedios de asistencia psiquiátrica.	181	250
	2.3	Desplazamiento de especialistas de salud mental a Centros de Salud.	182	251
3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS				
	3.1	Continuidad de cuidados de la enfermedad mental grave y prolongada.	183	252
4. SALUD MENTAL COMUNITARIA				
	4.1	Coordinación con Atención Primaria.	184	253
	4.2	Atención psicogeriátrica.	185	254
5. CALIDAD				
	5.1	Impulso a la calidad en la asistencia psiquiátrica.	186	255
6. FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD MENTAL				
	6.1	Integración funcional de la salud mental del Área.	187	256
	6.2	Asistencia psiquiátrica urgente.	188	257
XIII. ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO				
1. APLICACIÓN DE ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO				
	1.1	El Hospital aplica la analgesia epidural en el parto, en el 100% de las gestantes susceptibles de recibirla.	189	258
XIV. HIPOACUSIA INFANTIL				
1. DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA				
	1.1	El Hospital implanta el Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil.	190	260

14- OBJETIVOS DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS

Objetivos comunes para todas las comisiones:

DOCUMENTOS:	Estructura del documento
FUNCIONES	
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO	Nombre de la Comisión Composición (miembros) Funciones de sus miembros Reglamento: sustituciones y renovaciones Sistemática de trabajo (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...)
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
Actas de reuniones	

- Desarrollo de objetivos recogidos en el Plan Anual de Gestión
- Desarrollo de objetivos propios
- Función asistencial: información sobre actividades y asesoramiento
- Actividad docente relativa a su área: Desarrollo de sesiones clínicas y participación en cursos de formación para los trabajadores del hospital
- Fomentar la actividad investigadora asistencial y de calidad en su área
- Publicar artículos relacionados con cada área en **NuevoHospital**

Comisiones:

<p>Comisiones implicadas en la gestión de calidad:</p> <p>Comisión de Dirección Comisión Central de Garantía de Calidad</p>
<p>Comisiones clínicas recogidas en el Plan Anual de Gestión 2003-2005:</p> <p>Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad. Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica. Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica. Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada. Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.</p>
<p>Otras comisiones creadas en el Complejo Asistencial de Zamora:</p> <p>Comité de Ética Asistencial Comisión de Biblioteca Comisión de Investigación Comisión de Catástrofes Comisión de Urgencias Comisión de Transfusiones</p>

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

Objetivos:

	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE VALORACIÓN
NIVEL 1	La Comisión tiene definidas y adaptadas al Centro, las funciones encomendadas. Están aprobadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.	Documentación: - funciones (con las firmas de aprobación)
NIVEL 2	La Comisión cuenta con un manual de funcionamiento , que concreta: - composición - funciones de sus miembros - sustituciones y renovaciones - sistemática de trabajo (periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital.	Documentación: - manual de funcionamiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 3	La Comisión establece su programa anual de objetivos. Está aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad y por la Dirección del Hospital. Para cada objetivo se especifica: - logro esperado - calendario de actuaciones - monitorización de indicadores - medidas correctoras para abordar las desviaciones.	Documentación: - objetivos - metodología de evaluación y seguimiento (con las firmas de aprobación)
NIVEL 4	La Comisión eleva un informe de propuestas de mejora en el ámbito de su competencia, a la Comisión Central de Garantía de Calidad.	Informe de propuesta
NIVEL 5	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa las propuestas de la Comisión, estudia su coherencia y viabilidad y, de acuerdo con las conclusiones obtenidas, elabora un informe de propuestas de mejora que eleva a la Dirección del Hospital.	Informe de propuesta

OBJETIVOS DE CADA COMISIÓN

COMISIÓN DE DIRECCIÓN

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

El grupo técnico de trabajo en calidad, según se recoge en la Memoria de Calidad 2004⁹ (páginas 167 a 170), propone los siguientes objetivos:

- **MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN:**
 - **SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN:**
 - Plan documentado Gestión de **Calidad** (Manual de Calidad, Metodología)
 - Plan documentado de Gestión **Medioambiental**
 - Plan documentado de Gestión de **Salud Laboral**
 - Plan documentado de Gestión de **Emergencias**
 - Plan documentado de Gestión de **Recursos Humanos**: plan de acogida al nuevo trabajador
 - **MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS Y UNIDADES** (asistenciales y no asistenciales)
 - **Servicios y unidades asistenciales** (área médica y de enfermería)

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

- **Servicios y unidades no asistenciales** (área de gestión y servicios generales)

Documentos	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos

➤ ⁹ Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Calidad: "Memoria 2004". Nuevo Hospital (Internet). 2005. V / 3. (En <http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital N° 97)

	4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

- **MEJORA DE LA INFORMACIÓN y COMUNICACIÓN:**

- INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: petición de presupuestos y proyectos a empresas suministradoras
- Plan documentado de Gestión de la comunicación interna
- Revista Nuevo Hospital:
 - Incentivar el registro de documentación, incentivar el envío de memorias y resultados para su archivo
 - renovación de comité editorial para el formato papel
 - publicación regular en formato papel

- **MEJORA DE LA GESTIÓN DE CALIDAD:**

- Dotar a la Unidad de Calidad de personal administrativo con formación en tecnología multimedia y web
- Adecuación del espacio asignado a la Unidad de Calidad para la actividad de: Coordinador de Calidad, Administrativo, Comisiones clínicas (espacio con ordenador, archivos y de reuniones) y revista Nuevo Hospital

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

- Diseño, implantación y mejora continua del Plan de Calidad del Complejo Asistencial
- Aprobar las FUNCIONES y MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS
- Coordinar los objetivos de las comisiones
- Control del cumplimiento de objetivos
- Elaboración de la memoria anual del plan de calidad del hospital

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

NIVEL 1	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba las funciones de las distintas Comisiones Clínicas.	Documentación: - acta
NIVEL 2	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba los manuales de funcionamiento de las distintas Comisiones Clínicas.	Documentación: - acta
NIVEL 3	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba los programas anuales de objetivos de las distintas Comisiones Clínicas.	Documentación: - acta
NIVEL 4	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa los informes de propuestas de mejora, elaborados por las distintas Comisiones Clínicas. Obtiene conclusiones que plasma en un informe global de propuestas de mejora y que eleva a la Dirección del Hospital.	Informe de propuestas
NIVEL 5	La Dirección del Hospital, a través de la Unidad de Calidad, analiza el informe de propuestas de mejora elaborado por la Comisión Central de Garantía de Calidad, en relación con los ámbitos de competencia de las distintas Comisiones Clínicas, e incorpora los contenidos viables y coherentes al Programa de Objetivos del ejercicio siguiente y al Programa de Calidad Total.	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

UNIDAD DE CALIDAD:

- Elaboración y distribución del Manual de Calidad del Complejo Asistencial
- Integración de la gestión de calidad (área médica, enfermería, servicios generales, investigación y documentación)
- Mejora de la difusión del plan de calidad:
 - o Mantenimiento de la página web: www.calidadzamora.com
 - o Publicación trimestral de la revista de Calidad **NuevoHospital** en soporte papel
 - o Publicación de **NuevoHospital** digital (pdf)
- Normalización de la actividad investigadora en calidad
- Normalización de la utilización de la documentación propia del hospital
- Participar en la formación en calidad de todos los trabajadores mediante talleres, sesiones, publicación de artículos en **NuevoHospital** y en la página web
- AUDITORÍAS 2005:
 - Programa de Prevención de la Infección Hospitalaria: Control de normas de funcionamiento en área quirúrgica (control cada dos meses)
 - Control de la documentación y desarrollo del Programa de Prevención de la Infección Hospitalaria
 - Control de guías, vías, protocolos y manuales (publicación en Nuevo Hospital)
 - Control de la documentación obligatoria de los servicios y unidades (planes de información a pacientes y familiares, documentos de consentimiento informado en uso, manuales operativos en uso –guías, vías, protocolos y otros manuales-)
 - Plan documentado de acogida al trabajador
 - Calidad percibida:
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos durante la hospitalización:
 - Encuesta mensual del 15 al 30 de cada mes (Unidad de Calidad)
 - Encuesta por correo en abril y octubre (SAU)
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria (SAU)
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos en las áreas de urgencias (SAU)
 - Control de registros de documentación del sistema de calidad:

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)**ÁREA DE GESTIÓN**

- Implantar protocolos en servicios no asistenciales
- Plan de comunicación interna
- Comisión de adquisiciones
- Informe a los servicios sobre contabilidad analítica
- Programa de acogida al nuevo trabajador (Plan documentado): - mantenerlo actualizado (ir actualizando cada capítulo según las modificaciones), - entregar una copia impresa a cada nuevo trabajador al hacer el contrato, - elaborar Información específica de cada área de trabajo
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS y POLÍTICA ANTIBIÓTICA

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Manual de profilaxis antibiótica: actualización y publicación
- MANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA
 - Capítulos (cada capítulo se corresponde con un objetivo del PAG)
 - La metodología para los estudios de incidencia, prevalencia y densidad de la infección hospitalaria es idéntica a la de años anteriores (ver manual de metodología)

5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA	
5.1	El Hospital dispone de un sistema de alerta.
5.2	El Hospital realiza estudios de prevalencia de la infección hospitalaria.
5.3	El Hospital realiza estudio de incidencia de la infección hospitalaria.
5.4	El Hospital realiza una estimación de la densidad de incidencia de la infección hospitalaria.
5.5	El Hospital realiza una estimación de la incidencia acumulada y/o de la densidad de incidencia tras el alta médica.
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento	
6.1	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas críticas.
6.2	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas no críticas.
6.3	El Hospital gestiona la eliminación de residuos.
6.4	El Hospital aplica medidas de mantenimiento de la bioseguridad ambiental.
6.5	El Hospital aplica pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.
6.6	El Hospital gestiona la manipulación y almacenaje de ropa.
6.7	El Hospital gestiona la limpieza, desinfección y esterilización de material reutilizable.
7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal	
7.1	El Hospital normaliza el lavado de manos rutinario y el quirúrgico.
7.2	El Hospital gestiona la protección del personal frente a riesgos biológicos. Precauciones universales.
7.3	El Hospital normaliza la actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.
8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes	
8.1	El Hospital normaliza la preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.
8.2	El Hospital normaliza la profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.
8.3	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vesical.
8.4	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico.
8.5	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central.
8.6	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica.
8.7	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.
8.8	El Hospital gestiona el aislamiento del paciente.

- Incorporación de miembro de la Unidad de Salud Laboral (servicio de Prevención):
 - Normas sobre uso del tabaco en el hospital
 - Plan documentado de Salud Laboral: exposición a riesgos biológicos
- Sistema de vigilancia de la infección nosocomial
 - Tasa de prevalencia de la infección nosocomial
 - Tasa de prevalencia de la infección de la herida quirúrgica
 - Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados
 - Incidencia acumulada de la infección de herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos
 - Infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)
 - SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA MÉDICA
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, TEJIDOS y MORTALIDAD**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

Tradicionalmente en el Hospital han funcionado dos comisiones:

- Comisión de Historias Clínicas
- Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Objetivos:
 - Promover la implantación de la historia clínica informatizada
 - Continuar con implantación de modelo de alta en todo el hospital
 - Mejorar la estructura y documentación de la historia clínica
 - Mantener actualizado el listado sobre los documentos de consentimiento informado en uso
- Auditoría de Historias clínicas
 - Criterios de calidad del informe de alta hospitalaria
 - Consentimiento informado (según manual de metodología)
- informes de alta hospitalaria:
 - porcentaje que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital
 - porcentajes de altas definitivos en < de 15 días
 - “ a los dos meses del alta
 - “ a los dos meses del exitus
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS y MORTALIDAD

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
 - Mortalidad
 - Mortalidad potencialmente evitable
 - Mortalidad perioperatoria (fractura de cadera, bypass)
 - Registro de tumores
 - Comités de Oncología (impulsar y desarrollar actividad integrada)
 - Cabeza y cuello
 - Tórax
 - Abdominal
 - Guías clínicas (adaptación de las Guías de práctica clínica en oncología propuestas por la Gerencia Regional. Capítulo IX del PAG 2003-2005; objetivo 3.2 del PAG 2004 que se resume). En la Comisión de Dirección se propuso que se realizasen desde los Comités de Oncología ya que integran a las unidades implicadas
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE FARMACIA y TERAPÉUTICA**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Guía farmacoterapéutica
- Guía de equivalentes terapéuticos
- Modelo de informe técnico para evaluación de medicamentos
- Farmacovigilancia (protocolo de vigilancia efectos adversos producidos por los fármacos).
Crear un grupo de farmacovigilancia (grupo de mejora).
- Evitar uso de fármacos no incluidos en la guía / Reducción de utilización de fármacos del grupo C
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

La Comisión de Farmacia y Terapéutica funciona en relación con el Servicio de Farmacia Hospitalaria y participa en los objetivos para este servicio recogidos en el PAG

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA y FORMACIÓN CONTINUADA**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

Tradicionalmente en el Hospital han funcionado tres comisiones:

- Comisión de Investigación y Protocolos
- Comisión de Docencia
- Comisión de Formación Continuada

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PROTOCOLOS:**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
 - MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
 - MEMORIA ANUAL
 - Actas de reuniones
- Censo de guías, vías clínicas y protocolos del hospital
 - Establecer sistemática para evaluar e implantar nuevos protocolos, guías y vías clínicas
 - Normalización de los criterios para investigación y utilización de documentos hospitalarios
 - Incrementar el número de vías, protocolos y guías de práctica clínica en el hospital
 - UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA
 - Función docente (desarrollar cursos de Epidemiología y Estadística y organizar conferencias sobre temas de investigación)
 - Extraer los artículos / comunicaciones relacionados con calidad para su re-publicación
 - presentar al menos un proyecto de investigación propio relacionado con Garantía de Calidad (relacionado con los objetivos del plan de calidad)
 - promocionar investigación en Enfermería
 - colaborar en proyecto de investigación con Atención Primaria
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE DOCENCIA**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
 - MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
 - MEMORIA ANUAL
 - Actas de reuniones
- Número de sesiones generales del hospital y media de asistencia (médicos y enfermeras)
 - Elaborar una Guía de práctica clínica para médicos residentes (integración con otras guías del hospital y guía de urgencias)
 - Revisión, actualización, adaptación y difusión de los programas oficiales de formación de MIR
 - Revisión y adecuación del Libro de Evaluación del Residente
 - Supervisión de las rotaciones de los MIR de otros Centros en estancias de corta o larga duración
 - Evaluar la docencia del hospital y la calidad percibida de la docencia en los residentes
 - Enviar un resumen o artículo de cada actividad docente realizada para publicar en la revista **NuevoHospital**
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA**DOCUMENTOS:**



- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones
 - Organizar al menos un curso anual relacionado con la gestión de calidad (incrementar el número de profesionales con formación en gestión de calidad)
 - Formación en seguridad y salud laboral (colaboración con el Servicio de Prevención)
 - Enviar un resumen o artículo de cada actividad docente realizada para publicar en la revista **NuevoHospital**
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE TECNOLOGÍA y ADECUACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS y TERAPÉUTICOS**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Protocolización de la adquisición de tecnología (elaboración de manual)
- Asesoramiento a la Dirección en adquisición de tecnología
- **Mejora de la Seguridad clínica de los pacientes – alertas:**
 - Difusión de alertas de seguridad clínica elaboradas y difundidas por la Fundación Avedis Donabedian
 - Establecer un modelo de mejora de la seguridad clínica de los pacientes:
 - Sistema de detección de fallos
 - Elaboración de notas preventivas propias dentro del hospital
- Evaluar la adecuada utilización de la tecnología:
 - evaluar que las peticiones de TC y RM se ajustan a protocolo
 - evaluar la petición de RX de tórax en el preoperatorio de pacientes ASA I
 - evaluación de la adecuada utilización de guías, vías y protocolos (evaluar la implantación de al menos cuatro procedimientos protocolizados)
- Valoración y simplificación de los circuitos de pruebas complementarias
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Objetivos propios del PAG 2005
- Asesoramiento
- Organizar un curso sobre bioética y gestión orientada al área de calidad
- Ampliación del Comité con representantes de Atención Primaria
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

GRUPO DE MEJORA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

- Plan Documentado de acogida al paciente
- Evaluación periódica de los programas de colaboración con ONG's
- Evaluación del riesgo social al ingreso del paciente
- Encuesta posthospitalización
- Reclamaciones
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

**COMISIÓN DE TRANSFUSIONES****DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Actualización y difusión del Manual de Transfusión
- Mejora de los procesos de transfusión (evaluación de los puntos-problema y mejora)
- Participación en los programas de seguridad clínica de los pacientes (alertas de problemas)
- Mantenimiento de los documentos de consentimiento informado sobre transfusión

COMISIÓN DE BIBLIOTECA

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones
 - Analizar y mantener Bases de Datos Bibliográfica
 - Realizar cursos de Búsqueda de Bibliografía
 - Realizar una gestión de fondos bibliográficos adecuada
 - Determinar el grado de satisfacción del usuario de la biblioteca.
 - Dotar a la biblioteca de un área dedicada a calidad asistencial (con dotación de revistas y libros)
 - Encuadernar anualmente y tener disponibles los volúmenes de **NuevoHospital** en papel y en CD-ROM
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

COMISIÓN DE URGENCIAS

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

La Comisión de Urgencias no funcionó durante el año 2004. Tanto desde el grupo técnico de calidad como desde la CCGC se ha considerado conveniente que dicha comisión se reconstituya con el objetivo de coordinar a los servicios y unidades que participan en las urgencias y mejorar su funcionamiento y la documentación.

- Elaborar la Guía clínica de procesos atendidos en la unidad de Urgencias
- Retorno a urgencias a las 72 horas
- Tiempo de permanencia en los servicios de urgencias
- Adecuación de las vías venosas en urgencias
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

Capítulo X del PAG 2003-2005.

1. VISIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS	
1.1	El Hospital implanta el Plan Funcional del Servicio de Urgencias.
2. PRIORIZACIÓN EN LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES	
2.1	El Hospital implanta un sistema de clasificación de pacientes.
3. DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
3.1	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales internos.
3.2	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales compartidos.
4. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD	
4.1	El Hospital optimiza los tiempos de asistencia.

COMISIÓN DE QUIRÓFANOS

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones
 - Programación de quirófanos
 - Participación en el programa de prevención de la infección quirúrgica: informar sobre la obligatoriedad de cumplir las normas de prevención
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

COMISIÓN DE CATÁSTROFES**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
 - MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
 - MEMORIA ANUAL
 - Actas de reuniones
- Elaborar el Plan de Emergencias y Evacuación
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)**COMISIÓN DE NUTRICIÓN HOSPITALARIA****DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
 - MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
 - MEMORIA ANUAL
 - Actas de reuniones
- Elaborar GUÍA DE NUTRICIÓN HOSPITALARIA
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

15- OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS y UNIDADES CLÍNICAS y NO ASISTENCIALES

- ✓ Todos los servicios y unidades han de **constituir su COMISIÓN DE OBJETIVOS** (Objetivo I del PAG 2003-2005)
- ✓ La COMISIÓN DE OBJETIVOS tiene la misión de integrar la actividad en calidad del servicio-unidad en colaboración con la Unidad de Calidad de la que recibirá apoyo metodológico.
- ✓ La comisión ha de tener presidente y secretario.
- ✓ El **interlocutor con la Unidad de Calidad** será quien designe la Comisión de Objetivos (responsable de calidad de cada comisión) o en su defecto el Jefe de Servicio- Sección - Unidad
- ✓ La comisión de objetivos estará constituida por todos los miembros del servicio-unidad (o al menos todos han de estar representados):
 - PERSONAL SANITARIO: médicos, DUE's / fisioterapia, auxiliares de enfermería, técnicos
 - PERSONAL NO SANITARIO: personal administrativo, celadores
- ✓ Tras cada reunión ha de levantarse acta con número de acta, fecha de reunión, asistentes y temas tratados.
- ✓ Se enviará un ejemplar del acta a la Dirección Médica y otra la conservará el secretario de la comisión
- ✓ Conviene celebrar al menos cuatro reuniones anuales:
 - 1- establecimiento de objetivos y distribución de trabajo (ENERO)
 - 2- seguimiento de objetivos / acciones de mejora (MARZO)
 - 3- evaluación de objetivos
 - 4- resultados alcanzados
- ✓ Los objetivos de calidad se recogen en este manual.
- ✓ La Dirección propondrá a cada Comisión de Objetivos del servicio-unidad los objetivos para el año.
- ✓ A cada servicio-unidad se le ofrecerá la siguiente **documentación**:
 - el manual de calidad
 - el manual de metodología
 - Plan Anual de Gestión
 (los tres documentos están disponibles en la web: www.calidadzamora.com)
 - las hojas para recogida de objetivos:
 - **Hoja A** con el listado de objetivos del PAG 2003-2005
 - **Hoja B** con opciones para realizar objetivos propios
- ✓ La Comisión de Objetivos de cada servicio-unidad una vez haya valorado los objetivos y propuesto las modificaciones oportunas, enviará las HOJA A y B firmadas a la Unidad de Calidad (Ver diagrama de proceso de asignación y seguimiento de objetivos)
- ✓ Tras la firma del Plan Anual de Gestión se comunicarán las modificaciones necesarias a los responsables de los objetivos afectados para añadir la documentación en un anexo.
- ✓ **DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA EN CADA SERVICIO-UNIDAD:**

Documentos	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	10. Nombre del Servicio-Unidad 11. Composición (miembros) 12. Funciones de sus miembros 13. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 14. Reglamento (Estatuto) 15. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 16. Plan de información a pacientes y familiares 17. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 18. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	6. Nombre del Servicio-Unidad 7. Objetivos anuales 8. Resultados obtenidos 9. Comentarios - oportunidades de mejora 10. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS Y UNIDADES ASISTENCIALES

1- Mejora de la documentación en los servicios/unidades:

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	10. Nombre del Servicio-Unidad 11. Composición (miembros) 12. Funciones de sus miembros 13. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 14. Reglamento (Estatuto) 15. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 16. Plan de información a pacientes y familiares 17. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 18. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	6. Nombre del Servicio-Unidad 7. Objetivos anuales 8. Resultados obtenidos 9. Comentarios - oportunidades de mejora 10. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

2- Avanzar en el proceso de información a pacientes y familiares:

- guía de acogida al paciente correspondiente al servicio - unidad
- documentos de consentimiento informado
 - incrementar el número de procedimientos susceptibles de ser informados con documento de consentimiento informado autorizados por el Comité Asistencial de Ética
 - disponer de los procedimientos susceptibles de ser informados

3- Elaboración de GUÍAS, VÍAS y PROTOCOLOS (Objetivo 3.1 - El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales)

- Cada servicio - Unidad ha de disponer al menos de 6 documentos al finalizar el periodo
- Seguir el procedimiento de publicación en Nuevo Hospital (capítulo 8.1 de este manual - **GUÍAS, VÍAS y PROTOCOLOS: PROCEDIMIENTO PARA SU DIFUSIÓN -**)
- Solo se consideran los documentos que han sido publicados en Nuevo Hospital
- Sólo se admiten documentos en formato word
- Los documentos se valorarán (nivel 2) con la metodología recogida en el manual de metodología

OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS Y UNIDADES NO ASISTENCIALES (ÁREA DE GESTIÓN Y RECURSOS GENERALES)

1- Mejora de la documentación:

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Manuales operativos, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

- Análisis de objetivos, asignación del trabajo y seguimiento del cumplimiento de los objetivos en la Comisión de objetivos del servicio-unidad
- Elaboración de los planes de trabajo
- Desarrollo de sesiones y reuniones de trabajo
- Documentar por escrito los procedimientos más frecuentes
- Solicitar de la Unidad de Calidad el asesoramiento metodológico necesario para conseguir los objetivos
- Elaborar documentación específica del servicio-unidad de acogida al nuevo trabajador (FASE 2)
- Cumplir las normas sobre uso del tabaco dentro del Hospital (Objetivo: Hospital sin humos)

Mejora de la comunicación:

- Publicación de trabajos en la revista NuevoHospital (gestión de procesos, nuevas tecnologías, técnicas, organización del trabajo...)

**OBJETIVOS POR SERVICIOS y UNIDADES (HOJA A y B)¹⁰**

¹⁰ Cada servicio o unidad recibirá un modelo en el que se recogerán los objetivos. Se entregará en versión WORD y EXCEL.

**OBJETIVOS DE CALIDAD 2005****HOJA A****COMISIÓN DE OBJETIVOS****SERVICIO O UNIDAD:.....**

OBJETIVO	ÁREAS IMPLICADAS	ACREDITACIÓN DEL RESULTADO
----------	------------------	----------------------------

Fdo. Presidente de la Comisión de Objetivos

Acta N°:

Fecha _____

OBJETIVOS DE CALIDAD 2005**HOJA B****COMISIÓN DE OBJETIVOS****SERVICIO O UNIDAD:.....**

Se valorarán como objetivos propios el desarrollo de actividades en el Servicio- Unidad relacionadas con, al menos tres áreas de las siguientes (Indicar con un círculo el número de al menos tres áreas):

- 1- Publicación de artículos en la revista Nuevo Hospital
- 2- Desarrollo de página web propia del Servicio-Unidad
- 3- Actualización de la página web ya desarrollada en el Servicio-Unidad (con inclusión del enlace a la web de la Unidad de Calidad)
- 4- Publicación de artículos en revistas especializadas con mención explícita del Hospital y Servicio-Unidad
- 5- Organización de congreso (indicar tipo y fechas)
- 6- Organización de cursos (indicar tipo y fechas)
- 7- Organización de talleres de trabajo (indicar tipo y fechas)
- 8- Organización de cursos, talleres para pacientes – usuarios (indicar tipo y fechas)
- 9- Participación en comisiones clínicas, grupos de trabajo u otros órganos de participación del hospital (al menos dos miembros del Servicio-Unidad) (indicar cuáles)
- 10- Participación en grupos de trabajo del Área de Salud (indicar grupo)
- 11- Participación en grupos de trabajo de ámbito regional (indicar grupo)
- 12- Participación en grupos de trabajo de ámbito nacional (indicar grupo)
- 13- Participación en grupos de trabajo de ámbito europeo – internacional (indicar grupo)
- 14- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- 15- MEMORIA ANUAL
- 16- ACTAS DE LA COMISIÓN DE OBJETIVOS
- 17- OTROS (indicar):

Fdo. Presidente de la Comisión de Objetivos

Acta N°:

Fecha _____



METODOLOGÍA POR OBJETIVO ¹¹

¹¹ Se acompañará de hoja EXCEL y de la correspondiente metodología para cada objetivo. Pueden utilizarse las hojas correspondientes de cada objetivo del manual de Metodología (anexo)

RECOGIDA DE DATOS

(FORMATO EXCEL)

TABLA DE OBJETIVOS (se entregará en EXCEL con los objetivos especificados)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
OBJETIVO OPERATIVO	CRITERIO	INDICADOR *	ESTÁNDAR	RESPONSABLE (nombre y puesto de trabajo)	TIPO DE EVALUACIÓN	PERIODO EVALUADO	POBLACIÓN	MUESTRA**	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO***	PACTO	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	ACCIONES DE MEJORA

El modelo de tabla propuesto se ajusta a cualquier objetivo.

Para cada objetivo se especificarán sus datos propios

* el indicador puede ser un cociente (con numerador y denominador que se especificará en las columnas 10 y 11), otro tipo de fórmula o indicar SI / NO

** indicar el número en el caso de que no se haya tomado toda la población (columna 8)

*** el resultado puede ser un número (al aplicar la fórmula del indicador) ó puede ser respuesta SI ó NO

RECOGIDA DE DATOS

12

(FORMATO papel)

CADA CAMPO COINCIDE CON LOS DATOS DE LA TABLA EXCEL.
Se entregará en papel y en formato EXCEL.

OBJETIVO:Tipo de objetivo: integrado específico**RESPONSABLE / S o GRUPO RESPONSABLE DEL OBJETIVO (Nombres y puesto de trabajo):****Tipo de evaluación:** interna externa
Periodicidad de la evaluación;**CRITERIO/s****Estándar****INDICADOR utilizado**

Fórmula del indicador

Población y muestra de estudio

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

Resultado:

Nivel Pactado:
Resultado alcanzado:**¿CUÁL HA SIDO LA ACCIÓN DE MEJORA MÁS RELEVANTE LLEVADA A CABO?****INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS**

¹² Pueden utilizarse las hojas correspondientes de cada objetivo del manual de Metodología (anexo)

16- RECOGIDA DE RESULTADOS

- Los resultados obtenidos se enviarán a la UNIDAD DE CALIDAD antes del 31 de diciembre de cada año.
- **FORMATO: los resultados han de enviarse en formato EXCEL o WORD en disquete o Cd (personalmente al miembro de la Unidad de Calidad representante del área o al Coordinador del Calidad)**
- Los resultados se incluirán en la base de datos <CALIDAD HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA.mdb>
- **ELABORACIÓN DE LA MEMORIA ANUAL DE CALIDAD.** Tendrá los siguientes apartados:
 1. Resumen del manual de calidad
 2. Unidad de calidad
 3. Comisión Central de Garantía de Calidad
 4. Comisiones Hospitalarias
 5. Resultados de Calidad del Plan Anual de Gestión
 6. Objetivos propios de los Servicios-Unidades:
 - a. Área médica
 - b. Área de enfermería
 - c. Área de gestión
 7. Unidad de Investigación
 8. Comentarios, acciones de mejora
 9. Planificación año siguiente

17- BIBLIOGRAFÍA

1- DOCUMENTACIÓN 2005:

En <http://www.calidadzamora.com>:

MANUAL DE CALIDAD 2005: Nuevo Hospital N° 99
MANUAL DE METODOLOGÍA 2005: Nuevo Hospital N° 100
PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2005: Nuevo Hospital N° 98

2- DOCUMENTACIÓN 2001-2004

1- Manuales de calidad:

- **Hospital Virgen de la Concha. UNIDAD DE CALIDAD: “Manual de Calidad. (edición 1-2002)”.** Nuevo Hospital (Internet). 2002. II / 6. (En <http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital N° 9)
- **Hospital Virgen de la Concha. UNIDAD DE CALIDAD: “Manual de Calidad. (edición 2-2003)”.** Nuevo Hospital (Internet). 2003. III / 4. (En <http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital N° 48)
- **Complejo Asistencial de Zamora. UNIDAD DE CALIDAD: “Manual de Calidad. (edición 3-2004)”.** Nuevo Hospital (Internet). 2004. IV / 15. (En <http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital N° 73)

2- Manuales de metodología:

- **Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Calidad: “Metodología 2004”.** Nuevo Hospital (Internet). 2004. IV / 16. (En <http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital N° 74)
- **Dirección Gerencia Hospital Virgen de la Concha.: “Plan Estratégico del Hospital”.** Zamora, 1999. Nuevo Hospital (Internet). 2001. I / 1. (En <http://www.calidadzamora.com>)

3- Planes Anuales de gestión:

- **GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL: “PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2003. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA”.** Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2003. III / 3 (<http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital N° 47)
- **GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL: “PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2004. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA”.** Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2004. IV / 14 (Nuevo Hospital N° 72)

4- Memorias:

- **Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Calidad: “Memoria 2004”.** Nuevo Hospital (Internet). 2005. V / 3. (En <http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital N° 97)

5- Otros documentos:

- **Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Calidad: “Comisiones clínicas: manuales de funcionamiento”.** Nuevo Hospital (Internet). 2004. IV / 13. (En <http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital N° 71)



RESULTADOS 2005

**RESULTADOS 2005
ÍNDICE**

	pág
MANUAL DE METODOLOGÍA 2005	66
Documentos aportados por la Unidad de Calidad para la evaluación y acreditación de resultados	67
OBJETIVOS ASIGNADOS A LAS COMISIONES DEL HOSPITAL	68
Mejora de funcionamiento de las Comisiones del Hospital	69
- Comisión de Dirección	70
El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.	70
Plan de Acogida al nuevo trabajador	78
Medidas sobre normas de uso del tabaco.	79
- Comisión Central de Garantía de Calidad – Unidad de Calidad	80
- Actas CCGC 2005	81
- Mejora de funcionamiento de las comisiones clínicas	93
- Revista Nuevo Hospital- Sumario	97
- Comisiones clínicas	
Comisión de Historias Clínicas	101
Mejora de la documentación clínica: grado de implantación de los documentos de consentimiento informado	101
Listado de documentos de CI	103
Mejora de la documentación clínica: Mejora de la calidad del informe de alta	108
Comisión de tumores, tejidos y mortalidad	
El Hospital optimiza el proceso de asistencia al paciente oncológico (adaptación de guías de oncología)	111
Comisión de infecciones y política antibiótica – Servicio de Medicina Preventiva	
El Hospital dispone de un sistema de alerta de la infección hospitalaria	112 - 131
Sistema de alerta	
Estudios de prevalencia e incidencia de la infección hospitalaria	
Medidas de prevención y control	
Comisión de formación continuada	
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	132
Comité Asistencial de Ética	133
Comisión de Farmacia Hospitalaria – Servicio de Farmacia	135
OBJETIVOS ASIGNADOS A LOS SERVICIOS y UNIDADES	136
Mejora de la documentación (general para todos los servicios y unidades)	
- SERVICIOS y UNIDADES ASISTENCIALES	136
Dirección Gerencia	137
Mejora de documentación en servicios centrales (SAU / Admisión)	137
Sº de Atención al Usuario: Mejora de información a los usuarios / calidad percibida	138
Dirección Médica	141
Mejora de la documentación en servicios médicos	141
El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales (guías, vías y protocolos)- índice guías	142
El Hospital optimiza los tiempos de asistencia en urgencias	147
Mejora de la asistencia psiquiátrica	151
Dirección de Enfermería	151
Mejora de la documentación en unidades de enfermería	152
El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación integrado en un modelo de cuidados homogéneo.	153
- SERVICIOS y UNIDADES NO ASISTENCIALES	155
Mejora de la documentación	155
El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales	156

MANUAL DE METODOLOGÍA 2005

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 2005.

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 través de las direcciones (Médica, Enfermería y Gestión) y a los miembros de la Comisión Central de Garantía de Calidad 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

Referencias¹³

- Manual de calidad 2005 (Nuevo Hospital N° 99)
- Manual de metodología 2005 (Nuevo Hospital N° 100)
- Plan Anual de Gestión 2005 (Nuevo Hospital N° 98)

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 2005
- 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

LA MEMORIA CONSTA DE UN DOCUMENTO EN FORMATO PAPEL y PDF (EL PRESENTE DOCUMENTO) Y UN CDR ANUAL 2005 CON LOS RESULTADOS RECIBIDOS CLASIFICADOS EN TRES APARTADOS: UNIDAD DE CALIDAD, COMISIONES y SERVICIOS-UNIDADES

¹³ Publicados en Nuevo Hospital (en <www.calidadzamora.com>)

EVALUACIÓN DEL PAG 2005. DOCUMENTOS E INFORMES QUE SE ADJUNTAN- LÍNEA ESTRATÉGICA IV.: . ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

Para su evaluación se adjuntan los siguientes documentos:

Objetivo 1.1. Sobre la Unidad de Calidad:

- Informe en el que concreta la designación de los miembros (Coordinador, responsable en el área de enfermería y de gestión).
- Manual de funcionamiento, metodología de trabajo y documento de aprobación por la Comisión de Dirección: MANUAL DE CALIDAD 2005
- Objetivos del año 2005 y su metodología de evaluación y seguimiento con las firmas de aprobación del Gerente y del Coordinador de Calidad): MANUAL DE METODOLOGÍA 2005
- Memoria de calidad 2005: Informe sobre el Plan de divulgación en el que, al menos, conste a quién va dirigido y cronograma de actuaciones.
- Sumario de documentación publicada en Nuevo Hospital en el periodo 2001-2005

Objetivo 2.1. Sobre la Vigilancia, prevención y control de la infección hospitalaria

- **Procedimientos:** (Agrupados en el documento: SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA – NuevoHospital N° 63-)

- 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 sondaje vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal.
- Aislamiento de pacientes.

- Informes del Servicio de Medicina Preventiva sobre los siguientes procedimientos:

- AISLAMIENTO DE PACIENTES
- MEDIDAS DE MANTENIMIENTO DE LA BIOSEGURIDAD AMBIENTAL EN ÁREAS DE RIESGO Y SITUACIÓN DE OBRAS
- INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA LIMPIA
- SISTEMA DE ALERTA PARA LA DETECCIÓN DE BROTES Y VIGILANCIA PASIVA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA
- LAVADO DE MANOS RUTINARIO Y QUIRÚRGICO
- LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL REUTILIZABLE
- PREVALENCIA DE INFECTADOS (EPINE)
- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ENFERMOS QUIRÚRGICOS
- Informe sobre la inspección de quirófanos realizada el 9-2-2005

- Otros informes

- Informe sobre el grado de implantación de los planes de información
- Informe sobre el grado de implantación de las guías, vías y protocolos (50 guías publicadas)
- Informe sobre el grado de implantación de los documentos de consentimiento informado

Respecto al proceso 3 (Mejora de la asistencia psiquiátrica, objetivos 3.1 y 3.2 incluidos en la Línea IV) indicamos que no se ha recibido información al respecto en esta Unidad de Calidad

OBJETIVOS ASIGNADOS A LAS COMISIONES DEL HOSPITAL

- Comisión de Dirección
- Comisión Central de Garantía de Calidad – Unidad de Calidad
- Comisiones clínicas

DOCUMENTOS:	Estructura del documento
FUNCIONES	
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO	Nombre de la Comisión Composición (miembros) Funciones de sus miembros Reglamento: sustituciones y renovaciones Sistemática de trabajo (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...)
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
Actas de reuniones	

Comisiones:

Comisiones implicadas en la gestión de calidad:

- Comisión de Dirección
- Comisión Central de Garantía de Calidad

Comisiones clínicas recogidas en el Plan Anual de Gestión 2003-2005:

- Comisión Clínica de **Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.**
- Comisión Clínica de **Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.**
- Comisión Clínica de **Farmacia y Terapéutica.**
- Comisión Clínica de **Investigación, Docencia y Formación Continuada.**
- Comisión Clínica de **Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.**

Otras comisiones creadas en el Complejo Asistencial de Zamora:

- Comité de Ética Asistencial
- Comisión de Biblioteca
- Comisión de Investigación
- Comisión de Catástrofes
- Comisión de Urgencias
- Comisión de Transfusiones
- Comisión de Nutrición

OBJETIVO: mejora de funcionamiento de las Comisiones del Hospital

COMISIÓN DE DIRECCIÓN

RESPONSABLE: Comisión de Dirección (Presidente)

OBJETIVOS:	Evaluación del Objetivo	EVALUACIÓN APORTADO
MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN	FUNCIONES	SI
	MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (estructura) Nombre de la Comisión Composición (miembros) Funciones de sus miembros Reglamento: sustituciones y renovaciones Sistemática de trabajo (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...)	SI
	MEMORIA ANUAL (estructura) 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	NO
	Actas de reuniones	NO
SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN	Plan documentado Gestión de Calidad (Manual de Calidad, Metodología) ¹⁴	SI
	Plan documentado de Gestión Medioambiental	NO
	Plan documentado de Gestión de Salud Laboral ¹⁵	SI
	Plan documentado de Gestión de Emergencias ¹⁶	SI
	Plan documentado de Gestión de Recursos Humanos : plan de acogida al nuevo trabajador ¹⁷	SI
MEJORA DE LA INFORMACIÓN y COMUNICACIÓN	INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: petición de presupuestos y proyectos a empresas suministradoras	NO
	Plan documentado de Gestión de la comunicación interna (PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA) ¹⁸	SI
	Renovación del Comité Editorial de Nuevo Hospital en formato papel	NO
MEJORA DE LA GESTIÓN DE CALIDAD	Dotación de personal administrativo	NO
	Adecuación del espacio asignado a la Unidad de Calidad (administrativo y área de Comisiones Clínicas)	NO

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

- Es necesario elaborar e implantar un plan documentado de gestión medioambiental
- Respecto a la informatización de la historia clínica es objetivo de la Gerencia Regional proceder a la informatización de la Historia Clínica por lo que el Complejo Asistencial no realizará acciones propias en este sentido. Se continúa con la implantación de la digitalización y acceso a los datos del Servicio de Radiología y con el acceso web a los resultados del Servicio de Análisis Clínicos
- Se considera oportunidad de mejora proceder a la informatización y acceso web a los informes del Servicio de Anatomía Patológica (con un acceso análogo a lo realizado para el laboratorio)
- La Comisión Central de Garantía de Calidad considera necesario potenciar la publicación de la revista en formato papel conscientes de la mayor dedicación y dificultad que el formato digital.
- La Unidad de Calidad necesita dotarse de un Auxiliar Administrativo con perfil adecuado que trabajaría en la sala 1 del área de calidad
- Las Comisiones clínicas deben tener un local para su uso como se indica en las actas (sala 3 del área de calidad)

Documentos publicados en Nuevo Hospital:

¹⁴ Números 98, 99 y 100

¹⁵ Números 113, 114 y 115

¹⁶ Números 113, 114 y 115

¹⁷ N° 108

¹⁸ N° 59

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

RESPONSABLE: Comisión de Dirección

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro

- 1 Documentos:
 - Plan de Emergencias y Evacuación ¹⁹
 - Informe en el que se especifican las actuaciones divulgativas y formativas.
- 2 Informe en el que se especifican:
 - el/los simulacro/s desarrollados, el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.
- 3 Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas, plazos y responsables.

Informe de las actuaciones divulgativas y formativas del Plan de Emergencia y Autoprotección.

Reunión explicativa para el Comité de Emergencia.

Desarrollada el día 17 de noviembre de 2005 en la Zona de Gerencia del Hospital Virgen de la Concha.

Es contenido de la reunión fue:

- Análisis del Plan de Emergencia y Autoprotección y de las funciones de cada asistente.
- Estructuración de los equipos de emergencia.
- Análisis de las actuaciones técnicas a realizar en el Centro.
- Adaptación concreta de las secuencias de emergencia.
- Diferenciación de las diferentes etapas de la emergencia.
- Análisis del organigrama general de la emergencia.
- Entrada y análisis de consignas de actuación específicas ante diferentes tipos de emergencia.
- Coordinación entre centralita, jefe de Emergencia y Comité de Emergencia.
- Constitución del Comité de Emergencia y redacción del Acta de la primera reunión.

Tras la reunión se levanto acta del Comité de Emergencias, el cual se transcribe a continuación:

¹⁹ Nuevo Hospital N° 115: Prevención de riesgos: Plan de emergencia y autoprotección

Acta de la reunión de la Comité de Emergencia del Hospital Virgen de la Concha.

Asistencia.

Se convoca el día 17 de noviembre de 2005 a las 12:00 horas el Comité de Emergencia del Hospital Virgen de la Concha para dar inicio a la implantación del Plan de Emergencia y Autoprotección (Plan de Catástrofes Internas) de dicho Hospital.

Asisten a la convocatoria en primera instancia el Jefe de Guardia en sustitución del Jefe de la Unidad de Urgencias, el Encargado del turno de Celadores en sustitución del Jefe de Personal Subalterno, el Director de Gestión y el técnico de la empresa MaxPreven encargada de la implantación del Plan de Emergencia y Autoprotección. Se incorporan sucesivamente a la reunión la Directora de Enfermería, El Jefe del Servicio de Mantenimiento y el Director Gerente.

Desarrollo de la reunión.

El Director de Gestión asume la dirección de la reunión hasta la incorporación del Director Gerente, expone los puntos a tratar y da inicio a la reunión.

- ✓ Análisis del Plan de Emergencia y Autoprotección y de las funciones de cada asistente.
- ✓ Estructuración de los equipos de emergencia.
- ✓ Análisis de las actuaciones técnicas a realizar en el Centro.
- ✓ Adaptación concreta de las secuencias de emergencia.
- ✓ Diferenciación de las diferentes etapas de la emergencia.
- ✓ Análisis del organigrama general de la emergencia.
- ✓ Entrada y análisis de consignas de actuación específicas ante diferentes tipos de emergencia.
- ✓ Coordinación entre centralita, Jefe de Emergencia y Comité de Emergencia.
- ✓ Constitución del Comité de Emergencia y redacción del Acta de la primera reunión. (Secretaría).

- ✓ Comité de catástrofes.
- ✓ Nombramientos de EPI y ESI.

Se entrega la documentación técnica para el seguimiento de la reunión consistente en:

Para los miembros del Comité de Emergencia:

- Manual de actuación en caso de Emergencia.
- Consignas de actuación en emergencia: Comité de Emergencia.
- Consignas de actuación en emergencia: Portavocía.
- Copia del punto 3.1.1. del Plan de Emergencia: "Comité de Emergencia".
- Copia del punto 3.4 del Plan de Emergencia: Secuencias de emergencia.

Para los telefonistas:

- Manual de actuación en caso de Emergencia.
- Consignas de actuación en emergencia: Central telefónica.

Se debate la conveniencia de constituir el Comité de Emergencia independiente del Comité de Catástrofes o ampliar el ámbito de actuación del Comité de Catástrofes a las emergencias o catástrofes internas.

Se decide ampliar el ámbito de actuación del Comité de Catástrofes debido a que los componentes son los mismos y a que la existencia de un solo Comité podría facilitar la gestión de ambos tipos de sucesos.

Se decide cambiar la denominación del Comité de Catástrofes a Comité de Catástrofes internas (emergencias) y externas.

En cuanto a la composición del Comité que aparece en el Plan de Emergencia se propone cambiar la redacción. Al no existir ningún facultativo que ostente la responsabilidad del Servicio de Urgencias cuando no se encuentran en el centro ni el Jefe del Servicio ni el Jefe de Guardia, será convocado al Comité uno de los facultativos de guardia del Servicio de Urgencia.

Se acuerda la necesidad de definir diariamente la composición del Comité de Catástrofes internas (emergencias) y externas tal y como aparece reflejado en el Plan de Catástrofes externas.

Se presenta el Plan de Emergencia analizando los cuatro documentos que lo componen; evaluación del riesgo y plan de evacuación, medios de protección, plan de emergencia e implantación del Plan de Emergencia.

Dada a realidad cambiante del edificio, por su propia naturaleza y debido a las obras, se debate la necesidad de realizar una actualización continua del plan para adaptarlo a las condiciones reales.

Duración prevista: 8 horas.

Asistentes: Las personas designadas o recomendadas en el plan de Autoprotección redactado para el edificio.

Contenidos:

- Definición de Plan de Emergencia.
- Fases del Plan de Emergencia.
- Finalidad del Plan de Emergencia.
- Objetivos del Plan de Emergencia.
- Posibles acciones en el transcurso de la emergencia.
- Definiciones de interés.
- Clases de fuego.
- Inicio del incendio.
- Fases del incendio.
- Consecuencias.
- Movimientos de humos.
- Métodos de extinción.
- Agentes extintores.
- Extinción de incendios
- Equipo de primera intervención.
- Secuencia R.A.C.E.
- Equipo de segunda intervención.
- Jefe de Emergencia.
- Comité de Emergencia.
- Puntos de Reunión.
- Organigrama de la emergencia.
- Consignas generales de evacuación.
- Formas de evacuación.
- Rutas de evacuación.
- Puntos de encuentro.

Curso de formación para el EPI.

Una vez nombrados los miembros del equipo de segunda intervención se dará paso a su formación.

Duración prevista: 8 horas.

Asistentes: Las personas designadas o recomendadas en el plan de Autoprotección redactado para el edificio.

Contenidos:

- Definición de Plan de Emergencia.
- Fases del Plan de Emergencia.
- Finalidad del Plan de Emergencia.
- Objetivos del Plan de Emergencia.
- Posibles acciones en el transcurso de la emergencia.
- Definiciones de interés.
- Clases de fuego.
- Inicio del incendio.
- Fases del incendio.
- Consecuencias.
- Movimientos de humos.
- Métodos de extinción.
- Agentes extintores.
- Extinción de incendios
- Equipo de primera intervención.
- Secuencia R.A.C.E.
- Equipo de segunda intervención.
- Jefe de Emergencia.
- Comité de Emergencia.
- Puntos de Reunión.
- Organigrama de la emergencia.
- Consignas generales de evacuación.
- Formas de evacuación.
- Rutas de evacuación.
- Puntos de encuentro.

Informe de los simulacros desarrollados.

Dentro de la implantación del Plan de Emergencia y Autoprotección del hospital Virgen de la Concha de Zamora está previsto realizar un simulacro para comprobar la eficacia del Plan de Emergencia una vez implantado.

Por ello es que el simulacro es el último paso de una implantación y no se puede llevar a cabo sin que las restantes acciones, tanto divulgativas como formativas.

A día de hoy las acciones de divulgación a todo el personal del hospital y de formación para determinadas personas específicas que forman parte de los equipos de intervención no ha terminado por lo que el simulacro está a la espera de que concluya las demás acciones.

Por ahora la última fecha prevista es la de 6 tandas de charlas excitativas del Plan de Emergencia para todo el personal que tendrán lugar el día 3 de enero (a falta de los nombramientos de los miembros del EPI y la convocatoria de su curso de formación). Inmediatamente después de la última acción se llevará a cabo el simulacro.

Durante el simulacro se llevarán a cabo ejercicios de emergencia parciales para comprobar las actuaciones de los grupos operativos o personas de diferentes plantas turnos.

Informe de las oportunidades de mejora y acciones, plazos y responsables de cada una de ellas.

La empresa MaxPreven, S. L. realizó el Plan de Emergencia y Autoprotección del Hospital Virgen de la Concha en octubre de 2003. Es en este plan donde se encuentran las actuaciones técnicas a realizar por el hospital en cuanto a las condiciones de protección contra incendios y gestión de emergencias.

A continuación se detallan las actuaciones técnicas a realizar en la fecha de redacción del plan, octubre de 2003.

Desde esa fecha el edificio ha continuado cambiando por lo que las deficiencias que se citan pueden estar subsanadas en la actualidad.

También es posible que otras deficiencias técnicas, que en el momento de la redacción del Plan no se observaron, se encuentren en la actualidad afectando al edificio.

Los plazos y responsables de dichas actuaciones técnicas, son competencias del Hospital Virgen de la concha por lo que no aparecen reflejados en el Plan de Emergencia y Autoprotección.

Actuaciones técnicas a realizar a fecha de octubre de 2003.

Acceso a Consultas externas (Pag. 25)

Según estos datos, esta rampa tiene una pendiente del 16%, por lo que, según la NBE-CPI / 96 no deberá usarse en caso de evacuación o deberá modificarse su longitud, que deberá ser al menos de 6,5 metros, y de material antideslizante.

Escalera de caracol Residencia General (acceso plantas) (Pag. 34)

Es de señalar en este punto que según la NBE-CPI / 96 "en escaleras que sirvan a zonas de hospitalización o de tratamiento intensivo no se permiten escaleras con trazado curvo".

Escalera de caracol Residencia General (servicio) (Pag. 35)

Según el artículo 9 de la NBE-CPI / 96 en el caso de escaleras curvas "la huella no podrá ser mayor que 42 cm en el borde exterior", aspecto que excede esta escalera.

Y según este mismo artículo "no podrá computarse como anchura útil la zona en que la dimensión de la huella sea menor que 17 cm". Así pues la anchura útil de esta escalera es sólo de 1 metro.

Escalera exterior Materno-Infantil(Pag. 37)

El vestíbulo es de la misma anchura que las hojas de las puertas y, así, cuando se abren las puertas invaden el vestíbulo impidiendo el uso de la escalera para evacuación.

Compartimentación y sectorización(Pag. 40)

El estado general del edificio en cuanto a sectores de incendio se puede considerar como deficiente, dada la escasa

instalación de puertas cortafuegos y muros con R.F.

Sólo hay una puerta homologada, de una hoja y 0,80 metros de anchura, con RF-120, situada entre la Central Térmica y el acceso a la escalera que conduce a la planta superior del edificio de Mantenimiento. Su apertura es a favor del sentido de evacuación y no posee barra antipánico.

Existen varias puertas más: tres puertas en cocina, así como las dos puertas que se encuentran en los pasillos entre cocina y el resto de los servicios de planta baja, también dos puertas en archivo de historias médicas, tres más en lencería (dos en acceso a calle y una en acceso a servicio) y en la primera planta, en accesos a consultas externas. De todas estas puertas se desconocen, en el momento de redacción de este plan, su RF, y todas se encontraban, además, abiertas y bloqueadas con cuñas de madera o ladrillos.

De las pocas puertas existentes es necesario poseer su homologación como puertas RF, así como llevar a cabo revisiones de la estanqueidad de las mismas y los distintos elementos que las componen.

El artículo 15.5.5 de la CPI – 96 establece la obligatoriedad de que estas puertas estén provistas de un sistema de cierre automático tras su apertura, el cual puede actuar permanentemente o sólo en caso de incendio.

Según se comprobó en la visita realizada al centro, estas puertas no poseen este sistema automático, cerrándose únicamente por su propio peso, si la apertura no se realiza hasta su tope, puesto que puede quedar abierta.

Es del todo necesario que estas puertas posean un sistema automático de cierre. Si este sistema actúa permanentemente, pueden estar dotadas de un mecanismo para mantenerlas abiertas; en tal caso la acción de dicho mecanismo debe anularse de forma automática cuando se produzca un incendio, bien por la acción directa del mismo, o bien cuando reciba una señal desde un sistema de detección y debe permanecer anulada, al menos, mientras duren el incendio o la señal. Estas puertas deben poder liberarse manualmente de la acción de dicho mecanismo. El más habitual es un electroimán conectado con la central de alarma y detección, que libera éste al producirse un incendio, cerrando automáticamente todas las puertas, y existiendo la posibilidad de apertura manual.

Sería conveniente que las puertas dispuestas en cada planta para acceso a las escaleras y/o de separación entre servicios fueran resistentes al fuego, homologadas como puertas RF, con barra antipánico y sistema automático de cierre a fin de sectorizar y compartimentar zonas seguras en cada planta ante una evacuación horizontal de enfermos hospitalizados y los huecos de las escaleras usadas en la evacuación vertical.

Situación de Accesos (Pág. 53).

Es de esencial importancia limitar y prohibir de manera efectiva el aparcamiento de turismos y otros vehículos en la zona perimetral de los viales que rodean al Centro así como en el acceso inferior de la entrada principal al centro.

Es necesario, debido a las obras, adecuar vías de acceso libre en la zona de obra para acceder a todas las fachadas del edificio, para una mayor optimización de las características técnicas de los vehículos de ayuda externa.

Aparatos elevadores (Pág. 66).

Carecen de señalización de emergencia sobre la prohibición de utilización de los elevadores en caso de emergencia.

Alumbrado (Pág. 80).

Es necesario rediseñar la ubicación de estas instalaciones para garantizar su homogeneidad, especialmente en zonas de hospitalización y vías de evacuación.

En el momento de la redacción de este plan se observaron, en todas las plantas, distintas unidades apagadas y / o sin suministro eléctrico.

Señalización (Pág. 82).

No cuenta con todas las señales necesarias en los orígenes de evacuación, los recorridos de evacuación y en las salidas de emergencia; no todas las señales existentes están homologadas en cuanto a tamaño y soporte material; no se colocan en las unidades de alumbrado de emergencia para, en caso de que la evacuación se desarrolle en ausencia de iluminación general, las señales sean fácilmente identificables y, en determinados puntos, ofrecen información contradictoria y/o que puede llevar a error.

Se debe exigir y controlar la dotación de señalización conforme vayan siendo reformadas las distintas áreas del edificio, así como señalar adecuadamente cada zona en uso actual.

Se deben colocar igualmente las señales informativas de "Sin Salida" en las puertas de las dependencias que pueden inducir a error y ser tomadas como salidas de recinto o planta en la evacuación.

Es recomendable, que en los cuartos que alberguen gran carga eléctrica (por existencia de cuadro eléctrico de planta, servidor, cuadro eléctrico general de distribución...) éste se señalice advirtiendo del posible riesgo de contacto eléctrico que existe en el interior.

Todos los medios de protección o lucha contra el fuego deben señalizarse, incluso los extintores situados en el interior de dependencias.

El edificio, al acceder a él personas ajenas al mismo, que no lo conocen y que van a permanecer en él durante un tiempo determinado, ha de contar con la señalización indicativa tipo "Ud. está aquí" situada en los vestíbulos de todas las plantas por los que han de circular estas personas.

Evacuación vertical (Pág. 109).

En Materno-Infantil, (escalera S5M). En caso de que se protegiera la escalera y los huecos verticales al exterior se podría dar cobertura al número de ocupantes.

En Residencia General. Así, pues, en términos de la norma es imposible usar esta escalera, ni siquiera protegiéndola, para dar cobertura a la evacuación de todas las personas asignadas a la misma.

Sin obviar, sin embargo, y dada la imposibilidad de considerar cualquier otra ruta posible de evacuación para las plantas a que da servicio esta escalera la consideraremos.

Cuando se modifique el trazado de esta escalera o se construya cualquier otra ruta alternativa, externa o interna, deberá revisarse este Plan y modificarse la ruta que usa la escalera existente.

Rutas de evacuación (Pág. 118).

Ruta de evacuación a través de Tanatorio.

Es necesario mantener practicables ambas hojas y colocar en ellas, en el interior, barras antipánico a fin de facilitar su apertura.

Ruta principal de evacuación a través de entrada de suministros de Almacén General.

Es necesario modificar el sentido de apertura de esta puerta, de forma que se abra hacia el exterior, mantener practicables ambas hojas y colocar en ellas, en el interior, barras antipánico a fin de facilitar su apertura. Es necesario ampliar en lo posible este acceso y prestar, por parte del E.P.I. de este sector, especial atención a este punto del recorrido. Al mismo tiempo es vital que se mantengan limpios y ordenados los accesos en el interior del Almacén General, de forma que cualquier obstáculo en pasillos y/o puerta no comprometa la viabilidad de esta ruta de evacuación.

Ruta de evacuación a través de entrada de suministros de Cocina.

Es necesario ampliar el largo de estos escalones a toda la anchura del muelle sobre el que se abre la puerta y fijar estos escalones a la estructura de manera adecuada o hacerlos de obra.

Ruta principal de evacuación a través de acceso exterior a Lencería.

Es necesario ampliar el largo de estos escalones y fijar estos escalones a la estructura de manera adecuada o hacerlos de obra.

Ruta de evacuación a través de puerta de emergencia del servicio de UCI.

Sería adecuado el rebaje del escalón de forma que se encuentre completamente expedita y así se facilite la evacuación rápida y efectiva.

Ruta de evacuación a través del vestíbulo principal del centro.

Es vital, dado el gran flujo de personas que van a evacuar por ellas, que las seis puertas se conserven siempre operativas y libres de obstáculos, y así habrá que eliminar tanto el mostrador como las macetas y otras estructuras que limitan el paso y/o uso de estas puertas.

Es necesario dejar expedito al máximo este vestíbulo de forma que el paso a las puertas esté completamente libre y al mismo tiempo se pueda permitir el flujo libre y rápido de personas a este vestíbulo desde otras áreas del Hospital.

Al mismo tiempo, tanto por lo que respecta a la evacuación de personas como a la llegada de medios externos de ayuda, se debe proceder a las medidas pertinentes para lograr que en estas puertas y sus accesos exteriores no se permita el aparcamiento de vehículos, a excepción hecha del estacionamiento provisional de ambulancias.

Ruta principal de evacuación por escalera Materno-Infantil, sala de espera de UCI y al exterior a través de puerta de emergencia en planta baja de edificio Materno-Infantil.

Sería necesario eliminar de este punto todos los obstáculos existentes y la sustitución de la puerta, de forma que abra en el mismo sentido de la evacuación y disponga de barra antipánico, así como se mantendrá viables toda la anchura de la puerta.

Plantas segunda a sexta del edificio de Residencia General:

En la planta sexta hay una puerta por obra que limita el acceso al vestíbulo de escalera de esta planta. Esa puerta debería eliminarse o señalarse adecuadamente dentro de la ruta de evacuación, ya que constituye la única salida de esa planta en caso de emergencia.

Así pues es vital que se cambien las puertas que en cada planta acceden a la escalera por otras puertas homologadas con RF, apertura en el sentido de la evacuación y barra antipánico, de manera que se corrijan estas deficiencias, que al afectar a plantas de hospitalización son aún más graves.

Las plantas segunda a quinta del edificio Materno-Infantil (dedicadas a albergar Hospitalización), poseen todas ellas idéntica distribución y rutas de evacuación.

Así pues es vital que se cambien todas las puertas que en cada planta acceden al vestíbulo de escalera por puertas homologadas con RF, apertura en el sentido de la evacuación y barra antipánico, de manera que se corrijan estas deficiencias, que al afectar a plantas de hospitalización son aún más graves.

Medios de protección (Pág. 185).

Falta de sistema de detección automática. Hay algunos detectores pero no están conectados a ninguna central de alarma.

No existe central de alarma.

Hay algunos pulsadores de alarma pero no están conectados a ninguna central de alarma.

Extintores.

La totalidad de los extintores carecen de señalización identificativa para que en ausencia de iluminación puedan ser localizados, y en algunos recintos se encuentran en el suelo, cuando su posición normal ha de ser colgados en la pared a 1,70 metros desde su parte superior hasta el suelo.

Debería aumentarse el número de extintores en las plantas de hospitalización, dada la existencia de camas, ropa, etc, de forma que se garantice que el recorrido real en cada planta desde cualquier origen de evacuación hasta un extintor no supere los 15 m.

La situación de las plantas sexta y séptima, en cuanto el número de extintores presentes, es deficiente. Debería aumentarse de acuerdo al criterio señalado en el punto anterior.

Existen en el edificio otras zonas de alta carga térmica donde sería aconsejable la instalación de rociadores, tales como almacenes y lencería.

B.I.E.'s:

Están dispuestas de tal manera que no cubren la totalidad del espacio de cada planta.

La gran mayoría de ellas se encontraban sin presión alguna, salvo las de la planta primera que indicaban solo 3 Kg/cm².

La totalidad de las BIEs carecen de señalización identificativa para que en ausencia de iluminación puedan ser localizadas.

Debería aumentarse el número de Bocas de Incendio Equipadas en las plantas de hospitalización, dada la existencia de camas, ropa, etc, de forma que se garantice que el recorrido real en cada planta desde cualquier origen de evacuación hasta una BIE no supere los 25 m.

La situación de las plantas sexta y séptima, en cuanto al número de BIEs presentes, es deficiente. Debería aumentarse de acuerdo al criterio señalado en el punto anterior.

OBJETIVO: Plan de Acogida al nuevo trabajador

RESPONSABLE: Comisión de Dirección

DOCUMENTACIÓN²⁰

- 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?: nivel 1

El protocolo de acogida al nuevo trabajador está publicado en Nuevo Hospital (Nº 108)- revisado en noviembre de 2005

Oportunidades y acciones de mejora más relevantes:

- Conviene disponer de los documentos de los tres niveles
- A cada trabajador debe entregarse los tres documentos
- Es necesario realizar un estudio para medir el grado de implantación

²⁰ 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

El Hospital cumple la normativa que regula el consumo del tabaco (Ley 28/2005 de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco).

Hay carteles indicadores en todas las entradas.

Funcionan dos consultas de deshabituación tabáquica.

Publicaciones en Nuevo Hospital:

Nº 105: Informe de resultados de la Encuesta de satisfacción de las UNIDADES DE DESHABITUACION TABAQUICA (Junio-2005)
Nº 75: Evaluación de los resultados obtenidos en el primer año de funcionamiento de la consulta especializada de deshabituación tabáquica.

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD – UNIDAD DE CALIDAD

RESPONSABLE: Coordinador de Calidad

DOCUMENTOS	EVALUACIÓN APORTADO
MANUAL DE CALIDAD	SI
MEMORIA ANUAL	SI
Reuniones de la Comisión Central de Garantía de Calidad (Nº)	2
Reuniones del Grupo Técnico de Calidad (Nº)	8
Actualizaciones de la página web (Nº)	36
Números publicados de Nuevo Hospital (digital- internet)	111 (17 EN 2005)
Números publicados de Nuevo Hospital (papel)	0

Año	Números publicados	Total números
2001	1-2	2
2002	3 – 44	42
2003	45 – 48	14
2004	59 –94	36
2005	95 – 111	17
		111 números

Se editó un CD-rom con los artículos del periodo 2001-2004 (Nº DL: ZA-10-2005)

Oportunidades de mejora:

- incrementar espacio web disponible
- lograr mayor implicación: del área directiva, profesionales y personal en periodo de formación
- incrementar el número y variedad de las publicaciones
- lograr mayor implicación de las áreas de formación continuada, docencia e investigación
- crear un comité editorial de implantación amplia dentro del hospital formado por personas que tengan interés por la comunicación para la edición en papel de la revista Nuevo Hospital. El formato papel tendrá edición propia e independiente del formato digital aunque incluiría en cada número el sumario de las publicaciones digitales hasta el momento. Además todos los números en papel se publicarían en formato digital

-
- 1 Documentación:
- informe en el que concreta la designación de los miembros (Coordinador, responsable en el área de enfermería y de gestión).
 - manual de funcionamiento, metodología de trabajo y documento de aprobación por la Comisión de Dirección. (MANUAL DE CALIDAD 2005)
-
- 2 Documentos:
- objetivos del año 2005 y su metodología de evaluación y seguimiento con las firmas de aprobación del Gerente y del Coordinador de Calidad).(MANUAL DE METODOLOGÍA 2005)
-
- 3 Documentación:
- memoria.(realizada el 28de febrero de 2006). (MEMORIA 2005)
 - Plan de divulgación en el que, al menos, conste a quién va dirigido y cronograma de actuaciones.
-

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD
ACTAS 2005

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

ACTA 1-2005

REUNIÓN DE 15-4-2005

MIEMBROS	ASISTENTES
Jerónimo García Bermejo Dtor. Médico HVC (Presidente CCGC)	Jerónimo García Bermejo Dtor. Médico HVC (Presidente CCGC)
Jose Luis Pardal Refoyo Coordinador de Calidad (Secretario CCGC)	Jose Luis Pardal Refoyo Coordinador de Calidad (Secretario CCGC)
Angela González Escribano Dtra. Enfermería HVC	Ernesto Ruiz de Ureta Dto. Gestión HVC
Ernesto Ruiz de Ureta Dto. Gestión HVC	Ignacio Madruga Martín Dtor Médico HP
Ignacio Madruga Martín Dtor Médico HP	Mª José Rafael Aliste Dtora. Enfermería HP
Concha Nafría Ramos Dtor Gestión HP	Magdalena Sánchez Miguel Dtora Enfermería HB
Mª José Rafael Aliste Dtora. Enfermería HP	Teresa Antolín García C. Historias Clínicas
Magdalena Sánchez Miguel Dtora Enfermería HB	José Pérez Carretero C. Tecnología y Adec. de Medios Diagn. y Terap.
Isabel Carrascal Gutiérrez U. Calidad	Mª Soledad Martínez Sáez C. Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica
Teresa Antolín García C. Historias Clínicas	Carmen Gil Valiño C. Farmacia y terapéutica
José Pérez Carretero C. Tecnología y Adec. de Medios Diagn. y Terap.	Mercedes Sánchez Jacob C. Ética asistencial
Mª Soledad Martínez Sáez C. Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica	Miguel Arias Paciencia C. Investigación y protocolos
Carmen Gil Valiño C. Farmacia y terapéutica	Ana García Sánchez C. Formación Continuada
Mercedes Sánchez Jacob C. Ética asistencial	Juan Pedro Anta García C. Transfusiones
Carlos Serna Rodríguez C. Biblioteca	Soledad Suárez Ortega C. Tumores, Tejidos, Mortalidad
Miguel Arias Paciencia C. Investigación y protocolos	
Ana García Sánchez C. Formación Continuada	
Juan Manuel Domínguez Alonso C. Catástrofes	
Luis Miguel Palomar Rodríguez C. Docencia	
Luis Francisco Santiago Peña C. Nutrición	
Juan Pedro Anta García C. Transfusiones	
Soledad Suárez Ortega C. Tumores, Tejidos, Mortalidad	

Con fecha 15 de abril de 2005 se reúnen los asistentes con el siguiente orden del día:

	Documentación de apoyo que se adjunta ²¹
1. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior	Acta Nº 1-2004 de 17-12-2004
2. Autoevaluación EFQM 2004: comentarios	Autoevaluación de la Unidad de Calidad según cuestionario validado EFQM y oportunidades de mejora detectadas (páginas 162 a 169 de la Memoria 2004)
3. Objetivos 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disquete 3,5" con los manuales de calidad y de metodología 2005 (formato word comprimido zip)²² 2. Objetivo de mejora de la documentación – requisitos de la documentación (páginas 10 a 16 del manual de calidad) 3. Objetivos de las comisiones clínicas (páginas 34-47 del manual de calidad y página 4 del manual de metodología) 4. Objetivos para todas las unidades y servicios (asistenciales y no asistenciales) (página 48 del manual de calidad) 5. Objetivos de servicios asistenciales (página 49 y 53 del manual de calidad) 6. Objetivos de servicios no asistenciales (página 50 del manual de calidad) 7. SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN: documentación básica (página 5 del manual de metodología)

²¹ No es la documentación completa, sólo se adjuntan los apartados que tienen interés metodológico general

²² **CONVIENE QUE CADA UNO IMPRIMA EN PAPEL SUS EJEMPLARES**

5. **Sobre la difusión de los objetivos: desde cada dirección a los jefes / responsables (médica – enfermería - gestión) y desde cada jefe/ responsable a todos los trabajadores**
6. **Sobre la recogida de resultados: desde los presidentes de comisiones clínicas y desde las direcciones correspondientes**
7. **Ruegos y preguntas**

1- LECTURA DEL ACTA DE LA REUNIÓN ANTERIOR (ACTA 1-2004 DE 17-12-2004)

Comentarios sobre los documentos de CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI):

- Se recuerda a las direcciones de enfermería y médica que los documentos de CI han de ajustarse a las normas que figuran en el manual sobre el proceso de información enviado desde la Junta de Castilla y León y accesible desde la web <calidadzamora.com>

- **Las direcciones han de pedir listado escrito en disco en formato word a cada unidad sobre los documentos de CI que están en vigor. Los listados pasarán a la Unidad de Calidad.**

- La comisión de historias clínicas se encargará de mantener los listados de CI actualizados anualmente

- La comisión de ética no validará los documentos. Cada servicio es autónomo indicándose que es obligatorio el CI en todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.

-

Respecto a las propuestas del grupo de calidad de 26-3-04 se hacen las siguientes indicaciones:

1- NECESIDAD DE TIEMPO PARA DEDICARLE A LAS REUNIONES: TIEMPO DE DEDICACIÓN: Es imprescindible valorar desde la dirección la adjudicación de tiempo para los miembros de las comisiones. Se precisa autorización del tiempo de los últimos viernes de mes de 8 a 10,30h para los miembros del grupo técnico (presidentes de las comisiones)

2- INCENTIVACIÓN DEL TRABAJO EN LAS COMISIONES CLÍNICAS: tiempo, inclusión del trabajo realizado en los informes de servicios prestados, puntuación en currículum... Insistir en los Servicios Centrales de SACYL

3- ASIGNACIÓN DE ESPACIO FÍSICO PARA EL TRABAJO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS: se recuerda a la dirección: NECESIDAD DE ADMINISTRATIVO y ESPACIO PARA LAS COMISIONES CLÍNICAS: se propone la adecuación de los espacios asignados a la Unidad de Calidad (despacho contiguo al del coordinador para poner mesa de reuniones y uno o dos ordenadores con conexión a red para hacer los trabajos propios de cada comisión distribuyendo el tiempo de trabajo; se propone tirar el tabique de separación de una sala que no tiene ventilación para dejar una sola sala).

4- PLAN DE INFORMATIZACIÓN GENERAL: SE INDICA A LA DIRECCIÓN QUE SOLICITE PRESUPUESTOS A LAS EMPRESAS PROVEEDORAS SOBRE INFRAESTRUCTURA Y SOFTWARE PARA PROCEDER A LA INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE A JUICIO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO TÉCNICO DE CALIDAD ES IMPRESCINDIBLE Y URGENTE. Se considera que la informatización de la historia clínica es necesario para reducir procesos redundantes, para tener acceso a la información, para reducir la probabilidad de error y disponer de la información.

Tres aspectos necesarios como son 1- la creación de una red informática intrahospitalaria que mejore y agilice la información, 2- llegar a la completa informatización de la historia clínica, 3- informatización de las prescripciones médicas y tratamientos (este objetivo enlaza con el sistema de detección y reducción de errores)

5- ACCESO AL INTERIOR DEL HOSPITAL: el tema de las visitas preocupa al grupo puesto que afecta a la organización interna, repercute sobre el trabajo de enfermería y afecta al derecho a la intimidad de los enfermos. El grupo entiende que el paciente es muy vulnerable una vez ingresa en el hospital y que la estructura y organización actual le deja aún más indefenso. Se propone a la Dirección establecer un sistema de acceso y control de las visitas mucho más estricto. Se propone a la dirección la creación de un puesto de control informático y acceso único con petición y registro de DNI a cada visitante y motivo de visita. El sistema se considera el más seguro al disponer en todo momento del número real e identidad de las personas que están en el hospital. El sistema mejora el derecho a la intimidad de los pacientes al impedir el acceso a personas que el paciente hubiese indicado expresamente.

RESPECTO AL ACCESO DE LA RAMPA- PUERTA PRINCIPAL: se considera necesario prohibir el acceso y aparcamiento a vehículos puesto que bloquean las puertas al aparcar justo en la salida. También al grupo indica que todas las puertas han de estar accesible no solo dos como ocurre habitualmente. Estos dos aspectos dificultan enormemente el acceso y salida del hospital sobre todo a discapacitados

6- TRABAJO EN GRUPOS REGIONALES: se insiste a la Dirección que haga llegar a los Servicios Centrales de SACYL el interés de este hospital por organizar el trabajo en comisiones regionales que reducirían la carga de trabajo y aumentaría el nivel de calidad de las comisiones clínicas

7- ESTABLECER UN SISTEMA DE ALERTAS: el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes recomienda la creación de un sistema de alertas para reducir los errores. Se propone que las alertas se centralicen en la Comisión de Tecnología con dos líneas de trabajo:

a- difusión de las alertas generadas desde el Centro de la Fundación Avedis Donabedian. Imprimir y contactar con los servicios/ unidades diana

b- generar alertas dentro del Complejo Asistencial de Zamora en base a observaciones directas de errores o de los errores que hayan sido comunicados a través de las comisiones clínicas, dirección o a través de las hojas de sugerencias o reclamaciones. En la web se pondrá un formulario para comunicar errores que permitan diseñar alertas.

8- **HOSPITAL SIN HUMOS:** comisión considera URGENTE el que se haga cumplir la legislación sobre uso del tabaco recordando que está PROHIBIDO FUMAR EN TODO EL HOSPITAL incluidas las cafeterías. Se solicita de la Dirección que ponga inmediatamente en marcha el plan propuesto para hacer cumplir la norma (carteles, puntos de llamada, asignación de los responsables de hacer cumplir la norma). Se solicita de la dirección que retire los ceniceros que incitan a fumar en escaleras y pasillos.

9- **50 ANIVERSARIO DEL HOSPITAL (1955 - 2005):** se observa que se llevan acciones en este sentido desde una comisión creada a tal efecto. (NOTA: se aconsejaron desde la CCGC tres acciones iniciales convenientes: 1- realizar un logotipo que irá en posters, en documentos de imprenta, web y revista; se considera conveniente que esté disponible en junio para comenzar su difusión (hablado ya y comentado con SAU); 2- editar un libro conmemorativo sobre la historia del hospital y 3- placa conmemorativa o monumento en la entrada del hospital).

2- REVISTA NUEVO HOSPITAL

Se ha editado un CDrom con los números de 2001 a 2004

La revista es un órgano imprescindible para:

- 1- difundir información y conocimiento
- 2- para ofrecer una buena imagen al exterior
- 3- para tener un archivo actualizado de toda la documentación que permita acceso rápido en caso de necesidad o auditoría
- 4- permite mantener una auditoría permanente de la actividad en calidad

Con los medios actuales ya no es posible mantener la revista en formato papel y en internet.

Para poder editar formato papel **se propone a la dirección crear un comité editorial**

Las guías – vías- protocolos han de enviarse a la revista en formato word para darles número de edición y fecha y ser publicadas.

Se ruega a las direcciones que hagan llegar estas normas a todas las áreas (las normas se publican en el manual de calidad).

Respecto a las líneas para 2005 respecto a la revista están:

- continuar y mejorar el formato electrónico actual que ha dado buen resultado
- para reeditar el formato papel se considera necesario crear un comité de redacción con al menos un reportero por cada área representada en la CCGC. El formato papel ha de tener mayor variedad de temas y un formato atractivo que ha de encargarse a una empresa editorial. Desde la Unidad de Calidad se harán las gestiones para que fructifique.
- se recomienda que a la revista se entregue la documentación de todos los actos que se realicen en el hospital siendo de especial interés la actividad de docencia, investigadora y formación continuada a través de sus coordinadores. Desde la Unidad de Calidad se seguirá incentivando esta actividad.

3- MEMORIA CALIDAD 2004

- Disponible en web clave acceso 260304
- Comentarios sobre autoevaluación EFQM: cada miembro tiene la encuesta EFQM los resultados y las oportunidades de mejora. Los resultados fueron debatidos en la reunión del grupo técnico del 25-2-05.
- Se resumen las oportunidades de mejora detectadas en:

NECESIDAD DE MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN DE CALIDAD en todas las unidades.

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN: PLAN DOCUMENTADO DE GESTIÓN DE:

- CALIDAD
- MEDIOAMBIENTAL
- SALUD LABORAL
- EMERGENCIAS

MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN TODAS LAS UNIDADES:

- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (PROCEDIMIENTOS GENERALES)
- MANUALES OPERATIVOS (GUÍAS, VÍAS, PROTOCOLOS, PROCEDIMIENTOS)
- MEMORIA ANUAL

ORIENTACIÓN HACIA UN MODELO DE TRABAJO POR PROCESOS

PLAN DE COMUNICACIÓN: INTERNA y EXTERNA: CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE COMUNICACIÓN

RESULTADOS DE LA ENCUESTA
OPORTUNIDADES DE MEJORA TRAS APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

PREGUNTA EFQM	OPORTUNIDAD DE MEJORA
LIDERAZGO O AUTORIDAD RECONOCIDA	
¿Define la Dirección de la empresa expectativas claras para la organización en materia de calidad, seguridad y medio ambiente, actuando como modelo de los mismos?	- MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN CALIDAD QUE INTEGRE: GESTIÓN DE CALIDAD, GESTIÓN MEIOAMBIENTAL, GESTIÓN DE SALUD LABORAL. RECURSOS HUMANOS - DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN
¿Es la Dirección accesible tratando de entender los diferentes puntos de vista que plantean los empleados y se reconocen sus logros y compromisos con el trabajo bien hecho?	- REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A LOS TRABAJADORES PERIÓDICAMENTE (MODELO Y PROCEDIMIENTO HOMOLOGADO) - SISTEMA DE RECOMPENSAS
¿Participa y está comprometida en el establecimiento de los planes de formación?	-
¿Ha establecido mecanismos de comunicación e información sobre: resultados, competencia, clientes, etc., de forma que puedan valorarse de forma sencilla las expectativas de futuro para el negocio?	- ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN MENSUALES SEGÚN EL MODELO DE TRABAJO DISEÑADO EN 2003 PARA MANTENER MONITORIZADA LAS NECESIDADES y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES (Se planificó recoger encuestas del 15 al 30 de cada mes en el momento de alta, además de los estudios del SAU por correo)
POLÍTICA Y ESTRATEGIA	
¿Se desarrollan unos planes y objetivos concretos de actuación para la mejora de la calidad, la seguridad y el medio ambiente?	NECESIDAD DE ELABORAR UN PLAN ESCRITO DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL
¿Están establecidas las tareas, funciones, responsables y fechas para llevar a cabo los planes?	
¿El personal conoce los planes y objetivos, y de mutuo acuerdo los transforman en objetivos propios y se les facilitan los medios para que puedan cumplirlos?	INCENTIVAR EL TRABAJO EN COMISIONES Y COMITÉS MEDIANTE ESTÍMULOS: dotación de espacio, medios informáticos, tiempo reconocido, contabilización de la dedicación en el currículum mediante puntuación en las baremaciones y en la hoja del trabajador
¿Se revisa de forma sistemática los planes comparando resultados con objetivos e implicando a todos los afectados en los cambios necesarios?	LOS SISTEMAS DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS NO HA SERVIDO PARA MEJORAR. SE NECESITA QUE SE EVALÚEN TODOS LOS OBJETIVOS PROPUESTOS EN LOS PLANES DE GESTIÓN Y QUE LOS RESULTADOS SE DIFUNDAN ADECUADAMENTE Y QUE EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO SE INDIQUE LA CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE
PERSONAS	
¿Se realizan planes para el personal (admisión, formación, desarrollo profesional, etc.) evaluando el rendimiento y las necesidades de desarrollo de todo el personal, motivando con ello su participación?	DEBE EVITARSE LA VARIABILIDAD EXISTENTE EN LA FORMACIÓN ELABORANDO PLANES CON UNOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA CADA GRUPO PROFESIONAL, DURANTE EL HORARIO LABORAL Y FINANCIADO POR LA EMPRESA
¿Existe una comunicación fluida ascendente, descendente que abarque a todos los niveles y a todo el personal?	MEJORA Y APLICACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE COMUNICACIÓN (INTERNA Y EXTERNA)
¿He establecido planes de formación para asegurar que todo el personal está capacitado para realizar su tarea?	

¿Están los mandos comprometidos y participan activamente en la capacitación de su gente?	PLANES DE FORMACIÓN PARA MANDOS INTERMEDIOS
¿Existe un sistema que facilite la aportación de ideas por parte de los trabajadores?	PROMOCIONAR EL SISTEMA DE SUGERENCIAS Y PREMIAR LAS SUGERENCIAS
RECURSOS	
¿Existe un sistema de información eficaz de tal manera que todas las personas disponen de la información adecuada para realizar su tarea, y en el momento que se necesita?	APLICACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA INFORMATIZACIÓN PROGRESIVA DE LOS PUNTOS DE TRABAJO PLANES DE TRABAJO EN TODAS LAS UNIDADES MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (DE PROCEDIMIENTOS GENERALES) EN TODAS LAS UNIDADES MANUALES OPERATIVOS DE CADA PUESTO DE TRABAJO
¿Se tienen con los proveedores unas buenas relaciones basadas en la confianza mutua de manera que se coopere en conseguir una mejora continua?	SE NECESITA FORMACIÓN EN GESTIÓN DE CALIDAD APLICADA A LA EMPRESA NECESARIO INCREMENTAR EL CONCEPTO DE CLIENTE-PROVEEDOR EN LAS RELACIONES ENTRE LOS SERVICIOS Y UNIDADES
¿Se han introducido de forma paulatina mejoras tecnológicas, evaluando y controlando su impacto para que éstas sean las más idóneas?	INCENTIVAR LA ELABORACIÓN – IMPLANTACIÓN DE GUÍAS-VÍAS- PROTOCOLOS EN TODAS LAS UNIDADES
¿Se gestionan los recursos financieros de manera eficiente controlando que los costes por desajustes se reduzcan cada año?	
PROCESOS	
¿Está la compañía organizada por procesos, y por tanto concentrada en los procesos claves mediante sus parámetros fundamentales?	DEBE ORIENTARSE EL TRABAJO A UN SISTEMA HORIZONTAL POR PROCESOS DEBE INCENTIVARSE LA CREACIÓN DE UNIDADES FUNCIONALES (EL MODELO ACTUAL DIFICULTA LA CREACIÓN DE UNIDADES FUNCIONALES AL TRATARSE DE UN SISTEMA JERARQUICO)
¿Se tienen identificadas para eliminar las todas las actividades que no añaden valor al producto?	EN EL TRABAJO POR PROCESOS DEBEN ELIMINARSE TODA ACTIVIDAD INNECESARIA Y SIMPLIFICAR PROCESOS
¿Existe un equipo o algún sistema para el seguimiento del pedido?	LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN COMISIONES O COMITÉS DEBEN DISPONER DE LOS MEDIOS Y TIEMPO NECESARIOS
¿Se realizan revisiones o auditorías para revisar la calidad y seguridad tanto de los procesos productivos como de los productos y/o servicios?	1- NECESIDAD DE MEDIOS PARA REALIZAR AUDITORÍA INTERNA: - ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CALIDAD A TIEMPO COMPLETO - ESPACIO EN EL ÁREA DE CALIDAD (ÁREA ASIGNADA A LAS COMISIONES CLÍNICAS) - ORDENADOR PARA LAS COMISIONES CLÍNICAS
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	
¿Se conocen exactamente quienes son los clientes y cuáles son sus necesidades?	INCREMENTAR LAS ENCUESTAS CON METODOLOGÍA CONTÍNUA Y EVALUACIÓN CONTÍNUA PARA APLICAR MEJORAS PERMANENTEMENTE
¿Se mide el grado de satisfacción del cliente, teniendo en cuenta los aspectos tangibles del producto y los intangibles (accesibilidad, fechas de entrega cumplidas, devoluciones, reclamaciones, disponibilidad, etc) y ésta es positiva?	INCITAR A LOS CLIENTES EXTERNOS E INTERNOS A QUE COMUNIQUEN SUGERENCIAS POR LA VÍA REGLAMENTARIA (hojas de sugerencias)
SATISFACCIÓN DEL PERSONAL	
¿Se mide de forma sistemática la satisfacción teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas en cosas como ambiente de trabajo, posibilidades de promoción, comunicación, formación, reconocimiento, etc.?	NECESIDAD DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN PERIÓDICAS INCREMENTO DE LA INFORMACIÓN
¿Los indicadores de satisfacción de los empleados: quejas, opiniones, absentismo, acciones tomadas en materia en prevención de riesgos, etc, reflejan una tendencia positiva de la compañía?	

IMPACTO SOCIAL	
¿Es la compañía respetuosa con el medio ambiente teniendo en cuenta todo aquello que pueda producir un inconveniente a los ciudadanos: riesgos a la salud, ruido, integración al paisaje, recuperación de residuos, etc.?	NECESIDAD DE ELABORAR UN PLAN DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL DIFUSIÓN DEL PLAN DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL (mejora de la imagen)
¿Se está comprometido en acciones de tipo social: actividades económicas o culturales, formación, subvenciones a entidades, etc.?	INCREMENTO DE ACTIVIDADES FUERA DEL HOSPITAL ORIENTADAS A LA POBLACIÓN (JORNADAS, CONFERENCIAS) DURANTE EL 2005 SE CELEBRARÁ EL 50 ANIVERSARIO DE LA INAUGURACIÓN DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA LO QUE INCREMENTARÁ ESTE TIPO DE ACTIVIDADES
RESULTADOS EMPRESARIALES	
¿Muestran los indicadores económicos unos resultados positivos?	ES NECESARIO QUE ESTOS RESULTADOS SE PUBLIQUEN ANUALMENTE EN LA REVISTA NUEVO HOSPITAL (esta información suele publicarse en las memorias de gestión) PUBLICACIÓN DE LAS MEMORIAS DE GESTIÓN ANUAL EN LA REVISTA NUEVO HOSPITAL GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
¿Son positivos el resto de los indicadores que se utilizan en la empresa?	

4- PLAN DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

Se realizó una inspección del área quirúrgica nueva el 9-febrero-2005 (un mes de funcionamiento). Se detallan las deficiencias halladas. El documento se entregó al Director Gerente.

No se considera necesario repetir la inspección hasta que concluyan los cuatro quirófanos que faltan.

INFORME

PAG 2005 – LÍNEA ESTRATÉGICA IV

SISTEMA DE ALERTA DE LA INFECCION HOSPITALARIA

Comisión Central de Garantía de Calidad

Unidad de Calidad

Comisión de Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica

Servicio de Medicina Preventiva

Actividad: CONTROL DE INSTALACIONES DE ÁREA QUIRÚRGICA

Método: INSPECCIÓN OCULAR

Fecha: 9-FEBRERO-2005

Hora: 9h 50'

Inspección: Dra. Soledad Martínez Sáez (Responsable de Sº Medicina Preventiva)
Dr. Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)

Se observaron las siguientes deficiencias que pueden influir negativamente en la profilaxis de la infección quirúrgica:

Resultados de la inspección ocular Oportunidades de Mejora	Acciones de mejora que han de llevarse a cabo:
1- ACCESIBILIDAD	
- Falta de cartel indicador de obligatoriedad de vestimenta adecuada en la puerta de entrada al vestíbulo y al pasillo de quirófanos	- PONER CARTELES SOBRE VESTIMENTA ADECUADA EN PUERTAS DE ACCESO A VESTÍBULO y ACCESO A PASILLO DE QUIRÓFANO
- Acúmulo de cajas de cartón y bolsas de basura en el suelo del vestíbulo	- No puede haber residuos en vestíbulo de entrada

- Mobiliario en vestíbulo (dos sillas de ruedas)	- Las sillas de ruedas han de estar fuera del vestíbulo
- Ducha y taza de váter en vestíbulo	- Eliminar ducha y taza de váter: la situación y la accesibilidad no es correcta al ser zona de tránsito y entrada de pacientes
- Carrito con calzas, pijamas, gorros y papelería	CORRECTO
- Entrada a almacén desde vestíbulo no señalizada	- Señalizar las entradas - No permitir acceso desde vestíbulo ya que se accede a zona quirúrgica
- Salida del almacén hacia pasillo de área quirúrgica: falta cartel que indica área quirúrgica y obligatoriedad de vestimenta adecuada	- Señalización
- Zona de almacén: - Una taza de váter: solo accesible a personal femenino - Tres duchas: dos de ellas bloqueadas con productos de almacén y cajas	
- Pasillo de área quirúrgica bloqueado por material de almacén, bombonas, sillas y diversos muebles	- dejar áreas de tránsito libres
- Aglomeración de camas en el vestíbulo de retorno hacia la sala de reanimación	

2- CIENTÍFICO- TÉCNICO	
- Lavado de manos: cartel	CORRECTO
- Faltan normas sobre limpieza de áreas críticas	- Colocar cartel sobre protocolo mínimo de limpieza de áreas críticas según manual de normas de prevención y control de la infección hospitalaria
- Faltan normas sobre eliminación de residuos en el área de quirófano	- Disponer del manual sobre manipulación y eliminación de residuos en el área de quirófanos
- Falta manual de especificaciones técnicas de los quirófanos (características de las instalaciones) relativos a uso de quirófano (temperatura, humedad, características de las puertas, flujos de aire, etc)	- Manual de especificaciones y características técnicas de los quirófanos
- Puertas de los quirófanos abiertas durante el periodo de trabajo (quirófanos en funcionamiento 1, 3 y 4; quirófano 2 cerrado reservado para urgencias)	Las puertas han de permanecer cerradas para evitar flujos de aire hacia el interior de los quirófanos (contrastar con las especificaciones técnicas establecidas por los instaladores de los quirófanos)
- Temperatura en quirófanos: quirófano 1: 20°C; quirófano 2: 24°C; quirófano 3: 24°C; quirófano 4: 26°C	
- Los mecanismos eléctricos de las puertas de acceso a quirófanos no funcionan	
- Faltan dispensadores para Betadine jabón - Hay envases de jabones acumulados fuera de los dispensadores	- Instalar dispensadores para Betadine - Sólo pueden estar los envases en los dispensadores no acumulados
- Esclusas con lámpara uv sin funcionar	
- Pasillo – almacén interior: el acceso único se hace desde quirófano por lo que el material almacenado debe pasar previamente por el quirófano	

3- USUARIOS	
- Vestimenta inadecuada: - personal con bata por los pasillos y en las áreas de	- CARTELES (como se indicó arriba) - VESTUARIO en área quirúrgica o al

<pre> preparación - gorros mal colocados - personal sin calzas </pre>	<pre> menos habilitar una zona para dejar las batas o indicar al personal que vaya sin bata a los quirófanos - Colocación del gorro: debe cubrir TODO EL PELO. - Los pijamas han de cubrir todo el pecho - Las calzas son obligatorias </pre>
---	---

Zamora a 9 de febrero de 2005

Fdo. Dr. Jose Luis Pardal Refoyo

Coordinador de Calidad

5- OBJETIVOS 2005

A cada miembro de la CCGC se entregó disquette 3,5" con MANUAL DE CALIDAD 2005 + MANUAL DE METODOLOGÍA 2005

Los manuales están publicados en la web en la revista Nuevo Hospital

DISTRIBUCIÓN: desde cada miembro se deben hacer copias del disquette y entregar una copia a cada jefe de servicio/ responsable / supervisor y a cada miembro de cada comisión clínica.

De esta forma se garantiza la distribución a todos.

RECOGIDA DE RESULTADOS: se hará como en el año 2004 desde cada división (direcciones médica, enfermería, gestión) y desde cada presidente de comisión a la unidad de calidad

- OBJETIVOS ASIGNADOS A LAS COMISIONES
 - o Errata!!: falta la comisión de nutrición hospitalaria: objetivos comunes + manual de nutrición
 - o Propuesta: modificar nombre de la comisión de catástrofes por comité de emergencias??
- OBJETIVOS ASIGNADOS A LOS SERVICIOS y UNIDADES: ASISTENCIALES – NO ASISTENCIALES

6- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

Se recuerda a los directivos que los documentos han de pasar a la revista para su registro y publicación. Ha habido dudas acerca de los procedimientos: se recuerda que el procedimiento considerado correcto es el que se recoge en el manual de calidad aprobado por la Comisión de Dirección. Los documentos no registrados no se consideran válidos.

Por ello se insiste que cuando se reciba alguna guía ésta pase a la comisión correspondiente para su evaluación y aprobació si procede pero que debe ser enviado un ejemplar en word para la revista nuevo hospital.

Se recuerda a todos que: se pueden alegar modificaciones a los procedimientos pero que si no hay modificaciones han de cumplirse los trámites establecidos en los manuales: escribir lo que se hace y hacer como figura escrito.

COMENTARIOS – SUGERENCIAS:

El Director Médico sugiere que las reuniones sean más breves.

El Coordinador de Calidad expone que, como se lleva solicitando desde 2001, es necesario dotar a la Unidad de Calidad de:

- 1- **ADMINISTRATIVO A TIEMPO COMPLETO:** CON CONOCIMIENTOS MULTIMEDIO PARA REALIZAR TODA LA LABOR DOCUMENTAL NECESARIA y ATENDER A LA ACTIVIDAD DE LAS COMISIONES CLÍNICAS
- 2- **DISTRIBUCIÓN ADECUADA DE LOS ESPACIOS ASIGNADOS A CALIDAD:**
 - EN LA SALA DE ENTRADA: ADMINISTRATIVO CON DOTACIÓN INFORMÁTICA NECESARIA
 - EN LA SALA DE COORDINADOR DE CALIDAD: COMO ESTÁ ACTUALMENTE
 - LAS DOS SALAS DE LA IZQUIERDA PARA TRABAJO DE LAS COMISIONES: DEBEN UNIRSE TIRANDO EL TABIQUE (hablado in situ con el Director Gerente) Y COLOCAR UNA MESA DE REUNIONES PARA 6 A 8 PERSONAS Y UNO O DOS ORDENADORES PARA TRABAJAR LAS COMISIONES (CADA ORDENADOR CON CONEXIÓN A RED Y CARPETAS INDIVIDUALES PARA CADA COMISIÓN). EL ADMINISTRATIVO VELARÁ POR EL ORDEN DE HORARIOS.
- 3- COMITÉ EDITORIAL PARA LA REVISTA NUEVO HOSPITAL
- 4- ESPACIO WEB EN EL SERVIDOR DEL HOSPITAL PARA LA VERSIÓN ELECTRÓNICA DE NUEVO HOSPITAL: EL ACCESO A LOS DOCUMENTOS COMPLETOS SÓLO SERÁN ACCESIBLES MEDIANTE CLAVE DESDE EL HOSPITAL y EN INTERNET SOLO SE QUEDARÁ ACCESIBLE EL SUMARIO (DE ESTA FORMA LOS USUARIOS EXTERNOS DEBEN SOLICITAR LOS DOCUMENTOS QUE DESEEN)

Fin del acta 1-2005 de la CCGC

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

ACTA 2-2005

REUNIÓN DE 10-11-2005

MIEMBROS		ASISTENTES	
Jerónimo García Bermejo	Dtor. Médico HVC (Presidente CCGC)	Jerónimo García Bermejo	Dtor. Médico HVC (Presidente CCGC)
Jose Luis Pardal Refoyo	Coordinador de Calidad (Secretario CCGC)	Jose Luis Pardal Refoyo	Coordinador de Calidad (Secretario CCGC)
Angela González Escribano	Dtra. Enfermería HVC	Isabel Carrascal Gutiérrez	U. Calidad
Ernesto Ruiz de Ureta	Dto. Gestión HVC	Ernesto Ruiz de Ureta	Dto. Gestión HVC
Ignacio Madruga Martín	Dtor Médico HP	Ignacio Madruga Martín	Dtor Médico HP
Montserrat García Castaño	Dtora. Médico HB	Mª José Rafael Aliste	Dtora. Enfermería HP
Concha Nafría Ramos	Dtor Gestión HP	Concha Nafría Ramos	Dtor Gestión HP
Mª José Rafael Aliste	Dtora. Enfermería HP	Teresa Antolín García	C. Historias Clínicas
Magdalena Sánchez Miguel	Dtora Enfermería HB	Mª Soledad Martínez Sáez	C. Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica
Isabel Carrascal Gutiérrez	U. Calidad	Carmen Gil Valiño	C. Farmacia y terapéutica
Teresa Antolín García	C. Historias Clínicas	Mercedes Sánchez Jacob	C. Ética asistencial
José Pérez Carretero	C. Tecnología y Adec. de Medios Diagn. y Terap.	Juan Pedro Anta García	C. Transfusiones
Mª Soledad Martínez Sáez	C. Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica	Soledad Suárez Ortega	C. Tumores, Tejidos, Mortalidad
Carmen Gil Valiño	C. Farmacia y terapéutica	Luis Francisco Santiago Peña	C. Nutrición
Mercedes Sánchez Jacob	C. Ética asistencial		
Carlos Serna Rodríguez	C. Biblioteca		
Miguel Arias Paciencia	C. Investigación y protocolos		
Ana García Sánchez	C. Formación Continuada		
Juan Manuel Domínguez Alonso	C. Catástrofes		
Luis Miguel Palomar Rodríguez	C. Docencia		
Luis Francisco Santiago Peña	C. Nutrición		
Juan Pedro Anta García	C. Transfusiones		
Soledad Suárez Ortega	C. Tumores, Tejidos, Mortalidad		

Con fecha 10 de noviembre de 2005 se reúnen los asistentes con el siguiente orden del día:

4. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior	Acta Nº 1-2005 de 15-4-2005
5. Reparto de hojas y metodología de recogida de resultados 2005	<p>Se entrega a cada asistente las hojas de recogida de resultados según se publica en el Manual de Calidad 2005, Manual de Metodología 2005 y Plan Anual de Gestión 2005 distribuido por las áreas representadas en la CCGC.</p> <p>A los representantes que no asistieron se les envía por correo interior en el mismo día. Igualmente se envía las hojas de recogida de datos a Servicio de Psiquiatría, Servicio de Urgencias y Servicio de Atención al Usuario.</p> <p>Se propone que las direcciones médica – enfermería – gestión soliciten los resultados a cada servicio/ unidad dependiente y que estos servicios y unidades envíen sus resultados a su división correspondiente (Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión) y desde cada división que envíen los datos a la Unidad de Calidad.</p> <p>El extracto de la carta circular para la recogida de resultados enviada por la Unidad de Calidad es el siguiente:</p> <p>-----</p> <p>Estimados compañeros:</p> <p>Adjunto las hojas para la recogida de los resultados de 2005 según se recoge en el Manual de Metodología 2005 para cada área.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Recuerdo que las guías, vías, protocolos y diversos manuales nuevos o revisados que sustituyen a otros deben ser enviadas a la unidad de calidad para publicarlas en NuevoHospital (en formato word) (obligatorio!!) - Se acompañan las Hojas A y B para anotar los objetivos institucionales y propios de cada unidad. <p>- LA INFORMACIÓN DEBE REMITIRSE A ESTA UNIDAD EN FORMATO WORD (DISQUETTE O CD)</p> <p>- COMPROBAR QUE EL DISCO QUE SE ENVÍA REALMENTE ESTÁ GRABADO</p> <p>- COMO PLANTILLA PUEDE UTILIZARSE EL MANUAL DE METODOLOGÍA Y EL DE CALIDAD EN FORMATO WORD (EXTRAER LAS PÁGINAS NECESARIAS) que se distribuyó en marzo. Quien lo necesite puede pedir copia en secretaría de Gerencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - PLAZO MÁXIMO: 15 de DICIEMBRE - ENTREGAR EN SECRETARÍA DE GERENCIA - SÓLO EN FORMATO WORD – DISQUETTE O CDR <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>6. Problemas planteados por las comisiones clínicas</p>	<p>1. La Dra. Antolín de la C. Historias Clínicas expone los problemas con los que se enfrentan las comisiones y que son motivo de debate continuo: la falta de espacio físico, la falta de tiempo para dedicarle a los trabajos de las comisiones y la falta de personal administrativo. Se recuerda al Director Médico y de Gestión la necesidad de conseguir que finalmente se habilite el área de calidad como se programó y se habló con el Director Gerente (sala del coordinador de calidad, sala de trabajo para las comisiones clínicas y sala de administrativo) y disponer de un administrativo a tiempo completo para hacer el trabajo del área de calidad.</p> <p>2. Se insistió en que hay poca información sobre los grupos de trabajo regionales.</p> <p>3. Se insiste en la necesidad de informatizar la historia clínica</p> <p>4. Se anima a la dirección a que ponga en marcha medidas para conseguir el área del hospital libre de humos y hacer cumplir la prohibición del uso del tabaco.</p> <p>5. El presidente propone establecer un calendario fijo de reuniones de la CCGC a lo largo del año con fechas concretas para que cada vocal pueda programar sus actividades</p> <p>6. Ha sido un problema en muchas comisiones el renovar los cargos cada dos años como dice el reglamento (ver Manual de Calidad). Por acuerdo unánime de la CCGC se propone la modificación y ampliación del artículo 15 que quedará como sigue:</p> <p>Artículo 15º</p> <p>1- Cada dos años, y cuando se renueven, las Comisiones procederán a nombrar un Presidente y un Secretario, no existiendo límites en número y tiempo para desempeñar estas funciones.</p> <p>2- Todos los miembros de las Comisiones son responsables y están comprometidos en su funcionamiento.</p> <p>3- El periodo mínimo de validez del nombramiento será de dos años salvo causas mayores justificadas.</p> <p>4- La renovación de los cargos de Presidente y Secretario se realizarán mediante votación interna de los miembros asistentes a la reunión convocada con ese único orden del día.</p> <p>5- Se determinarán los nombramientos por mayoría simple según el artículo 18º</p> <p>6- Si hubiese empate se repetirá la votación hasta llegar a una mayoría.</p> <p>7- Los elegidos como Presidente y Secretario, tienen la obligación de asumir dichas funciones.</p> <p>Este artículo modificado figurará publicado en el Manual de Calidad de 2006</p> <p>7. El coordinador de calidad recuerda a los asistentes que deben transmitir las normas sobre registro y validación de los documentos y manuales operativos (consentimiento informado, planes, manuales, guías, vías protocolos) y que figuran en la página 16 del Manual de Calidad</p>

	<p>8. Se recuerda también que el medio de difusión y soporte para almacenar la información es la Revista Nuevo Hospital en su formato digital ya que permite tener todos los documentos accesibles y actualizados. El coordinador de calidad informa que tras hablar con el Servicio de Informática se procurará que la Revista Nuevo Hospital esté en versión íntegra en la intranet del hospital y que en internet sólo se verá el sumario completo para que los usuarios externos soliciten lo que deseen.</p> <p>9. Respecto a los consentimientos informados se informa a la dirección la gran dificultad que tiene la comisión de historias clínicas para auditar y evaluar si los procedimientos se realizan correctamente. La Comisión de historias clínicas evaluará si los documentos que figuran en la historia clínica cumplen los requisitos de calidad formales que figuran en el Manual de Consentimiento informado editado por la Junta de Castilla y León pero no entrará en los contenidos científico-técnico ni en la idoneidad del procedimiento de información.</p> <p>10. Desde la unidad de calidad se recuerda que el proceso de información, la documentación, el desarrollo y el control es responsabilidad de cada servicio-unidad.</p>
<p>7. Ruegos y preguntas</p>	<p>1. El Dr. JP Anta de la Comisión de transfusiones plantea el problema de implantación del documento de CI de transfusión y recuerda a la CCGC que es obligación recabar el CI por parte del médico que prescribe la transfusión (quien aplica la terapia) aspecto en el que hay acuerdo en la CCGC por lo que se admite que envíe una carta circular a los médicos prescriptores.</p> <p>2. Respecto a la disponibilidad de sangre para el Hospital Provincial el Director Médico mantiene que se garantice el transporte de la sangre al Hospital Provincial cuando se precise puntualmente</p>

Sin otros temas que tratar se levanta la sesión en Zamora a diez de noviembre de dos mil cinco.

Fin del acta 2-2005 de la CCGC

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	EVALUACIÓN APORTADO
FUNCIONES²³	
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (estructura) Nombre de la Comisión Composición (miembros) Funciones de sus miembros Reglamento: sustituciones y renovaciones Sistemática de trabajo (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...)	
MEMORIA ANUAL (estructura) 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	
Actas de reuniones ²⁴	

TODA LA INFORMACIÓN ESTÁ DISPONIBLE EN EL CDR ANUAL 2005.

Comisiones	MANUAL DE FUNCIONAMIENTO / FUNCIONES ²⁵	MEMORIA ANUAL 2005	ACTAS DE REUNIONES ²⁶	OTROS DOCUMENTOS	Nº reuniones
Comisión de Dirección	SI	NO		1	
Comisión Central de Garantía de Calidad	SI	SI		2	2
Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.	SI	SI		3	4
Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.	SI			4	1
Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica.	SI	SI		5	3
Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada.	SI				
Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.	SI			6	
Comité de Ética Asistencial	SI	SI			
Comisión de Biblioteca	SI				
Comisión de Catástrofes	SI	SI		7	3
Comisión de Transfusiones	SI	SI		8	3
Comisión de Nutrición	SI				

Comisiones evaluadas= 15

Porcentaje cumplimiento de objetivos=
= $6 * 100 / 15 = 40\%$

²³ Se han de entregar los documentos actualizados en el año en curso con los apartados señalados. La memoria ha de ser breve. FORMATO WORD

²⁴ Archivar en cada comisión y en Dirección Médica. No es necesario aportarlas a la Unidad de Calidad con la documentación

²⁵ Publicado en Nuevo Hospital N° 71 (Comisiones clínicas: manuales de funcionamiento)

²⁶ Las actas están disponibles en Dirección Médica y en cada una de las comisiones clínicas. Algunas de ellas se enviaron a la Unidad de Calidad en CDr

Cumplieron objetivos= 6

- 1- Planes de seguridad laboral, emergencias (Nº 113, 114 y 115 de Nuevo Hospital)
- 2- Manual de calidad, Manual de Metodología. Difusión de los manuales. Mantenimiento de la web (<www.calidadzamora.com>) y edición de la revista NuevoHospital en Internet
- 3- Estudios de calidad de la historia clínica y estudios sobre implantación del consentimiento informado. Estudios sobre la mortalidad hospitalaria, mortalidad potencialmente evitable y registro de tumores²⁷

²⁷ MEMORIA DE LA COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS Y MORTALIDAD (disponible en CDr)

RESULTADOS

1.- MONITORIZACIÓN DE LA MORTALIDAD PERIOPERATORIA, POTENCIALMENTE EVITABLE Y DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER.

1.1 -Mortalidad potencialmente evitable.

CAUSA	> 65 años	< 65 años	Total
ASMA	9	0	9
HERNIA ABDOMINAL	7	1	8
APENDICITIS	0	0	0
COLECISTITIS-COLELITIASIS	0	0	0
MATERNA	0	0	0
PERINATAL	8	0	8

1.2- Mortalidad perioperatoria

Se registraron 17 defunciones por fractura de cadera, todas en mayores de 65 años.

1.3- Mortalidad Hospitalaria por cáncer.

AÑO 2005

ORGANO/SISTEMA	EXITUS POR NEOPLASIA	% DE EXITUS POR NEOPLASIA
NEOPLASIA DE LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	2	1.5
NEOPLASIA DE ÓRGANOS DIGESTIVOS Y PERITONEO	64	46.8
NEOPLASIA M. DE ÓRGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORÁCIOS	31	22.6
NEOPLASIA MALIGNA DE HUESO, TEJ CONECTIVO, PIEL Y MAMA	4	2.9
NEOPLASIAS DE ÓRGANOS GÉNITO-URINARIOS	20	14.6
NEOPLASIA MALIGNA DE TEJIDOS LINFÁTICOS Y HEMATOPOYÉTICOS	10	7.3
NEOPLASIA MALIGNA DE OTRAS LOCALIZACIONES Y LOCALIZACIONES NO ESPECÍFICAS	6	4.3
TOTAL	137	100

El número total de muertes por tumores malignos durante el año 2004 fue de 137. El mayor número de defunciones por tumores malignos corresponde a los de origen digestivo (46.8%), de ellos los más frecuentes tienen su origen en el estómago (18 éxitus) y en el colon (13 éxitus).

2.- CONSOLIDACIÓN DEL REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES.

El Servicio de Documentación Clínica del Complejo Hospitalario de Zamora es el encargado de recoger de forma sistemática los datos básicos referentes a los tumores malignos diagnosticados a nivel hospitalario. La cantidad y calidad de la información recogida en el Registro Hospitalario de Tumores se incrementa cada año, sirviendo como herramienta fundamental a la hora de desarrollar el Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León.

El presente año, el registro Hospitalario de Tumores ha permitido cuantificar el número de tumores tratados tanto en hospitalización como en el Hospital de Día

ORGANO/SISTEMA	TUMS. TRATADOS EN HOSPITALIZACIÓN	TUMS. TRATADOS EN HOSPITAL DE DÍA
NEOPLASIA DE LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	7	2

- 4- Estudio sobre la infección hospitalaria (incidencia, prevalencia). Manual sobre prevención de la infección hospitalaria (ver en los apartados siguientes correspondientes).
- 5- Guía farmacoterapéutica 2005 y 2006. Informes sobre utilización de diferentes fármacos (se difundieron los siguientes informes: DEXKETOPROFENO inyectable en dolor postoperatorio; Fondaparinux; UTILIZACIÓN DE LA VIA ORAL FRENTE A LA VIA IV; DROTRECOPOLINA alfa activada /PROTEÍNA C activada; PAUTA OMEPRAZOL/PANTOPRAZOL INTRAVENOSO; BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA; Fentanilo OTFC; Profilaxis de enfermedad tromboembólica asociada a cirugía general y ortopédica). Disponible en el CDr 2005.
- 6- Documentos de alerta para evitar errores (documentos de alerta siguiendo las directrices del Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes: Cirugía en el lugar erróneo, RIESGO DEL POTASIO INTRAVENOSO, INADECUADA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES, PACIENTE CON TRAUMATISMO INFRAVALORADO EN LA URGENCIA, Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes, ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA PARA ANÁLISIS CLÍNICOS, ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DE UNA EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA, IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y OTROS RIESGOS SANITARIOS). Disponible en el CDr 2005.
- 7- Actividades realizadas en la Comisión de Catástrofes: Medidas de Emergencia en sus diferentes niveles en caso de Catástrofes; Revisión de la Guía Práctica para la elaboración del Plan de Catástrofes Externas; Actualización de datos para la elaboración del Plan de Catástrofes Externas; Realización de "simulacros de fuego" para mantener informado al personal del funcionamiento de extintores y mangueras.
- 8- Difusión del manual de transfusión (Nº 67 y 68 de Nuevo Hospital). Se organizaron, junto con la Comisión de Formación Continuada, dos CURSOS presenciales de MEDICINA TRANSFUSIONAL, con fechas 7,8,9/junio y 4,5/noviembre, dirigidos a personal facultativo y de enfermería. Se ha valorado la ESTADÍSTICA anual de la ACTIVIDAD del BANCO DE SANGRE. Se han valorado los programas implantados de ahorro de sangre en sus modalidades de AUTOTRANSFUSIÓN CON DEPOSITO PREVIO (Banco de Sangre) y uso de ERITROPOYETINA EN EL MARCO DE PERICIRUGIA (Anestesiología y Reanimación) con buenos resultados. Se ha evaluado el programa de HEMOVIGILANCIA implantado, habiendo sido presentados sus resultados en forma de comunicación al Congreso de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea. La auditoría del uso del consentimiento informado de transfusión así como la realización de una jornada científico / divulgativa de medicina transfusional, previstos para el último trimestre del 2005, han sido retrasadas a los objetivos del 2006, debido a la decisión de un nuevo recordatorio a los facultativos de la legislación vigente al respecto a través de la Dirección Médica, en el primer caso, y en el segundo caso a la realización de un segundo curso de Medicina Transfusional en esas fechas, inicialmente no previsto, dada la importante acogida y número de solicitudes presentadas en el primer curso.

NEOPLASIA DE ÓRGANOS DIGESTIVOS Y PERITONEO	324	32
NEOPLASIA M. DE ÓRGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORÁVICOS	129	6
NEOPLASIA MALIGNA DE HUESO, TEJ CONECTIVO, PIEL Y MAMA	109	40
NEOPLASIAS DE ÓRGANOS GÉNITO-URINARIOS	304	12
NEOPLASIA MALIGNA DE TEJIDOS LINFÁTICOS Y HEMATOPOYÉTICOS	61	16
NEOPLASIA MALIGNA DE OTRAS LOCALIZACIONES Y LOCALIZACIONES NO ESPECÍFICAS	21	21
TOTAL	955	129

En total fueron tratados en este centro Hospitalario 1084 tumores, de ellos 137 fallecieron.

**COMISIONES CLÍNICAS
OPORTUNIDADES DE MEJORA**

- **MEJORA DE LA INFORMACIÓN y COMUNICACIÓN:**
 - INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: petición de presupuestos y proyectos a empresas suministradoras
 - Plan documentado de Gestión de la comunicación interna
 - Revista Nuevo Hospital:
 - Incentivar el registro de documentación, incentivar el envío de memorias y resultados para su archivo
 - renovación de comité editorial para el formato papel
 - publicación regular en formato papel
- **MEJORA DE LA GESTIÓN DE CALIDAD:**
 - Dotar a la Unidad de Calidad de personal administrativo con formación en tecnología multimedia y web
 - Adecuación del espacio asignado a la Unidad de Calidad para la actividad de: Coordinador de Calidad (sala 2), Administrativo (sala 1), Comisiones clínicas (sala 3: espacio con ordenador, archivos y de reuniones) y revista Nuevo Hospital
 - Las comisiones clínicas arrastran algunos problemas que generan dificultades en su funcionamiento: falta de espacio específico (se propone a la dirección ocupar la sala 3 del área de calidad), falta de infraestructura informática y personal (se propone a la dirección dotar a la Unidad de Calidad de un administrativo a tiempo completo con funciones que se le asignarán situado en la sala 1 del área de calidad), falta de tiempo para dedicar a las funciones asignadas en la comisión y falta de reconocimiento de esta dedicación en los servicios prestados
- **SISTEMA DE ALERTAS**
 - Es necesario potenciar un SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS que permita detectar errores (establecer un sistema de detección y comunicación de errores), analizar- evaluar los errores, establecer pautas para evitar el error (normas preventivas y difusión al grupo diana)
 - La Unidad de Calidad propone la creación de un grupo mixto de gestión de riesgos (personal médico y de enfermería y administrativo) a tiempo parcial que analice los errores y emita informes con directrices preventivas

**REVISTA NUEVO HOSPITAL
NÚMEROS PUBLICADOS 2001 a 2005**

Nº de visitas a través del índice: 10621

Índice de números

Año 2005:

Nº 111: Guía para la utilización de fármacos por vía inhalada

Nº 110: Manual de organización y funcionamiento del Servicio de Gestión Económica

Nº 109: Guía clínica para la evaluación y tratamiento de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad

Nº108: Protocolo de acogida al nuevo trabajador (revisión de noviembre de 2005)

Nº 107: Guía de funcionamiento del archivo de historias clínicas

Nº 106: Guía para el manejo de la tos crónica

Nº 105: Informe de resultados de la Encuesta de satisfacción de las UNIDADES DE DESHABITUACION TABAQUICA (Junio-2005)

Nº 104: La otitis seromucosa: diagnóstico y guía terapéutica

Nº 103: Programa de rehabilitación tras artroplastia de hombro

Nº 102: Guía del enfermo coronario

Nº 101: Programa de detección precoz y atención integral de la hipoacusia infantil: resumen del periodo 2003-2004.

Nº 100: Manual de Metodología 2005

Nº 99: Manual de Calidad 2005

Nº 98: Plan Anual de Gestión 2005

Nº 97: Unidad de Calidad: Memoria 2004

Nº 96: Evaluación de protocolos de Urgencias: [Heridas por asta de toro]. [Traumatismo craneoencefálico]

Nº 95: Guía farmacoterapéutica 2005. Guía de equivalentes terapéuticos (ver nº 112)

Año 2004:

Nº 94: Guías en el Servicio de Medicina Intensiva: [1- Guía de Sedo-analgésia en Ventilación Mecánica.] [2- Guía del manejo del Donante Potencial .] [3- Historia Clínica y su Archivo. Recogida de Pruebas complementarias. Análítica]

Nº 93: [1- Pediatría: Protocolo de tratamiento de cetoacidosis diabética (CAD).] [2- Alergología: Inmunoterapia (póster)]

Nº 92: Protocolos normalizados de Microbiología: [1- Hemocultivos.] [2- Estudio bacteriológico de la orina: urocultivo.] [3- Estudio microbiológico del líquido cefalorraquídeo]

Nº 91: Protocolos de Ginecología - Obstetricia: [1- Protocolo de Alta en el Servicio.- Casos no complicados. Grds más frecuentes.] [2- Protocolo de cribaje ecográfico en el 1er trimestre de la gestación para detección de aneuploidías y otros defectos congénitos.] [3- Protocolo de análogos de Gn-RH en cirugía ginecológica, endometriosis y premenopausia.] [4- Protocolo de actuación en la rotura prematura de membranas (R.A.M.).] [5- Protocolo de esterilización tubárica (E.T.)]

Nº 90: Protocolo de acogida al nuevo trabajador (ver número 108)

Nº 89: Mantenimiento correctivo del Servicio de Mantenimiento

Nº 88: Manual de usuario del Laboratorio Clínico (Bioquímica, Hematología, Microbiología). Hospital Virgen de la Concha (nota: pedir el documento en "jperez@hvcn.sacyl.es" o directamente en el laboratorio)

Nº 87: [Adquisición de bienes y contratación de obras y servicios por procedimientos reglados]. [Aplicación de criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación]

Nº 86: Servicio de Gestión Económica: Manual de organización y funcionamiento (ver número 110)

Nº 85: Protocolo de gestión, facturación y cobros a terceros

- Nº 84: GUÍA NEUMOLOGÍA: Ventilación mecánica no invasiva. Insuficiencia respiratoria aguda
- Nº 83: Solicitudes de registro de PROYECTO DE INVESTIGACIÓN y de PROTOCOLOS CLÍNICOS // Procedimiento para difusión de documentos (guías, vías y protocolos)
- Nº 82: El Servicio de Admisión y Documentación: su relación con el Hospital de Día
- Nº 81: El Servicio de Admisión, Archivo y Documentación clínica en el Complejo Asistencial de Zamora
- Nº 80: Plan Anual de Gestión 2004: criterios de valoración
- Nº 79: Normas generales de recogida y transporte de muestras microbiológicas.
- Nº 78: Catálogo de pruebas del Laboratorio de Microbiología
- Nº 77: Guía de cuidados en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial (Edición electrónica. Tercera edición, 2004)
- Nº 76: Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño.
- Nº 75: Evaluación de los resultados obtenidos en el primer año de funcionamiento de la consulta especializada de deshabituación tabáquica.
- Nº 74: Manual de Metodología 2004 (precisa clave de acceso)
- Nº 73: Manual de Calidad 2004 (precisa clave de acceso)
- Nº 72: Plan Anual de Gestión 2004
- Nº 71: Comisiones clínicas: manuales de funcionamiento
- Nº 70: Protocolos de Medicina Interna: [Infarto agudo de miocardio]. [Profilaxis infecciosa]
- Nº 69: GUÍA DE URGENCIAS: Protocolos en pediatría: Síndrome febril y deshidratación
- Nº 68: Procedimiento de transfusión
- Nº 67: Manual de transfusión
- Nº 66: [LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL "VIRGEN DE LA CONCHA"]. [CALIDAD EN ESTERILIZACIÓN]. [ESTUDIO SOBRE LA INTOXICACIÓN SUBCLÍNICA POR MONÓXIDO DE CARBONO EN PACIENTES QUE SOLICITAN ASISTENCIA URGENTE EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA]. [¿CONOCEN LOS FACULTATIVOS QUE PRESCRIBEN OPIOIDES SUS EFECTOS SECUNDARIOS?]. [ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA Y EN LA SECCIÓN DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA DE ZAMORA].
- Nº 65: GUÍA DE URGENCIAS: [Heridas por asta de toro]. [Traumatismo torácico]. [Traumatismo craneal].
- Nº 64: Plan interno de residuos 2003 (disponible en CD -7Mb)
- Nº 63: Sistema de vigilancia de la infección hospitalaria
- Nº 62: Guía de equivalentes terapéuticos(versión 3.0-2003)(actualizada en Nº95)
- Nº 61: Guía farmacoterapéutica (versión 3.0-2003)(actualizada en Nº95)
- Nº 60: Estudio descriptivo sobre la elaboración y aplicación de Protocolos Clínicos en el Hospital Virgen de la Concha (Zamora)
- Nº 59: Plan de Comunicación Interna.
- Año 2003:
- Nº 58: [Complejo Asistencial de Zamora]; [El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM)]; [El modelo EFQM en las Administraciones Públicas]; [Cuestiones éticas al final de la vida y paradigma principalista]; [Algunos datos demográficos de Zamora]; [Tabaco y salud]; [Complejo Asistencial de Zamora sin humos. Propuesta de programa].
- Nº 57: Comisiones clínicas: composición tras renovación mayo 2003. [disponible en CD-2001-2003]
- Nº 56: Protocolo para la reducción de caídas en el medio hospitalario.
- Nº 55: [El informe de alta hospitalaria]; [Comisión de historias clínicas. Memoria del año 2002]; [Normas generales de recogida y transporte de muestras microbiológicas]; [Banco de huesos del Hospital Virgen de la Concha]; [XCIII Reunión de las asociaciones territoriales de Anatomía Patológica].

Nº 54: [Medición continua de gasto cardíaco en pacientes portadores de shock séptico]; [La vigilancia de la infección nosocomial en el Hospital Virgen de la Concha]; [Importancia del diagnóstico precoz en la artritis reumatoide]; [Protocolo de evaluación sistematizada de artritis reumatoide 2002].

Nº 53: Protocolos de profilaxis de infección quirúrgica.

Nº 52: Guía para pacientes portadores de cánula.

Nº 51: Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Provincial de Zamora. Memoria del año 2002. [disponible en CD-2001-2003]

Nº 50: Valoración del grado de satisfacción del donante en nuestro Banco de Sangre

Nº 49:[Protocolo de valoración del riesgo social al ingreso hospitalario]; [Apropósito de los planes de comunicación interna]; [La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad (III): Requisitos de la documentación]; [Unas letras entre tanta ciencia: Breve evolución histórica de las bibliotecas de ciencias de la salud en España: La biblioteca y el Sistema Nacional de Salud]; [Informe sobre la realización del proceso de donación de órganos del año 2002]; [Programa de intercambio HOPE 2002 Portugal (HOPE EXCHANGE PROGRAMME 2002)]; [Índice de números publicados en NuevoHospital digital (internet)]; [Normas de Publicación]

Nº 48: Manual de Calidad (2-2003)

Nº 47: Plan Anual de Gestión 2003 (Complejo Hospitalario de Zamora)

Nº 46: Guía farmacoterapéutica (2.0 - año 2002)(actualizado en el Nº61)[disponible en CD-2001-2003]

Nº 45: Tecnología: [ANGIO-TAC]. Gestión de procesos: [Proceso técnico de publicaciones periódicas]; [Circuitos de información: Gestor de gastos Suministros]; Cartas al Editor: [X Jornadas Nacionales de Información y Documentación en Ciencias de la Salud: Gestión del Conocimiento y Bibliotecas de la Salud]

Año 2002:

Nº 44: GUÍA DE URGENCIAS: Intubación rápida

Nº 43: GUÍA DE URGENCIAS: Paciente quemado grave

Nº 42: GUÍA DE URGENCIAS: Infecciones urinarias

Nº 41: GUÍA DE URGENCIAS: Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA)

Nº 40: GUÍA DE URGENCIAS: Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE)

Nº 39: GUÍA DE URGENCIAS: Infarto agudo de miocardio

Nº 38: GUÍA DE URGENCIAS: Hemorragia digestiva alta (HDA)

Nº 37: GUÍA DE URGENCIAS: Epilepsia

Nº 36: GUÍA DE URGENCIAS: Cólico nefrítico

Nº 35: Plan de Comunicación Interna (1-2002. Septiembre 2002) [disponible en CD-2001-2003]

Nº 34: Guía para el manejo clínico de la vía aérea difícil

Nº 33: Gestión de Procesos:[Plan de Comunicación Interna. Carta circular]. Tecnología: [Cápsula endoscópica: revisión de indicaciones y limitaciones de cara a un uso racional]; [Doppler color]; [Técnicas intervencionistas de mama]

Nº 32: Protocolos de RM y TAC del Hospital Virgen de la Concha (1999-2002)

Nº 31:[Evolución y actividad desde su inicio de la Comisión Promotora del Comité Asistencial de Ética . Hospital Virgen de la Concha. Zamora.]; [Programa de intercambio HOPE 2002 Portugal (HOPE Exchange Programme 2002)]; [Biopsia del ganglio centinela con radiocirugía en el cáncer de mama]; [Normas de publicación]

Nº 30:Guía de cuidados en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial (edición electrónica)

Nº 29:Modelo de gestión de la información en la Unidad de Calidad del Hospital Virgen de la Concha

Nº 28: [BENCHMARKS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA]; [Unas Letras Entre Tanta Ciencia: LA BIBLIOTECA DE CIENCIAS DE LA SALUD: UNA BIBLIOTECA ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL]; [DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE GESTIÓN: CONTABILIDAD DE GESTIÓN Y CONTABILIDAD DE COSTES]; [LA DOCUMENTACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (II): EL MANUAL DE CALIDAD]; [DERECHO A LA INFORMACIÓN. EL DERECHO MAS RECONOCIDO POR LOS USUARIOS]; Sumario De Números Publicados En NuevoHospital

- Nº 27: Protocolo De Cocina [disponible en CD-2001-2003]
- Nº 26: Protocolo De Lencería – Lavandería [disponible en CD-2001-2003]
- Nº 25: Vía clínica de tratamiento del asma en la infancia
- Nº 24: Contabilidad analítica. Plan de Mejora
- Nº 23: Plan interno de residuos [disponible en CD-2001-2003]
- Nº 22: Plan de catástrofes externas del Hospital Virgen de la Concha [disponible en CD-2001-2003]
- Nº 21: Oncología Cérvicofacial. Manual para cuidadores
- Nº 20: Guías y soluciones prácticas en el paciente con dolor
- Nº 19: [Unas letras entre tanta ciencia: Las bibliotecas en el Hospital. ¿Biblioteca para pacientes, biblioteca médica o diversidad de usuarios?]; [Diseño y evaluación de protocolos clínicos]; [SACYL. La Sanidad de Castilla y León], [Estructura de la Gerencia Regional de Salud]; [La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad]; [Normas de Publicación]; [Sumario de los Números Publicados]
- Nº 18: Actividad de la Comisión de tumores, tejidos y mortalidad: [AÑO 2000]; [AÑO 2001]; [REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES MALIGNOS. Resultados en el año 2001] [disponible en CD-2001-2003]
- Nº 17: [¿Qué es el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE)?]; [LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN]; [ACTIVIDAD DE CALIDAD DEL ÁREA DE ENFERMERÍA EN EL AÑO 2.001]; Cartas al Editor: [GUÍA DE USO APROPIADO DE RESONANCIA MAGNÉTICA]
- Nº16: Protocolo de actuación ante pacientes con alergia al látex
- Nº15: [Informes de Coste - Actividad]; [Legislación sobre la Historia Clínica]
- Nº14: Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada
- Nº13: [Medición del Producto Hospitalario]; [Seguimiento de la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica. Resultados del año 2001]; Cartas al Editor: [Estudio genético en la sordera]; [Curso de Prevención en Riesgos Laborales. Nivel básico]
- Nº12: Fármacos Genéricos [disponible en CD-2001-2003]
- Nº11: Guía del Usuario [disponible en CD-2001-2003]
- Nº10: Reglamento de uso de la Historia Clínica
- Nº9: Manual de Calidad(Edición 1-2002)
- Nº8: DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS (monográfico)
- Nº7: Plan de Calidad del Contrato de Gestión de 2001. Recogida de datos [disponible en CD-2001-2003]
- Nº6: [EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN ANALÍTICA (I)]; [GENERALIDADES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA CONTABILIDAD ANALÍTICA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (II)]; [LA AUTOPSIA]; [PROTOCOLO PARA LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS]; [PROTOCOLO DE REGISTRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN]
- Nº5: [Clasificación TNM para tumores malignos]; [Registro de tumores en el Hospital Virgen de la Concha]; [Protocolo de envío de muestras al laboratorio de Anatomía Patológica]; [¿Qué es la P.E.T.?]; [Protocolo de actuación en el test de aliento]
- Nº4: GUÍA DE ACOGIDA AL NUEVO TRABAJADOR [disponible en CD-2001-2003] (actualizado en el Nº 90 en 2004)
- Nº3: GUÍA PARA LA INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO (monográfico)
- Año 2001:
- Nº2: GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA y equivalentes terapéuticos (versión 1-2001)[disponible en CD-2001-2003]
- Nº1: Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Concha [disponible en CD-2001-2003]
- Nº0: Presentación. La Unidad de Calidad. Normas para publicación de artículos

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS**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 documentos²⁸ de CI disponibles en el año (declarados por los servicios- unidades)

Metodología:

- La Unidad de Calidad solicitará con registro a cada jefe/ responsable de servicio/unidad el listado con los documentos de CI en uso en el año en curso

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)²⁹

- 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 todas las historias revisadas (de todos los procedimientos)**

- Número total de historias revisadas: **117**
- Número historias que cumplen todos los criterios: **16 (14%)**
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4): **3,4**

Para cada procedimiento estudiado: HISTERECTOMÍA

- Número total de historias revisadas: **28**
- Número historias que cumplen todos los criterios: **6**
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4): **3, 4**

Para todas las historias revisadas (de todos los procedimientos)

- Número total de historias revisadas: **117**
- Número historias que cumplen todos los criterios: **16 (14%)**
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4): **3,4**

Para cada procedimiento estudiado: ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- Número total de historias revisadas: **31**
- Número historias que cumplen todos los criterios: **7**
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4): **3, 4**

Para todas las historias revisadas (de todos los procedimientos)

- Número total de historias revisadas:

²⁸ Los documentos han de reunir los requisitos de la documentación recogidos en el Manual de Calidad. Los documentos de CI han de seguir las normas indicadas en la "Guía de Consentimiento informado" publicado por la Junta de Castilla y León (acceso web en <www.calidadzamora.com>)

²⁹ Extraer los mismos procedimientos que en 2004 para proceder a la comparación de resultados

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

Para cada procedimiento estudiado: **HERNIORRAFIA INGUINAL**

- Número total de historias revisadas: **29**
- Número historias que cumplen todos los criterios: **3**
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4): **3, 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):

Para cada procedimiento estudiado: **PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL**

- Número total de historias revisadas: **29**
- Número historias que cumplen todos los criterios: **0**
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4): **3, 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):

Oportunidades de mejora:

- la informatización de la historia clínica y de todos los documentos es imprescindible para:
 1. tener los documentos debidamente actualizados
 2. elaborar nuevos documentos hasta llegar al 100% de los procedimientos
 3. que los documentos reúnan todos los requisitos formales sin faltar ninguno
 4. disponer de los documentos en todos los puntos de trabajo
 5. minimizar costes al tratarse de una base informática de documentos de CI e imprimirse el documento para el usuario, eliminando los costosos archivos en papel y los costes de imprenta
 6. los documentos dispondrán de esta manera de los riesgos individuales llegando a ser así documentos individualizados con un bloque de información común

LISTADO DE DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO³⁰**AÑO 2005****ORL**

1. **ADENOIDECTOMÍA**
2. **AMIGDALECTOMÍA**
3. EXTIRPACIÓN DE TUMOR FARINGEO
4. ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE
5. UVULOPALATOFARINGOPLASTIAS
6. CALDWELL-LUC / SENOS MAXILARES
7. **CENS**
8. DACRIOCISTORRINOSTOMÍA
9. RINOPLASTIA / SEPTORRINOPLASTIA
10. RINOTOMÍA PARALATERONASAL
11. **SEPTOPLASTIA**
12. TURBINOPLASTIA / TURBINECTOMÍA
13. CORDECTOMÍA - LARINGOFISURA
14. CORDECTOMÍA - LÁSER
15. INYECCIÓN TOXINA BOTULÍNICA
16. LARINGECTOMÍA PARCIAL (EXTERNA)
17. LARINGECTOMÍA PARCIAL - LÁSER
18. **LARINGECTOMÍA TOTAL**
19. INYECCIÓN ITRACORDAL
20. **LARINGOSCOPIA DIRECTA - MICROCIROLOGÍA ENDOLARÍNGEA**
21. TIROPLASTIA
22. ABORDAJE FACIAL
23. HISTAMINA ENDOVENOSA
24. **COLESTEATOMA**
25. DESCOMPRESIÓN SACO ENDOLINFÁTICO
26. **ESTAPEDECTOMÍA**
27. EXÉRESIS YUGULAR
28. EXÓSTOSIS CAE
29. QUEMODECTOMA TIMPÁNICO
30. NEURINOMA ACÚSTICO
31. IMPLANTE OSTEOINTEGRADO
32. IMPLANTE COCLEAR
33. LABERINTECTOMÍA
34. LABERINTECTOMÍA QUÍMICA
35. **MIRINGOPLASTIA**
36. **MIRINGOTOMÍA - DRENAJE - TVtt**
37. NEURECTOMÍA
38. TEST PROMONTORIO
39. **TIMPANOPLASTIA**
40. ESOFAGOSCOPIA RÍGIDA
41. **QUISTES Y FÍSTULAS CERVICALES**
42. DIVERTÍCULO ZENKER - VÍA EXTERNA
43. DIVERTÍCULO ZENKER - ENDOSCÓPICA
44. **PARATIROIDECTOMÍA**
45. **PAROTIDECTOMÍA**
46. **SUBMAXILECTOMÍA**
47. **TIROIDECTOMÍA**
48. **TRAQUEOTOMÍA**
49. **VACIAMIENTO GANGLIONAR**

AÑO 2004

Servicio de ORL.

Tiroidectomía.

Paratiroidectomía.

Servicio de Hematología y Hemoterapia.

Transfusión de sangre y hemoderivados.

³⁰ A partir de 2005 el Comité Asistencial de Ética no valida los documentos de CI. Las normas y uso del CI están regulados legalmente y debidamente recogidos en la "Guía de consentimiento informado" editada por la Junta de Castilla y León y la "Guía para la información y el consentimiento informado" editado por el hospital (Nº 3 de NuevoHospital).

La Comisión de Historias Clínicas tiene el objetivo anual de disponer de los listados actualizados de los documentos de CI en uso en el hospital. Cada unidad es responsable de que los documentos cumplan las normas establecidas tanto en su aspecto formal como en los contenidos.

Autotransfusión de sangre y/o hemoderivados.

Servicio de Ginecología y Obstetricia.

- CI de Biopsias ginecológicas
- CI para electro/crio-coagulación de cérvix uterino.
- CI para cirugía del himen y/o introito vaginal.
- CI para cirugía sobre la glándula de Bartholin.
- CI para la corrección del prolapso genital.
- CI para la corrección del prolapso de la cúpula vaginal (postcirugía)
- CI para la reparación quirúrgica del periné.
- CI para la intervención quirúrgica por malformación uterina y/o vaginal.
- CI para la histeroscopia diagnóstica.
- CI para la histeroscopia quirúrgica.
- CI para la laparoscopia ginecológica (diagnóstica y terapéutica)
- CI para la corrección quirúrgica de incontinencia urinaria en la mujer.
- CI para el legrado diagnóstico.
- CI para la conización cervical-.
- CI para vulvectomy simple.
- CI para la miomectomía.
- CI para la histerectomía.
- CI para la histerectomía radical.
- CI para tratamiento quirúrgico de patología anexial y/o del ligamento ancho.
- CI para la exploración de la cavidad abdominal.
- CI para cirugía conservadora de mama.
- CI para mastectomía radical modificada.
- CI para inducción del parto.
- CI para asistencia al parto.
- CI para asistencia al parto vaginal con cesárea previa.
- CI para cesárea programada.
- CI para conducta expectante y tratamiento médico del embarazo ectópico.
- CI para tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico.
- CI para amniocentesis genética.
- CI para biopsia corial.
- CI para amniocentesis no genética.
- CI para funiculocentesis.
- CI para amnioscopia.
- CI para cerclaje cervical.
- CI para legrado evacuador obstétrico.
- CI para intervención de oclusión tubárica.
- CI para tratamiento mediante inseminación artificial con semen de la pareja.
- CI para tratamiento mediante inseminación artificial con semen de donante.
- CI para tratamiento mediante fecundación in-vitro transferencia embrionaria.
- CI para recanalización tubárica.
- CI para inserción de dispositivo intrauterino (DIU).
- Documento de denegación del consentimiento al tratamiento propuesto.

AÑO 2003

Servicio de Hematología y Hemoterapia.

Transfusión de sangre y hemoderivados.

Servicio de Psiquiatría.

Terapia electroconvulsiva TEC.

Servicio de Radiodiagnóstico.

Pruebas radiológicas con administración de contraste yodado intravenoso.

Servicio de Medicina Interna.

Prueba de esfuerzo.

Colonoscopia

Endoscopia oral

Biopsia hepática percutánea.

- P.A.A.F.
Implantación de marcapasos.
- Servicio de Cirugía.
Tratamiento quirúrgico de la eventración.
Tumorectomía mamaria
Patología intrabdominal no determinada con indicación quirúrgica.
Esplenectomía.
Colecistectomía.
Tratamiento quirúrgico de los quistes hepáticos.
Tratamiento quirúrgico de la fistula anal
Tratamiento quirúrgico de las hemorroides.
Polipectomía de colon o recto
Tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa.
Tratamiento quirúrgico de las varices en extremidades inferiores.
Resección gástrica
Resección intestinal
Tratamiento quirúrgico de la hernia
Cierre quirúrgico de un estoma.
- Servicio de Anestesiología.
C.I. para la anestesia.
- Servicio de Ginecología.
Plastias vaginales.
Legrado uterino diagnóstico o terapéutico
Histerectomía vaginal con o sin plastias vaginales y resección o no de anejos uterinos.
Histerectomía abdominal con o sin resección de anejos uterinos.

PERIODO 1998 – 2002**Documentos de Consentimiento Informado validados****AÑO 1.998**

SERVICIO DE CIRUGÍA:

1. HERNIAS Y EVENTRACIONES

SERVICIO DE M. INTERNA:

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO

1. BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA

2. C.P.R.E.

3. ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA URGENTE

4. COLONOSCOPIA

SERVICIO DE UROLOGÍA:

1. ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA

2. INTERVENCIÓN DE RTU DE LAS LESIONES DE PRÓSTATA

3. INTERVENCIÓN DE RTU DE LAS LESIONES DE VEJIGA

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA:

1. FRACTURA PERTROCANTEREA DE CADERA

2. PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

3. RECAMBIO DE PRÓTESIS DE CADERA

4. PRÓTESIS PARCIAL DE CADERA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA:

1. INTERVENCIÓN DE CATARATAS

2. INTERVENCIÓN DE GLAUCOMA

3. INTERVENCIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA

SERVICIO DE ANESTESIA-REANIMACIÓN:

1. ANESTESIA GENERAL

2. ANESTESIA LOCO-REGIONAL

SERVICIO DE TOCOGINECOLOGÍA:

1. INTERVENCIÓN DE HISTERECTOMÍA

2. CESAREA

3. LEGRADO

AÑO 1.999

SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN:

1. CATETERIZACIÓN DE UNA VÍA CENTRAL
2. COLOCACIÓN DE RESERVORIO

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL:

1. NEOFORMACIÓN DE COLÓN DESCENDENTE/SIGMA
2. NEOFORMACIÓN DE COLÓN ASCENDENTE/CIEGO
3. NEOPLASIA DE MAMA
4. LITIASIS BILIAR

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA:

1. PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA
2. FRACTURA DE ROTULA
3. ARTROSCOPIA DE RODILLA

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA:

UNIDAD DE NEFROLOGÍA:

1. BIOPSIA RENAL

SECCIÓN DE CARDIOLOGÍA:

1. CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA
2. PRUEBA DE ESFUERZO

UNIDAD DE NEUMOLOGÍA:

1. TORACOCENTESIS
2. BRONCOFIBROSCOPIA

UNIDAD DE DERMATOLOGÍA:

1. INTERVENCIONES CUTÁNEAS CON ANESTESIA LOCAL

UNIDAD DE NEUROLOGÍA:

1. PUNCIÓN LUMBAR

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA:

1. TRANSFUSIÓN DE SANGRE

SERVICIO DE PEDIATRÍA:

1. ACCESO VENOSO CENTRAL Y COLOCACIÓN DE CATÉTERES

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA:

1. ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) DE LESIONES SUPERFICIALES

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO:

1. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC)
2. UROGRAFÍA INTRAVENOSA

AÑO 2.000

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. BANCO DE SANGRE:

1. AUTOTRANSFUSIÓN
2. TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA:

1. ANGIOGRAFÍA FLUORESCÉINICA
2. TRAUMATISMOS OCULARES, HERIDAS CORNEALES, CUERPOS EXTRAÑOS INTRAOCULARES.
3. PTERIGION y OTRAS PATOLOGÍAS DE LA CONJUNTIVA, PÁRPADOS y ANEJOS OCULARES.
4. MOTILIDAD OCULAR, ESTRABISMO.

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:

1. EXTIRPACIÓN DE TUMORES OVÁRICOS, PARAOVÁRICOS y DEL LIGAMENTO ANCHO.
2. QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA.
3. AMNIOCENTESIS.
4. INTERVENCIÓN DE OCLUSIÓN TUBÁRICA.
5. AMNIOCENTESIS GENÉTICA.

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA:

1. MIRINGOTOMÍA y TUBOS DE TIMPANOSTOMÍA + ADENOIDECTOMÍA
2. AMIGDALECTOMÍA - ADENOIDECTOMÍA
3. SEPTOPLASTIA
4. ADENOIDECTOMÍA

5. MICROCIRUGÍA LARINGEA
 6. MASTOIDECTOMÍA
 7. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE SENOS PARANASALES y FOSAS NASALES.
- SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA:
1. EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS.
 2. PIE PLANO
 3. LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO
 4. HERNIA DISCAL
 5. HALLUX VALGUS (JUANETE)

Año 2001:

- 1) CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.
- 2) HIDROCELECTOMÍA
- 3) ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA ABIERTA
- 4) LITIASIS RENAL
- 5) CIRCUNCISION.
- 6) BIOPSIAPROSTATICA
- 7) CISTECTOMIA PARCIAL
- 8) CISTECTOMÍA RADICAL
- 9) CISTOSCOPIA
- 10) CISTOSTOMÍA SUPRAPUBICA
- 11) COLOCACIÓN DE DOBLE J
- 12) INYECCIÓN INTRACAVERNOSA
- 13) LINFADENECTOMÍA ILIOINGUINAL
- 14) CIRUGÍA DE LA INCURVACIÓN DE PENE
- 15) LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL
- 16) LITOTRIZIA
- 17) NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA
- 18) NEFRECTOMÍA RADICAL
- 19) NEFRECTOMÍA SIMPLE
- 20) NEFROLITOTOMIA PERCUTÁNEA
- 21) NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

Año 2.002.

SERVICIO DE UROLOGÍA:

1. ORQUIDOPEXIA
 2. ORQUIECTOMÍA
 3. PENECTOMÍA PARCIAL O TOTAL EMASCULACIÓN
 4. PIELOPLASIA
 5. PROSTATECTOMÍA RADICAL
 6. RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PROSTATA
 7. RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA
 8. TRATAMIENTO ENDOVESICAL
 9. URETEROLITOTOMÍA
 10. URETROPLASTIA
 11. URETERORRENOSCOPIA
 12. URETROTOMÍA ENDOSCÓPICA
 13. VARICOCELECTOMÍA
 14. VASECTOMÍA
- SERVICIO DE GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA:
15. CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA
 16. MASTECTOMÍA RADICAL
 17. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA
 18. CONIZACIÓN CERVICAL
 19. CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER
 20. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA
 21. MIOMECTOMÍA ABDOMINAL.



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.

Nº de informes de alta que cumplen los criterios de adecuación establecidos por el hospital x 100 = **65,8** %
Nº total de informes de alta evaluados

Periodo de estudio.....**16 – 30 de junio de 2005**.....

Población total del periodo de estudio.....**611**.....

Población estudiada: **577**

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

- La Comisión Central de Garantía de Calidad, la Unidad de Calidad, el Grupo técnico de Calidad y la Comisión de Historias clínicas considera imprescindible proceder a la historia clínica informatizada para conseguir:

1. llegar a disponer del 100% de informes
2. evitar errores en los informes
3. evitar demoras



4. disponer de los resultados en tiempo real
5. evitar el coste e inutilidad de los estudios anuales que se centran en el "control de calidad" sin tener la mejora en el proceso que se considera está en la informatización

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:

$\frac{\text{Nº de HC evaluadas con IA definitivo que están disponibles en un periodo menor de 15 días desde el alta}}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta que son evaluadas}} \times 100 = 90 \%$

Periodo de estudio.....**16 – 30 de junio de 2005**.....

Población total del periodo de estudio..... **611**.....

Población estudiada: **577**

Total **X**

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.

$\frac{\text{Nº de HC con informe de alta definitivos que están disponibles en el Sº de Archivo a los 2 meses del alta}}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta evaluadas}} \times 100 = 91 \%$

Periodo de estudio..... **16 – 30 de junio de 2005**.....

Población total del periodo de estudio..... **611**.....

Población estudiada: **577**

Total **X**

Muestra

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

$\frac{\text{Nº de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivos que están disponibles a los 2 meses del alta}}{\text{Nº total de HC de pacientes fallecidos evaluados}} \times 100 = 64 \%$

Periodo de estudio.....**1- 30 de junio de 2005**.....

Población total del periodo de estudio.....**58**.....

Población estudiada: **37**

Total **X**

Muestra

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

- La Comisión Central de Garantía de Calidad, la Unidad de Calidad, el Grupo técnico de Calidad y la Comisión de Historias clínicas considera imprescindible **proceder a la historia clínica informatizada** para conseguir:

1. llegar a disponer del 100% de informes
2. evitar errores en los informes
3. evitar demoras
4. disponer de los resultados en tiempo real
5. evitar el coste e inutilidad de los estudios anuales que se centran en el "control de calidad" sin tener la mejora en el proceso que se considera está en la informatización

COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS y MORTALIDAD**OBJETIVO:** El Hospital optimiza el proceso de asistencia al paciente oncológico.**RESPONSABLE:** Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad**DOCUMENTACIÓN APORTADA**³¹**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.

Documentos³²:

-
- 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.

En el año 2005 ha comenzado la implantación de la oncoguía del **cáncer de próstata**.

Se constituyó grupo de trabajo entre los servicios de urología, oncología médica, radiodiagnóstico y atención primaria

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 publicación en Nuevo Hospital como fase inicial para su implantación

**SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA
COMISIÓN DE INFECCIONES y POLÍTICA ANTIBIÓTICA**

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

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva

AUDITORÍAS

Control – inspección del área quirúrgica: cada 8 semanas, informe de deficiencias detectadas

PAG 2005 – LÍNEA ESTRATÉGICA IV

SISTEMA DE ALERTA DE LA INFECCION HOSPITALARIA

Comisión Central de Garantía de Calidad

Unidad de Calidad

Comisión de Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica

Servicio de Medicina Preventiva

Actividad: CONTROL DE INSTALACIONES DE ÁREA QUIRÚRGICA

Método: INSPECCIÓN OCULAR

Fecha: 9-FEBRERO-2005

Hora: 9h 50´

Inspección: Dra. Soledad Martínez Sáez (Responsable de Sº Medicina Preventiva)

Dr. Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)

Se observaron las siguientes deficiencias que pueden influir negativamente en la profilaxis de la infección quirúrgica:

Resultados de la inspección ocular Oportunidades de Mejora	Acciones de mejora que han de llevarse a cabo:
1- ACCESIBILIDAD	
- Falta de cartel indicador de obligatoriedad de vestimenta adecuada en la puerta de entrada al vestíbulo y al pasillo de quirófanos	- PONER CARTELES SOBRE VESTIMENTA ADECUADA EN PUERTAS DE ACCESO A VESTÍBULO y ACCESO A PASILLO DE QUIRÓFANO
- Acúmulo de cajas de cartón y bolsas de basura en el suelo del vestíbulo	- No puede haber residuos en vestíbulo de entrada
- Mobiliario en vestíbulo (dos sillas de ruedas)	- Las sillas de ruedas han de estar fuera del vestíbulo
- Ducha y taza de váter en vestíbulo	- Eliminar ducha y taza de váter: la situación y la accesibilidad no es correcta al ser zona de tránsito y entrada de pacientes
- Carrito con calzas, pijamas, gorros y papelera	CORRECTO
- Entrada a almacén desde vestíbulo no señalizada	- Señalizar las entradas - No permitir acceso desde vestíbulo ya que se accede a zona quirúrgica
- Salida del almacén hacia pasillo de área quirúrgica: falta cartel que indica área quirúrgica y obligatoriedad de vestimenta adecuada	- Señalización
- Zona de almacén: - Una taza de váter: solo accesible a personal femenino - Tres duchas: dos de ellas bloqueadas con productos de almacén y cajas	
- Pasillo de área quirúrgica bloqueado por material de almacén, bombonas, sillas y diversos muebles	- dejar áreas de tránsito libres
- Aglomeración de camas en el vestíbulo de retorno hacia la sala de reanimación	

2- CIENTÍFICO- TÉCNICO	
- Lavado de manos: cartel	CORRECTO
- Faltan normas sobre limpieza de áreas críticas	- Colocar cartel sobre protocolo mínimo de limpieza de áreas críticas según manual de normas de prevención y control de la infección hospitalaria
- Faltan normas sobre eliminación de residuos en el área de quirófano	- Disponer del manual sobre manipulación y eliminación de residuos en el área de quirófanos
- Falta manual de especificaciones técnicas de los quirófanos (características de las instalaciones) relativos a uso de quirófano (temperatura, humedad, características de las puertas, flujos de aire, etc)	- Manual de especificaciones y características técnicas de los quirófanos
- Puertas de los quirófanos abiertas durante el periodo de trabajo (quirófanos en funcionamiento 1, 3 y 4; quirófano 2 cerrado reservado para urgencias)	Las puertas han de permanecer cerradas para evitar flujos de aire hacia el interior de los quirófanos (contrastar con las especificaciones técnicas establecidas por los instaladores de los quirófanos)
- Temperatura en quirófanos: quirófano 1: 20°C; quirófano 2: 24°C; quirófano 3: 24°C; quirófano 4: 26°C	
- Los mecanismos eléctricos de las puertas de acceso a quirófanos no funcionan	
- Faltan dispensadores para Betadine jabón - Hay envases de jabones acumulados fuera de los dispensadores	- Instalar dispensadores para Betadine - Sólo pueden estar los envases en los dispensadores no acumulados
- Esclusas con lámpara uv sin funcionar	
- Pasillo – almacén interior: el acceso único se hace desde quirófano por lo que el material almacenado debe pasar previamente por el quirófano	

3- USUARIOS	
- Vestimenta inadecuada: - personal con bata por los pasillos y en las áreas de preparación - gorros mal colocados - personal sin calzas	- CARTELES (como se indicó arriba) - VESTUARIO en área quirúrgica o al menos habilitar una zona para dejar las batas o indicar al personal que vaya sin bata a los quirófanos - Colocación del gorro: debe cubrir TODO EL PELO. - Los pijamas han de cubrir todo el pecho - Las calzas son obligatorias

SISTEMA DE ALERTA

1	Documentos: - Sistema de alerta para la detección de brotes y mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria que contiene la fuente de información, el circuito de transmisión y el responsable operativo de su recepción, la actuación consecuente y la aplicación del sistema de alerta.
2	Informes (al menos dos) en los que se especifica el análisis realizado sobre la aplicación del sistema de alerta y sus resultados y las conclusiones obtenidas sobre ambos.
3	Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

RESULTADOS:

- Sistema de alerta para la detección de brotes y mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria: Sistema de vigilancia de la infección hospitalaria: Nuevo Hospital N° 63

ESTUDIOS DE PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

- 1 Informe en el que se especifican al menos 3 (2 para los hospitales del grupo I) 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 catéter venoso central en hospitalizados (excepto UCI y catéter 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).
- 2 Informe en el que se especifica el análisis realizado sobre los resultados de los indicadores arriba señalados y las conclusiones obtenidas
- 3 Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas, plazos y responsables.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN y CONTROL

- 1 Documentos:
 - normas y protocolos de todos los procedimientos reseñados (MANUAL ACTUALIZADO)
 - 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 sondaje vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal.
 - Aislamiento de pacientes.
- 2 Informe en el que para cada norma o protocolo implantado (al menos 9) se especifica el análisis de su aplicación y las conclusiones obtenidas.
- 3 Informe en el que para cada norma o protocolo evaluado (al menos 9) se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas, plazos y responsables.

Para su evaluación se adjuntan los siguientes documentos:

Objetivo 2.1. Sobre la Vigilancia, prevención y control de la infección hospitalaria

- **Procedimientos:** (Agrupados en el documento: SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA – NuevoHospital N° 63-)
 - 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 sondaje vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal.
 - Aislamiento de pacientes.
- **Informes del Servicio de Medicina Preventiva sobre los siguientes procedimientos:**
 - AISLAMIENTO DE PACIENTES
 - MEDIDAS DE MANTENIMIENTO DE LA BIOSEGURIDAD AMBIENTAL EN ÁREAS DE RIESGO Y SITUACIÓN DE OBRAS
 - INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA LIMPIA

- SISTEMA DE ALERTA PARA LA DETECCIÓN DE BROTES Y VIGILANCIA PASIVA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA
- LAVADO DE MANOS RUTINARIO Y QUIRÚRGICO
- LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL REUTILIZABLE
- PREVALENCIA DE INFECTADOS (EPINE)
- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ENFERMOS QUIRÚRGICOS
- Informe sobre la inspección de quirófanos realizada el 9-2-2005

LÍNEA ESTRATÉGICA IV

PROCESO 2

OBJETIVO 2.1

NIVEL I: El Complejo Asistencial dispone de un sistema de alerta para la detección de brotes y de vigilancia pasiva de la **infección hospitalaria**. Dicho sistema se aplica de forma continuada.

El sistema de alerta para la detección de brotes y vigilancia pasiva en la infección hospitalaria ya fue elaborado en años anteriores. No ha habido ninguna modificación.

NIVEL II: Análisis realizado sobre la aplicación del sistema de alerta, sus resultados y las conclusiones obtenidas sobre ambos.

El análisis ha sido realizado por la Médico responsable del servicio de Medicina Preventiva.

1- SISTEMA DE ALERTA

El sistema de alerta tiene como objetivo comunicar, bien desde el servicio de Microbiología, o bien desde otros servicios clínicos o de unidades de enfermería la detección de casos sospechosos o ciertos de enfermedades infecciosas, o de brotes epidémicos que puedan requerir medidas especiales para su control.

Aquellos casos de enfermedades infecciosas, ya sean comunitarias o infecciosas, que necesiten para su control

medidas especiales urgentes, así como la detección de microorganismos multirresistentes, además de recibir el informe escrito

por el servicio de Microbiología, también se recibe comunicación telefónica urgente por parte de ese servicio como de otros

servicios clínicos.

Es el servicio de Microbiología el que mayoritariamente participa en el sistema de Alerta. De manera excepcional comunican los servicios clínicos y las unidades de enfermería, casos de enfermedades sometidas al registro EDO y casos de infección hospitalaria.

El nº de comunicaciones telefónicas urgentes emitidas por el servicio de Microbiología desde Enero de 2005 hasta el 24 de noviembre de 2005 son: 84 correspondientes a 88 situaciones de detección de microorganismos en los cultivos de muestras solicitados por los servicios clínicos. La distribución de estos aislamientos es la siguiente:

- STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE (SAMR): 57
- ESCHERICHIA COLI MULTIRRESISTENTE: 9
- PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE: 7
- MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: 5
- STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA: 4
- CLOSTRIDIUM DIFFICILE: 2
- ENTEROBACTER AEROGENES MULTIRRESISTENTE: 1
- STREPTOCOCCUS PYOGENES EN HEMOCULTIVO: 1
- SALMONELLA ENTERITIDIS EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO: 1
- KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE: 1

El servicio de Medicina Intensiva comunicó un caso de celulitis grave con drenaje no controlada.

El servicio de Medicina Interna comunicó un caso de infección de úlcera varicosa por SAMR.

En todos los casos anteriores menos en uno, se tomaron precauciones de aislamiento y se hizo seguimiento hasta la retirada

de tales medidas o hasta el alta de los pacientes.

Por otra parte se han recibido hasta el 1 de diciembre de 2005: 2.225 informes escritos correspondientes a resultados de los cultivos microbiológicos.

2- VIGILANCIA PASIVA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA (Estudio de incidencia)

Existen informes mensuales sobre vigilancia de la infección hospitalaria correspondiente a los meses: ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, JUNIO y JULIO de 2005.

A- Incidencia acumulada media global de I.H. : 2,5%

B- Incidencia acumulada de pacientes infectados: 2,1%

C- Incidencia acumulada media global de infección hospitalaria por servicios médicos excluyendo Medicina Intensiva y los servicios quirúrgicos:

- Servicio de Medicina Interna: 1,8%
- Servicio de Hematología: 7,3%
- Servicio de Pediatría: 0,7%

D- Incidencia acumulada media por unidades de hospitalización excluyendo Medicina Intensiva y unidades quirúrgicas.

- Hematología- Neurología: 6%
- Neumología: 1,4%
- Digestivo: 1,1%
- Medicina Interna: 3,5%
- Cardiología: 1,3%
- Escolares: 0,2%
- Neonatología: 3,4%

3- VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA en todos los pacientes hospitalizados en el SERVICIO de MEDICINA INTENSIVA.

Se estudiaron los expedientes clínicos de todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Intensiva, durante los meses de Agosto y Septiembre de 2005. El informe no fue realizado debido a que existen todavía pacientes objeto de estudio hospitalizados actualmente.

Resultados:

- A- Nº de pacientes ingresados: 75
- B- Nº de expedientes clínicos estudiados: 72
- C- Nº de infecciones hospitalarias registradas: 18
- D- Nº de infectados: 11
- E- Incidencia acumulada de I.H.: 25%
- F- Incidencia acumulada de infectados: 15,2%
- G- Incidencia acumulada de infectados, excluyendo los pacientes con estancia menor de 2 días: 19,6%.
- H- Distribución de la infección nosocomial por localización anatómica:

- Neumonía: 8
- Sepsis: 1
- Infección testicular: 1
- Flebitis: 4
- Otras infecciones (estomatitis): 1
- Bacteriemia Primaria asociada a dispositivo intravenoso: 1
- Infección urinaria: 1
- Infección de lugar de intervención quirúrgica: 1

Con respecto a la **incidencia de I.H. teniendo en cuenta los factores de riesgo extrínsecos**, y excluyendo a los pacientes con estancias menores de 2 días, los resultados son los siguientes:

- I- Incidencia acumulada de Infección del Tracto Urinario en pacientes sometidos a sondaje vesical: 2,6%.
- J- Incidencia acumulada de Bacteriemia Primaria asociada a cateterismo intravenoso: 1,8%.
- K- Incidencia acumulada de Neumonía en pacientes sometidos a ventilación mecánica : 50%.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados anteriores y los estándares establecidos, se pueden hacer las siguientes conclusiones:

- La incidencia de infección hospitalaria global en las áreas médicas están dentro del estándar (< 7%)
- La incidencia de infección hospitalaria en el área de Medicina Intensiva está dentro del estándar (< 25%).
- Con respecto a la incidencia de Infección del Tracto Urinario en pacientes sometidos a sondaje vesical y la incidencia de Bacteriemia Primaria asociada a cateterismo intravenoso, nos encontramos dentro de los estándares: (< 5% y < 3% respectivamente).
- En relación con la incidencia de Neumonía en pacientes sometidos a ventilación mecánica estamos muy por encima del estándar (< 20%).

NIVEL III: Oportunidades de mejora, acciones precisas, plazos y responsables.

1- Para mejorar la información acerca de la infección hospitalaria es necesario mejorar la calidad de los recursos informáticos, no sólo los del servicio de Medicina Preventiva, sino que sería necesario informatizar la historia clínica. Este asunto me parece fundamental, ya que con los recursos de que disponemos, a veces, es muy difícil encontrar la historia clínica después del alta del paciente, otras veces los expedientes clínicos no están fácilmente disponibles, no se reciben muchos de los resultados de Microbiología etc.

Plazo: ?

Responsables: ?

2- Es necesario insistir en las circunstancias que rodean a la ventilación mecánica de los pacientes para reducir el alto porcentaje de neumonías nosocomiales:

- Dar a conocer este informe al área implicada.
- Se revisará el protocolo de ventilación mecánica y se tratará con el servicio de Medicina Intensiva, para que se siga lo más fielmente posible.

Plazo: 1º 2º trimestre.

Responsable: Servicio de Medicina Preventiva y Servicio de Medicina Intensiva.

3- Se debería obligar a los facultativos asistenciales a comunicar los casos sospechosos o ciertos de enfermedades infecto-contagiosas, para mejorar los registros de las EDO y poner las medidas pertinentes lo más precoz posible.

He enviado varios escritos sobre este tema, pero la situación no ha variado nada.

Plazo: el año 2006.

Responsable: creo que la Dirección debería convocar a los médicos de las áreas de Urgencias, Medicina Intensiva y Medicina Interna preferentemente, para que ellos se concienciaran que una de sus obligaciones profesionales es comunicar a las autoridades sanitarias y al servicio de Medicina Preventiva las enfermedades infecciosas sujetas a medidas de Salud Pública especiales.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV PROCESO 2 OBJETIVO 2.2

NIVEL I: PREVALENCIA DE INFECTADOS

Metodología: EPINE

Indicador: 6,91% Intervalo de confianza al 95%

3,54 - 10,29%

$$\text{Numerador: Pacientes con infección nosocomial} \quad 15 \\ \frac{\quad}{\text{Total de pacientes estudiados}} = \frac{\quad}{217} \times 100$$

NIVEL II: INFORME

Con respecto al año anterior, la prevalencia de infectados ha aumentado en más de dos puntos. EPINE 2004: 4,21% IC: 95% (1,52 – 6,89).

Las infecciones hospitalarias que han aumentado con respecto al año anterior son: Neumonía (2 casos más). Infección respiratoria de vías bajas (1 caso más). Infección digestiva no quirúrgica (1 caso más). Infección cutánea y tejidos blandos (2 casos más). Otras localizaciones (2 casos más). En cambio se ha registrado un caso menos de Bacteriemia Primaria. En las demás localizaciones se ha mantenido igual.

NIVEL III: La media nacional en el año 2003 en relación a la prevalencia de infectados es de 6,5%.

La prevalencia de infectados en el Hospital Virgen de la Concha en el año 2005 es algo menos de medio punto superior. Debemos poner todas las medidas posibles para que este indicador disminuya al mínimo.

A) Acciones precisas:

- Comunicación a los profesionales implicados (jefes de servicio, enfermeras supervisoras, Dirección Médica y Dirección de Enfermería) de los resultados de este estudio.
- Dar a conocer a todos ellos las medidas para disminuir la transmisión de infección nosocomial.

B) Plazos: 1º trimestre del 2006.

LÍNEA ESTRATÉGICA: IV PROCESO: 2 OBJETIVO: 2.2

INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA LIMPIA

Informe elaborado por la Médico responsable del servicio de Medicina Preventiva.

NIVEL I:

Incidencia acumulada de infección quirúrgica en toda la cirugía limpia: 2,6%.
I.A. de infección quirúrgica en cirugía limpia que genera estancias postoperatorias mayores a 1 día: 3,3%.
I.A. de infección quirúrgica en cirugía limpia que genera estancias menores o iguales a 1 día: 2,1%.

NIVEL II:

Periodo de estudio: Enero 2005.

Metodología estudio: Se realizó una recogida de datos retrospectiva siendo la fuente de información la historia clínica hospitalaria. Por lo tanto, los resultados del estudio:

El nº de pacientes sometidos a intervenciones de cirugía limpia fue de 310. Fueron estudiados 308. El nº de infecciones quirúrgicas fue de 8 y, por lo tanto, la I.A. de infecciones quirúrgicas fue de 2,6%.

Si consideramos las intervenciones que generan estancias mayores de 1 día, el nº de todas ellas es de 118, el nº de infecciones quirúrgicas fue de 4, con una incidencia acumulada de 3,3%.

Con respecto a las intervenciones quirúrgicas ambulatorias e intervenciones que generan estancias de 1 día la incidencia acumulada fue de 2,1% (numerador: 4 y denominador: 190).

Conclusiones:

- El índice de infecciones quirúrgicas sigue siendo alto para este tipo de cirugía (estándar: < 1,5%).

NIVEL III:

A) Oportunidades de mejora:

- Todavía no están integradas la documentación de las consultas de Traumatología en el expediente clínico general de los pacientes.
- Con los medios actuales no es posible hacer seguimiento de estos pacientes después del alta hospitalaria.
- Por supuesto, es necesario hacer un esfuerzo por parte de todos los profesionales implicados para reducir la I.A. de infecciones quirúrgicas.

B) Acciones precisas, plazos y responsables:

- Comunicar los resultados de este estudio a todos los implicados (Dirección, médicos quirúrgicos, enfermería de quirófanos y servicio de anestesia).

Plazo: Enero-Febrero 2006

Responsable: Médico del servicio de Medicina Preventiva.

- Hacer recordar y revisar todas las normas para la prevención de la infección postquirúrgica y que estén al alcance de los profesionales.

Plazo: Enero-Febrero 2006.

Responsable: Médico del servicio de Medicina Preventiva.

- Reuniones con cada uno de los servicios quirúrgicos para tratar los puntos anteriores.

Plazo: Marzo-2006.

Responsables: Médico del servicio de Medicina Preventiva, los profesionales quirúrgicos (médicos, enfermeras, Dirección Médica, etc.).

- Integrar la documentación de las consultas externas en el expediente clínico del paciente.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV

PROCESO 2

OBJETIVO 2.3

NIVEL I: El Complejo Asistencial tiene normalizado e implantado el procedimiento “**PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ENFERMOS QUIRÚRGICOS**”.

El protocolo ya ha sido elaborado en años anteriores y no habido ninguna modificación.

NIVEL II: El Complejo Asistencial evalúa progresivamente la aplicación del anterior protocolo:

INFORME SOBRE EL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE PROFILAXIS ANTIMICROBIANA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.

El informe ha sido realizado por la médico responsable del servicio de Medicina Preventiva.

Método: Se ha hecho el estudio en las intervenciones quirúrgicas realizadas en el mes de Enero de 2005.

Se han excluido las intervenciones correspondientes a cirugía sucia, en la cual se hace tratamiento y las intervenciones adscritas a los servicios de Oftalmología y Dermatología, las cuales no se sujetan a ningún protocolo en este sentido. Por lo tanto, las intervenciones objeto de estudio son: 284.

Se realizó un muestreo sistemático, tal que estuvieran representadas de la misma manera que ocurre en la realidad la cirugía limpia, la cirugía limpia-contaminada y cirugía contaminada.

Se estudiaron, por tanto, 105 expedientes clínicos.
Los resultados fueron los siguientes:

- I.
 - 1- Nº de intervenciones en las cuales la profilaxis antimicrobiana fue adecuada: 49 (47%).
 - 2- Nº de intervenciones en las cuales la profilaxis antimicrobiana fue inadecuada: 49 (47%).
 - 3- Nº de intervenciones en las cuales el cumplimiento del régimen profiláctico fue indeterminado: 7 (7%).
- II. Fallos en el régimen profiláctico:
 - 1- DURACIÓN inadecuada por ser EXCESIVA: 30 intervenciones (94% de las intervenciones con profilaxis inadecuada y administración de antimicrobiano).
 - 2- INDICACIÓN de la profilaxis, es decir intervenciones en las cuales está indicada la administración de la profilaxis y ésta no se lleva a cabo y viceversa: 17 (35% de las intervenciones con régimen profiláctico inadecuado).
 - 3- ANTIMICROBIANO administrado no se sujeta a protocolo del hospital: 7 intervenciones (22% intervenciones con profilaxis inadecuada y administración de la profilaxis).
 - 4- MOMENTO DE INICIO inadecuado por administrarse el antimicrobiano demasiado precozmente al inicio de la intervención (más de 2 horas): 6 intervenciones (19% de las intervenciones con profilaxis inadecuada y administración antimicrobiano).
 - 5- VÍA de administración y DOSIS del antimicrobiano inadecuado: 3 intervenciones en cada caso (9% de las intervenciones con profilaxis inadecuada y administración de antimicrobiano).

En 18 intervenciones (32% de las intervenciones con profilaxis inadecuada e indeterminada), el momento de inicio de la administración de la profilaxis no constaba en la historia clínica.

El grado de cumplimiento de la profilaxis antimicrobiana es muy bajo.

Los fallos más importantes son: duración excesiva, no consta el momento de inicio de la administración, incoherencia entre indicación y administración de profilaxis.

Se debe insistir en mejorar todos los criterios, para que la profilaxis antimicrobiana sea eficaz.

NIVEL III: El Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Bajo cumplimiento de los protocolos de profilaxis antimicrobiana (47%).

Acciones precisas:

1º Comunicación de los resultados de este estudio a los sectores implicados (Dirección Médica, servicios médico-quirúrgicos y Comisión Clínica de Infección Hospitalaria y Política Antibiótica).

Plazo: Enero-Febrero de 2006.

Responsable: Médico responsable del servicio de Medicina Preventiva.

2º Enviar a la Dirección Médica y a cada uno de los servicios médicos implicados las normas establecidas por la Comisión Hospitalaria de Infección y Política Antibiótica.

Plazo: Febrero de 2006.

Responsable: Presidente de la Comisión Clínica de Infección Hospitalaria.

3º Reuniones con cada uno de los servicios Médicos a los cuales se convocarían la Dirección Médica, Presidente de la Comisión Clínica de Infección y los miembros que forman cada servicio quirúrgico, con el objetivo de estudiar este asunto, conseguir acuerdos y aunar esfuerzos, para que se revisen los protocolos de profilaxis de acuerdo a los conocimientos actuales y así, de esta manera, mejorar el grado de cumplimentación de la profilaxis.

Plazo: 2º trimestre del año 2006 ?.

Responsable: hay que contar con la colaboración de todos los departamentos implicados. En principio, la Médico responsable del servicio de Medicina Preventiva impulsará que se lleven a cabo tales reuniones.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV

PROCESO 2

OBJETIVO 2.3

NIVEL I: El Complejo Asistencial tiene normalizado e implantado el procedimiento: **AISLAMIENTO DE PACIENTES.**

- Ya elaborado e implantado de años anteriores.
- No ha habido ninguna modificación

NIVEL II: El Complejo Asistencial evalúa la aplicación del protocolo de aislamiento de pacientes.

INFORME:

Desde Enero de 2005 hasta el día 24/11/05 se ha instaurado y se ha hecho seguimiento de regímenes de aislamiento hospitalario a 101 pacientes por presentar las siguientes circunstancias:

- 1- Detección de STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE: 52 casos.
- 2- Detección de PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE: 13 casos.
- 3- Detección de CLOSTRIDIUM DIFFICILE en heces: 11 casos.
- 4- BACILOSCOPIA POSITIVA (TINCIÓN AURAMINA positiva): 8 casos.
- 5- Detección de ESCHERICHIA COLI MULTIRRESISTENTE: 7 casos.
- 6- Detección de STENOTHROPOMONAS MALTOPHILIA: 4 casos.
- 7- Sospecha Clínica de TUBERCULOSIS PULMONAR: 1 caso.
- 8- Detección de ACINETOBACTER BAUMANNII: 1 caso.
- 9- Detección de ENTEROBACTER AEROGENES MULTIRRESISTENTE: 1 caso.
- 10- Detección de STREPTOCOCCUS PYOGENES: 1 caso.
- 11- CELULITIS IMPORTANTE NO CONTROLADA: 1 caso.
- 12- Detección de KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE: 1 caso.
- 13- Detección de KLEBSIELLA OXYTOCA MULTIRRESISTENTE: 1 caso.
- 14- Detección de SALMONELLA en heces de paciente incontinente: 1 caso.

En 2 pacientes se detectaron 2 microorganismos multirresistentes.

En todas las circunstancias anteriores se aplicó el protocolo de aislamiento del Complejo Asistencial.

NIVEL III: Especificación de las oportunidades de mejora. Acciones precisas, plazos, responsables etc.

- En algunos casos, el servicio de Medicina Preventiva no instauró, ni hizo el seguimiento de los aislamientos, ya que fueron los facultativos responsables de los pacientes los que adoptaron medidas, sin tener conocimiento de ello este servicio.

- Opino que es necesario que se informe al servicio de Medicina Preventiva de cualquier sospecha o certeza de las enfermedades transmisibles en los pacientes hospitalizados, para que este servicio adopte la política adecuada en cuanto a la prevención de la transmisión nosocomial.

En relación a las acciones precisas, plazos y responsables:

- A lo largo de este año se han enviado escritos a los facultativos, jefes de servicio y a la Dirección sobre el problema anteriormente detectado. La actitud de los facultativos asistenciales no ha cambiando.

- Es muy importante la informatización de la historia clínica y, por ello, la mejora de los recursos informáticos en todos los niveles para obviar este problema y otros muchos.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV PROCESO 2 OBJETIVO 2.3

NIVEL I: El Complejo Asistencial tiene normalizado e implantado **el procedimiento de limpieza de las áreas críticas.**

El protocolo sobre limpieza ya fue elaborado de años anteriores. Únicamente se ha añadido una nueva norma en cuanto a la frecuencia de la limpieza de superficies en los quirófanos, debido a las características actuales del Hospital Virgen de la Concha y al aumento de actividad quirúrgica.

La norma que se ha añadido es la siguiente:

- Limpieza diaria de las superficies horizontales y verticales después de la última intervención de la mañana y media hora antes de la primera intervención de la tarde.

NIVEL II: INFORME

Informe elaborado por el servicio de Medicina Preventiva.

En el mes de diciembre se ha realizado evaluación del estado de la limpieza en el área quirúrgica Intensiva. El servicio de Medicina Preventiva ha podido constatar lo siguiente:

- La frecuencia de limpieza en estas áreas críticas en general, es conforme al protocolo.
- Los desinfectantes utilizados también se ajustan al protocolo.
- El orden en que realizan la limpieza (de zonas más restringidas a las más periféricas) también es el correcto.
- Se han encontrado las siguientes deficiencias en las salas de intervención:
 - Suciedad en las rejillas por donde sale el aire climatizado.
 - Suciedad en la mesa auxiliar donde están colocados aparatos de control médico.
 - Suciedad en la mesa de anestesia.
 - Suciedad en las estanterías de la zona de almacén contigua a las ventanas.
 - Suciedad de cristales de las ventanas.

En el servicio de Medicina Intensiva se ha encontrado suciedad en:

- Parte superior de armario de medicación.
- Aparataje almacenado.

NIVEL III: Acciones precisas, plazos y responsables.

- Comunicación de esta evaluación y medidas a tomar según protocolo, al personal competente (enfermera supervisora de hostelería, enfermera supervisora de quirófano, encargada de la limpieza, Dirección Médica y Dirección de Enfermería.

Plazo: Mes de Diciembre de 2005.

Responsable: Servicio de Medicina Preventiva.

- Evaluación una vez al mes por parte del servicio de Medicina Preventiva de la limpieza de las áreas críticas.

Plazo: 1 vez mensualmente.

Responsable: Servicio de Medicina Preventiva.

- Comunicación de las evaluaciones mensuales al personal competente.

Plazo: 1 vez mensualmente.
Responsable: Servicio de Medicina Preventiva.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV
PROCESO 2
OBJETIVO 2.3

NIVEL I: El Complejo Asistencial tiene normalizado e implantado el procedimiento de “**LAVADO DE MANOS RUTINARIO Y QUIRÚRGICO**”

El procedimiento fue elaborado en años anteriores y no ha sufrido ninguna modificación.

NIVEL II: El Complejo Asistencial evalúa progresivamente la aplicación del anterior protocolo.

Informe elaborado por la Enfermera Supervisora del servicio de Medicina Preventiva.

El servicio de Medicina Preventiva vigila muy frecuentemente, al mismo tiempo que realiza otras tareas, la localización de carteles en donde consta especificado el procedimiento de lavado de manos y la visibilidad de los mismos. Esta tarea se valora en todos los puntos de lavado de manos del Hospital Virgen de la Concha: sala de hospitalización en donde tiene lugar el lavado de manos rutinario y especial, y en los lavaderos de la zona contigua a los quirófanos.

El resultado es el siguiente:

- En todos los puntos están presentes los carteles.
- Todos están bien visibles.

NIVEL III: El Complejo Asistencial lleva a cabo acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas. No se han detectado oportunidades de mejora en cuanto a la localización y situación de los carteles.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV
PROCESO 2
OBJETIVO 2.3

NIVEL I: El Complejo Asistencial tiene normalizado e implantado el **procedimiento de limpieza de las áreas críticas.**

El protocolo sobre limpieza ya fue elaborado de años anteriores. Únicamente se ha añadido una nueva norma en cuanto a la frecuencia de la limpieza de superficies en los quirófanos, debido a las características actuales del Hospital Virgen de la Concha y al aumento de actividad quirúrgica.

La norma que se ha añadido es la siguiente:

- Limpieza diaria de las superficies horizontales y verticales después de la última intervención de la mañana y media hora antes de la primera intervención de la tarde.

NIVEL II: INFORME

Informe elaborado por el servicio de Medicina Preventiva.

En el mes de diciembre se ha realizado evaluación del estado de la limpieza en el área quirúrgica Intensiva. El servicio de Medicina Preventiva ha podido constatar lo siguiente:

- La frecuencia de limpieza en estas áreas críticas en general, es conforme al protocolo.
- Los desinfectantes utilizados también se ajustan al protocolo.
- El orden en que realizan la limpieza (de zonas más restringidas a las más periféricas) también es el correcto.
- Se han encontrado las siguientes deficiencias en las salas de intervención:
 - Suciedad en las rejillas por donde sale el aire climatizado.
 - Suciedad en la mesa auxiliar donde están colocados aparatos de control médico.
 - Suciedad en la mesa de anestesia.
 - Suciedad en las estanterías de la zona de almacén contigua a las ventanas.

- Suciedad de cristales de las ventanas.

En el servicio de Medicina Intensiva se ha encontrado suciedad en:

- Parte superior de armario de medicación.
- Aparataje almacenado.

NIVEL III: Acciones precisas, plazos y responsables.

- Comunicación de esta evaluación y medidas a tomar según protocolo, al personal competente (enfermera supervisora de hostelería, enfermera supervisora de quirófano, encargada de la limpieza, Dirección Médica y Dirección de Enfermería.

Plazo: Mes de Diciembre de 2005.

Responsable: Servicio de Medicina Preventiva.

- Evaluación una vez al mes por parte del servicio de Medicina Preventiva de la limpieza de las áreas críticas.

Plazo: 1 vez mensualmente.

Responsable: Servicio de Medicina Preventiva.

- Comunicación de las evaluaciones mensuales al personal competente.

Plazo: 1 vez mensualmente.

Responsable: Servicio de Medicina Preventiva.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV

PROCESO 2

OBJETIVO 2.3

NIVEL I: El Complejo Asistencial tiene normalizado e implantado el procedimiento “**LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL REUTILIZABLE**”.

El procedimiento está normalizado e implantado en años anteriores y no ha sufrido ninguna modificación.

NIVEL II: El Complejo Asistencial evalúa progresivamente la aplicación del protocolo anterior.

INFORME SOBRE APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN.

El informe ha sido elaborado por la Enfermera Supervisora de la Central de Esterilización del Hospital Virgen de la Concha.

Para elaborar un análisis de la aplicación y las conclusiones obtenidas sobre los protocolos de limpieza, desinfección y esterilización de material reutilizable recurrimos a la *gestión de calidad*, esto conlleva planificación, control y mejora de la calidad.

Los objetivos a conseguir son:

- Gestión efectiva y eficiente de la esterilización
- Objetivos específicos:
 1. Adecuar los procedimientos de esterilización al tipo de material a esterilizar, para lo que en nuestra central dispone de los protocolos sobre cada sistema de esterilización.
 2. Reducir demoras en el proceso de esterilización este punto se impone como área de mejora.
 3. Reducir las pérdidas de material. , área de mejora
 4. Adecuar la prestación de calidad con costes y tiempos correctos.

Todo esto se lleva a cabo mediante un control para verificar que se cumple lo planificado, este control se realiza estableciendo:

- *Criterios:* lo que hay que hacer
- *Indicadores:* forma o modo de medir los criterios
- *Estándar:* nivel óptimo que ha de alcanzar el indicador.

CRITERIOS A TENER EN CUENTA:

1. Criterio de indicación de esterilización: Se ha de esterilizar todo el material que entre en contacto con campo quirúrgico estéril o territorio orgánico estéril.

- a. Indicador: N° de productos que se esterilizan y consta en catálogo de _____ esterilización
x100
N° de productos que se esterilizan

- b. Estándar: 100%

Conclusión: este estándar se cumple para nuestra central.

2. Criterio de preparación previa de material a esterilizar: Todo material previamente a su esterilización debe ser preparado

- a. Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de productos que se rechazan por mala preparación}}{\text{N}^\circ \text{ productos que se esterilizan}} \times 100$

- b. Estándar :<5%

Conclusión: este estándar se cumple en nuestra central de esterilización debido a que los procesos se han centralizado y la limpieza y preparación se hace en la misma central, el número de errores queda dentro del estándar establecido, llegando a ser el número de errores de los productos procedentes de unidades clínicas con lo cual queda por debajo del estándar establecido.

3. Criterio de envasado adecuado del material a esterilizar: Según protocolo establecido para cada proceso.

- a. Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de errores en el envasado de materiales a esterilizar a la } \underline{\hspace{2cm}} \text{ semana}}{\text{X100}}$

Nº de cargas de esterilización realizadas en la semana

- b. Estándar: 0%

Conclusión: Los criterios y el estándar de envasado se cumplen para todos los productos que se esterilizan

4. Criterio de métodos de esterilización a utilizar según el material: elegir como método preferente el vapor para todo aquel material termoestable por ser el procedimiento más eficaz seguro y económico.

- a. Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de productos que se esterilizan y consta que deben esterilizarse } \underline{\hspace{2cm}} \text{ por vapor}}{\text{N}^\circ \text{ de productos que se esterilizan por vapor}} \times 100$

- b. Estándar: 100%

Conclusión : Este estándar también se cumple en nuestra central debido a que consta en protocolo que, según indicaciones del servicio de Medicina Preventiva, el método de elección para la esterilización sea el vapor para lo cual únicamente se esteriliza en frío el material termolábil indispensable, esto se hace asimismo para limitar los riesgos laborales en la central debido a la reconocida toxicidad de todos los métodos de esterilización químicos.

5. Criterio de verificación de la efectividad del proceso de esterilización: Se ha de verificar en el correcto resultado de los indicadores físicos, químicos y biológicos, acompañándolos de hoja diaria de verificación.

a. Indicador : $\frac{\text{n}^\circ \text{ de cargas de esterilización (para cada uno de los sistemas vapor, O.E., VBTF-esterilización por vapor a baja temperatura formaldehído) que se acompañan de hoja de verificación con indicadores de esterilización correctos por semana}}{\text{N}^\circ \text{ de cargas de esterilización por autoclave por semana}} \times 100$

- b. Estándar : 100%

Conclusión: En nuestro caso este criterio también se cumple al 100%, se llevan registros diarios de todas y cada uno de las autoclaves donde se incorporan las graficas y controles químicos, los controles biológicos se hace una primera lectura en esterilización y la lectura de las 48 horas así como el registro queda constancia en el servicio de Medicina Preventiva.

6. Criterio de caducidad de la esterilización: Debe ser mínimo el producto reesterilizado por haber caducado el tiempo impreso en el paquete.

a. Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de productos que se reesterilizan por haber sobrepasado el } \underline{\hspace{2cm}} \text{ tiempo de caducidad de a esterilización}}{\text{N}^\circ \text{ de productos que se esterilizan}} \times 100$

- b. Estándar: <1%

Conclusión: Esta es un área de mejora para nuestra central, aunque nos acercamos bastante al estándar debido a las acciones que se tomaron junto con el servicio de medicina preventiva para ajustar las fechas de caducidad.

Dada la situación actual de obras del hospital, nuestro almacén de esterilización no reúne las condiciones idóneas, por lo que se decidió ajustar los tiempos de caducidad de los materiales almacenados, esto hace que algunos productos tengan que reesterilizarse antes de su uso, situación que esperamos se arregle en el momento en que ocupemos nuestra ubicación definitiva en el hospital.

7. Criterio de satisfacción del cliente interno

- a. Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamaciones por retraso, deterioro o pérdidas, llegadas a la } \underline{\hspace{10em}} \text{ central de esterilización al mes } \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de cargas de esterilización realizadas al mes}}$
- b. Estándar: 0%

Conclusión: Esta es un área de mejora clara para nuestra central debido a que no cumplimos el estándar, si bien se ha mejorado bastante en el último año debido a que han bajado el nº de reclamaciones. Se tomaron algunas acciones de mejora como fue:

- la elaboración de una hoja de entrega y recogida del material donde se había de firmar tanto la persona que entrega, la que lo prepara en esterilización y la que lo recibe en planta, con copia para la planta para la central-
- Modificación en el protocolo de preparación en el que se ha de poner el nº de piezas que compone cada paquete y que ha de coincidir con el nº de piezas que hay en el vale.

No obstante, la acción tomar es la firma de la hoja en el momento de su entrega previa comprobación del material

8. Criterio de mantenimiento correcto:

- a. Indicador: N° de controles periódicos realizados con paquete de prueba por autoclave al trimestre
- b. Estándar: por lo menos 1

Conclusión : Este criterio se cumple debido a que existe un contrato de mantenimiento con la empresa de los autoclaves y se realizan revisiones periódicas trimestrales de los equipos, tras lo cual se realiza siempre un control con paquete de prueba y químico.

NIVEL III: El Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

A- Oportunidades de mejora:

1º.- Se han considerado nuevas sugerencias en el área de lavado a tener en cuenta. Se dictarán nuevas normas en el sentido de mejorar la seguridad del personal en la central de Esterilización y de la mejor estandarización de esta fase de higienización, así como también una mejor organización del trabajo en esta unidad.

Plazo: 1º trimestre del año 2006.

Responsables: Enfermera Supervisora responsable de la Central y Médico responsable del servicio de Medicina Preventiva.

2º.- Mejora del indicador de caducidad de la esterilización, aunque este indicador se acerca al estándar.

Consideramos que las causas responsables son que las condiciones del almacén de la central no son idóneas dada la situación de provisionalidad de las obras del Hospital.

Plazo:

Responsables:

3º.- Mejora del indicador de satisfacción del cliente interno.

Se han tomado ya algunas medidas precisas:

- Elaboración de una hoja de entrega y recogida del material en donde se debe firmar, tanto la persona que entrega el material, la persona que lo prepara en esterilización y la persona receptora en el lugar de destino.

- Modificación en el protocolo de preparación del material para mejor control de las piezas.
- Se debe insistir en la firma de la hoja en el momento de su entrega previa comprobación del material.

Plazo: 1º trimestre del año 2006.

Responsables: Enfermera Supervisora de la Central y el resto del personal de la misma.

4º.- Mejora de la satisfacción del personal de la Central en una mejora continua de su formación, a través de cursos sobre fundamentos y procedimientos en el procesado de los materiales médico-quirúrgicos.

LÍNEA ESTRATÉGICA IV PROCESO 2 OBJETIVO 2.3

NIVEL I: El Complejo Asistencial tiene normalizado e implantado el procedimiento de “**Medidas de Mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental en áreas de riesgo y situación de obras**”.

El protocolo fue elaborado en años anteriores. También se lleva a cabo la medición de cloro en agua sanitaria, en relación con la prevención de Legionelosis.

NIVEL II: El Complejo Asistencial evalúa progresivamente la aplicación del procedimiento anterior.

Informe elaborado por la Médico responsable del servicio de Medicina Preventiva.

El servicio de Medicina Preventiva realiza mensualmente la vigilancia de la seguridad ambiental en relación a hongos oportunistas en áreas de riesgo: Áreas quirúrgicas, Reanimación, servicio de Medicina Intensiva, unidad de Hematología, unidad de Neonatología del Hospital Virgen de la Concha, Hospital Provincial y trimestralmente en el Hospital Comarcal de Benavente.

Últimamente también se hace vigilancia ambiental en relación a bacterias en áreas de alto riesgo.

Semanalmente se realiza la medición de cloro en agua sanitaria recogida de los lavabos de las habitaciones de los pacientes que se encuentran en los niveles más altos del edificio.

Los resultados son comunicados a las Direcciones Médica y de Enfermería, a los servicios médicos implicados y a las unidades de enfermería implicadas con el objeto de:

1º Ser informados acerca del estado de la Bioseguridad ambiental.

2º En casos de no bioseguridad adecuada, comunicar las medidas pertinentes para prevenir la infección hospitalaria en este sentido.

En relación a este último punto se han enviado 348 informes, y se han mejorado los niveles de contaminación.

NIVEL III: El Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Oportunidades de mejora:

1º Los niveles de hongos oportunistas en unidades de Hematología siguen siendo elevados para hospitalización de pacientes neutropénicos severos y mantenidos.

Para estas unidades se recomienda, para mantener los niveles de bioseguridad, la instalación de sistemas de aire filtrado a través de HEPA con presión positiva.

Plazo:

Responsables:

2º El servicio de Medicina Preventiva no recibe información por parte del servicio de Mantenimiento sobre los procedimientos de limpieza e higienización de los sistemas de depósito y conducción de agua sanitaria, y de los mismos procedimientos en las torres de refrigeración del Complejo Asistencial, a pesar de haberlo solicitado por escrito en repetidas ocasiones.

Sobre este particular se informará a las direcciones y seguiremos insistiendo en la importancia de la coordinación entre ambos servicios.

OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA



- Es necesario dotar al Servicio de Medicina Preventiva de medios informáticos para poder realizar su trabajo (ordenador, grabadora CD, fax)

INDICADORES DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA.
Resumen de la información recibida en 2005

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva

Úlceras por presión Fórmula del indicador (*Epine*)

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

EVALUADO- NO APORTADO

Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

$\frac{\text{Número de casos de infección nosocomial en un día determinado} \times 100}{\text{Número total de pacientes estudiados en ese día}} = \quad 15 / 217 * 100 = 6,91 \quad \%$

Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.

$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en pacientes intervenidos} \times 100}{\text{Número de enfermos intervenidos}} = \quad 8 / 310 = 2,6 \quad \%$

Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.

$\frac{\text{Número de infecciones urinarias en pacientes sondados} \times 100}{\text{Número de pacientes sondados}} = \quad 2,6 \quad \%$

Cumplimiento de los protocolos de profilaxis antibiótica

En cirugía limpia
En cirugía contaminada
En cirugía sucia

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

ADECUADO: $49 / 105 * 100 = 47\%$
INADECUADO: $49 / 105 * 100 = 47\%$
INDETERMINADO: $7 / 105 * 100 = 7\%$

Oportunidades de mejora detectadas:

- Es necesario dotar de medios informáticos y mejora de la intercomunicación entre Microbiología, Medicina preventiva y clientes internos para mejorar la captura de información.

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	ENERO 2005	8 / 310 * 100= 2,6%	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

Oportunidades de mejora:

- Con los medios actuales es imposible analizar la información ya que se pierde información que es preciso recoger retrospectivamente en la historia clínica lo que incrementa la carga de trabajo
- Es necesario monitorizar estos parámetros para disponer de datos en tiempo real, para ello es preciso mejoras en la intercomunicación y dotación de medios informáticos en Microbiología y Medicina Preventiva

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.....**AGOSTO y SEPTIEMBRE 2005**.....

Incidencia acumulada de neumonía en pacientes sometidos a ventilación mecánica= **8 / 16 = 50%**

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 10^8 , $> 10^8$ 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:

- La incidencia acumulada (50%) es muy superior al estándar (>20%)
- Es necesario monitorizar estos parámetros para disponer de datos en tiempo real, para ello es preciso mejoras en la intercomunicación y dotación de medios informáticos en Microbiología y Medicina Preventiva

COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA

OBJETIVO: 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: Coordinadora de Formación Continuada

1- El Hospital / Complejo Asistencial realiza la identificación y priorización de necesidades formativas en concordancia con los objetivos institucionales para elaborar el Programa / Plan de Formación:

- Acta de aprobación del Programa / Plan de Formación por las Comisiones de Formación y de Dirección y presentación al Servicio de Formación.

2- El Programa / Plan de Formación será aprobado por los órganos competentes, presentado y divulgado para que llegue a toda la plantilla del centro:

- Informe del Gerente donde se especifican las actuaciones de presentación y divulgación del Programa / Plan de Formación.

3- El Hospital / Complejo Asistencial desarrolla y evalúa el Programa / Plan de Formación según los criterios metodológicos y de calidad establecidos en el Plan General de Formación:

- Evaluación realizada a través de indicadores de Estructura / Cobertura / Proceso / Satisfacción / Resultados de las actividades de formación y acreditación de las mismas.

Estos parámetros se realizan pero no se han recibido resultados de esta área en la Unidad de Calidad

En el mes de Noviembre de 2005 se impartió un curso sobre Introducción al Modelo EFQM dirigido a directivos y personas con responsabilidad en las comisiones clínicas.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Conviene unificar las comisiones de investigación, formación continuada y docencia en una sola con un presidente y tres subcomisiones una para cada área
- Las tres comisiones especificadas tienen dificultades para evaluar y comunicar sus resultados

COMITÉ ASISTENCIAL DE ÉTICA

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

RESPONSABLE: Comité de Ética Asistencial

DOCUMENTACIÓN APORTADA^{33, 34}

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

MEMORIA ANUAL 2005

1. NOMBRE

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

2. OBJETIVOS ANUALES

Han sido objetivos del años 2005 los siguientes:

- Continuar la formación en Bioética de los profesionales sanitarios del área de Zamora.
- Incorporación de miembros de A. Primaria al Comité con vistas a formalizarse el Comité Asistencial de Area de Zamora.

3. RESULTADOS OBTENIDOS

A. Modificaciones producidas en el Comité.

- Incorporación de Dña. Lourdes Ledesma Santiago, facultativo de Atención Primaria, como vocal ,en sesión 13-04-05.
- Nombramiento del cargo de vicepresidencia, en la persona de Isabel García Arroyo, facultativo especialista en Neumología; en sesión de 13-04-05.
- Nombramiento del cargo de Secretaria, en la persona de Mª José Bartolomé Cuervo; en sesión de 13-04-05.

Por lo tanto en Diciembre-05 el número total de miembros es de 17.

B. Volumen y características de los conflictos planteados.

No se produce ninguna consulta al Comité.

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

³⁴ Consultar el cuadro correspondiente del PAG 2004 en el que se especifican los distintos niveles hablados con el/la Presidente/a del Comité

C. Formación e investigación en los miembros del Comité

- Formación sistematizada a través de lectura, síntesis y debate de artículos actuales relacionados con la Bioética y su metodología:
“CEA: problemas prácticos”. J. Carlos Alvarez en Comité de Bioética. Julio Luis Martínez (Ed). Descleé de Brouwer. Comillas 2003.
- Puesta al día sobre las cuestiones que plantean los residuos humanos y abortivos.
- Asistencia al XVIII Jornadas de Salud Pública. “De la bioética clínica a la bioética global. 19-21 mayo-05 Granada.
- Participación en sesiones clínicas hospitalarias destinadas al colectivo médico en temas relacionados con la Bioética.
- Participación en la jornada técnica sobre Consentimiento Informado, organizado por la Junta de Castilla y León; 28/11/05.

D. Desarrollo de protocolos de actuación: ninguno.**E. Otras actividades y realizaciones.**

- _ Validación de Guía de actuación clínica sobre prótesis de cadera ortopédica del Sº de Traumatología.

4. NÚMERO DE REUNIONES:

- _ 5; con fechas 16-02-05; 13/04/05; 15/06/05; 05/10/05; 14/12/05.

5. PORCENTAJE DE ASISTENCIA A LAS REUNIONES: 57%.**6. COMENTARIOS. OPORTUNIDADES DE MEJORA**

- Motivación e incentivación en los miembros para los objetivos del Comité.
- Liberación de tiempos para la asistencia a sesiones y dedicación a tareas del Comité.

7. ACCIONES PRIORITARIAS QUE SE LLEVARÁN A CABO:

- Validación del Comité como Comité de Ética Asistencial del Área de Zamora.
- Continuar con la formación de los miembros del Comité y profesionales sanitarios de Zamora en relación a la Bioética.

Fdo. Dra. M. Sánchez Jacob.
Presidenta del Comité Asistencial
Zamora, 30 de diciembre de 2005.

**COMISIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA
SERVICIO DE FARMACIA**

OBJETIVO: 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 APORTADA³⁵

- Guía farmacoterapéutica**³⁶
- 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)**
- Sistemática de adquisición de nuevos productos (informe)**

Publicado en Nuevo Hospital

Nº 95: Guía farmacoterapéutica 2005. Guía de equivalentes terapéuticos

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

³⁶ 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

OBJETIVOS ASIGNADOS A LOS SERVICIOS y UNIDADES

Objetivo: MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS y UNIDADES (asistenciales y no asistenciales)

Servicios y unidades asistenciales (unidades centrales, área médica, enfermería)

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	Nombre del Servicio-Unidad Composición (miembros) Funciones de sus miembros Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) Reglamento (Estatuto) Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) Plan de información a pacientes y familiares Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	Nombre del Servicio-Unidad Objetivos anuales Resultados obtenidos Comentarios - oportunidades de mejora Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

Servicios / unidades que han enviado sus resultados

ÁREA MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> - MEDICINA PREVENTIVA - MICROBIOLOGÍA - NEUMOLOGÍA - RADIOTERAPIA - UCI - URGENCIAS - FARMACIA
ÁREA DE ENFERMERÍA	<ul style="list-style-type: none"> - HOSPITAL PROVINCIAL

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Pese a que la metodología y objetivos están claros (Manual de Calidad, Manual de Metodología, difusión de metodología) se han detectado los siguientes fallos:
 1. no se cumplen los plazos establecidos (límite el 15 de diciembre de 2005, aunque siempre se amplía; debe tener en cuenta el lector que esta memoria se cerró el 15 de febrero de 2006, es decir dos meses después del límite de plazo)
 2. no se ha transmitido bien a los servicios y unidades médicas y a sus líderes (jefes de servicio / responsables de unidad) la importancia de cumplir con los aspectos formales de la documentación
 3. consta en la Unidad de Calidad que la petición de los resultados a los servicios desde la dirección médica ha llegado tarde
 4. no se ha trabajado durante todo el año para disponer de la documentación
 5. por todo ello en los resultados recibidos y que están disponibles presentan gran variabilidad de unos servicios a otros.

La información está disponible en CDR anual 2005

- Para 2006 se mantendrá el objetivo de elaborar los documentos que se consideran básicos y que deben tener todas las unidades
- Las divisiones del área médica de los tres hospitales del Complejo Asistencial han de enviar la documentación solicitada a la Unidad de Calidad

SERVICIOS y UNIDADES ASISTENCIALES

Objetivo: MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS y UNIDADES

Responsable: DIRECCIÓN GERENCIA (Servicio de Atención al Usuario, Servicio de Admisión)

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO: no recibido

SERVICIO DE ADMISIÓN: dispone de manual de funcionamiento (Nº 81 de Nuevo Hospital)

- **ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS: dispone de manual de funcionamiento (Nº 107 de Nuevo Hospital)**

MEJORA DE INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

Responsable: Servicio de Atención al Usuario (SAU)

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial informa adecuadamente al paciente y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial incluyendo el Consentimiento Informado cuando se precise

- 1 Documentos:
1. Planes de Información de los servicios

Resultados de la Encuesta Regional de satisfacción de los usuarios de Atención Especializada:
2. Porcentaje de personas que valoran positivamente la información recibida del personal sanitario.
- 2 Documento:
- Plan de Información del Área de Urgencias.
- 3 Informe de evaluación sobre los documentos de Consentimiento Informado aplicados en el año 2005.

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial informa adecuadamente a pacientes y familiares sobre su funcionamiento

- 1 Documentos:
1. Manual de acogida y Procedimiento de entrega

Resultados de la Encuesta Regional de satisfacción de usuarios de Atención Especializada:
2. Porcentaje de personas que declaran haber recibido el Manual de acogida.
- 2 Documentos informativos sobre el funcionamiento y normas en el Servicio de Urgencias.
- 3 Documentos informativos sobre el funcionamiento y normas en Consultas Externas

CALIDAD PERCIBIDA

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial analiza las expectativas y necesidades de los usuarios y su opinión respecto de la calidad de los servicios recibidos.

- 1 El Hospital / Complejo Asistencial ha implantado métodos para conocer las expectativas y necesidades de los usuarios y su opinión acerca de la calidad de la atención recibida:
Informe sobre los diferentes métodos implantados y metodología de aplicación.
- 2 El Hospital / Complejo Asistencial analiza la información y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora): Informe en el que se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios

- 1 Reclamaciones / sugerencias atendidas en 2005 clasificadas por temas

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial dispone de un Plan de atención al cuidador principal

- 1 Documentos:
- Plan de atención al cuidador principal.
Apartados: destinatarios, valoración y criterios de inclusión, plan de actuación, evaluación y coordinación con Atención Primaria

PLANES DE INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS y UNIDADES

Listados de los Planes de Información de los Servicios aportado por el Servicio de Atención al Usuario (SAU³⁷).

Los planes de información están disponibles en los servicios correspondientes y los responsables de su elaboración, renovación e implantación son los jefes/ responsables de servicio. Así mismo ha de haber una copia de cada plan en el SAU. Los planes de información han sido validados por el CAE y por el SAU

PLANES DE INFORMACIÓN

- **HOSPITAL COMARCAL DE BENAVENTE:**
 - Medicina Interna (U. de Hospitalización)

- **HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA**
 - Urología (U. de Hospitalización)
 - Medicina Interna:
 - Oncología (U. de Hospitalización de día)
 - Unidad de Cuidados Medios (U. de Hospitalización)
 - Unidad de Medicina Interna (U. de Hospitalización)
 - Cirugía General (U. de Hospitalización)
 - Ginecología (U. de Hospitalización)
 - O.R.L. (U. de Hospitalización y Consultas Externas)
 - Dermatología (U. de Hospitalización y Consultas Externas)
 - Radioterapia

- **HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA**
 - Traumatología y Ortopedia (U. de Hospitalización)
 - Hemodiálisis
 - U.C.I. (U. de Hospitalización)
 - Pediatría:
 - Escolares (U. de Hospitalización)
 - Neonatos (U. de Hospitalización)
 - Hematología (U. de Hospitalización)
 - Toco-ginecología (U. de Hospitalización)
 - Urgencias:
 - Información médica
 - Información de enfermería
 - Medicina Interna:
 - Infectología (U. de Hospitalización)
 - Endocrinología (U. de Hospitalización)
 - Digestivo (U. de Hospitalización)
 - Neurología (U. de Hospitalización)
 - Neumología (U. de Hospitalización)
 - Cardiología (U. de Hospitalización)
 - Reumatología (U. de Hospitalización)
 - Medicina Interna " Sección A" (U. de Hospitalización)
 - Medicina Interna "Sección B" (U. de Hospitalización)
 - Nefrología (U. de Hospitalización)
 - Neumología (U. de Hospitalización)
 - Anestesia
 - Laboratorio
 - Cirugía General
 - Banco de Sangre
 - Farmacia

³⁷ SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO

**OPORTUNIDADES DE MEJORA**

- Los parámetros se están evaluando como en años anteriores pero no se ha recibido información desde el SAU a la Unidad de Calidad
- Debe mejorar la aportación anual de información desde el SAU a la Unidad de Calidad

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

RESPONSABLE: Dirección Médica - Todos los Servicios y Unidades Médicas

DOCUMENTACIÓN APORTADA³⁸

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.

Envían sus planes de trabajo en 2004	Oportunidad de mejora 2005 (elaborar planes de trabajo)
Análisis Clínicos	
Anestesia-Reanimación	HOSPITALIZACION A DOMICILIO INFECTOLOGIA REUMATOLOGIA ONCOLOGÍA MÉDICA
Dermatología	ANATOMIA PATOLOGICA
Medicina Interna:	BIOQUIMICA
Alergología	CARDIOLOGIA
Medicina Interna	CIRUGIA
Digestivo	HEMATOLOGIA
Endocrinología	MEDICINA PREVENTIVA
Neumología	MICROBIOLOGIA
Neurología	NEFROLOGIA
Unidad de Cuidados Intensivos	NEUROFISIOLOGIA
Oftalmología	PEDIATRÍA
Otorrinolaringología	REHABILITACION
Radiodiagnóstico	URGENCIAS
Ginecología	PSIQUIATRÍA
Traumatología	
Urología	

INDICAR LOS SERVICIOS QUE TIENEN IMPLANTADO SUS PLANES DE TRABAJO

- No se han recibido modificaciones durante 2005 respecto a 2004
- Es necesario estimular a los servicios y unidades a elaborar el Manual de Funcionamiento y la Memoria Anual

³⁸ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

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

RESPONSABLE: Todos los Servicios y Unidades Médicas y Quirúrgicas

El Hospital / Complejo Asistencial normaliza (mediante la definición y adaptación de guías, vías, o protocolos de práctica clínica) e implanta al menos 1 proceso asistencial en cada especialidad médica y quirúrgica.

- 1 Se identifican los responsables de su implementación, de su revisión y actualización.
Documentos:
 - guías, vías o protocolos
 - informe en el que se especifica el proceso de implantación de todas las guías / vías / protocolos elaborados, identificando en cada una los responsables de su implementación, revisión y actualización.
- 2 El Hospital / Complejo Asistencial 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).
Informe en el que se especifica el análisis realizado sobre el grado de cumplimiento de las guías / vías / protocolos en al menos 1 proceso asistencial por especialidad médica y quirúrgica.
- 3 El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.
Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas, plazos y responsables.

ÍNDICE DE GUÍAS PUBLICADAS EN NUEVO HOSPITAL

PERIODO 2001-2005

Revista NuevoHospital (sumario <www.calidadzamora.com>)

1. Nº 111: Guía para la utilización de fármacos por vía inhalada
2. [Nº 109: Guía clínica para la evaluación y tratamiento de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad](#)
3. [Nº 106: Guía para el manejo de la tos crónica](#)
4. [Nº 104: La otitis seromucosa: diagnóstico y guía terapéutica](#)
5. [Nº 103: Programa de rehabilitación tras artroplastia de hombro](#)
6. [Nº 102: Guía del enfermo coronario](#)
7. [Nº 95: Guía farmacoterapéutica 2005. Guía de equivalentes terapéuticos](#)
8. Nº 94: Guías en el Servicio de Medicina Intensiva: [1- Guía de Sedo-analgésia en Ventilación Mecánica.] [2- Guía del manejo del Donante Potencial .] [3- Historia Clínica y su Archivo. Recogida de Pruebas complementarias. Analítica]
9. Nº 93: [1- Pediatría: Protocolo de tratamiento de cetoacidosis diabética (CAD).] [2- Alergología: Inmunoterapia (póster)]
10. Nº 92: Protocolos normalizados de Microbiología: [1- Hemocultivos.] [2- Estudio bacteriológico de la orina: urocultivo.] [3- Estudio microbiológico del líquido cefalorraquídeo]
11. Nº 91: Protocolos de Ginecología - Obstetricia: [1- Protocolo de Alta en el Servicio.- Casos no complicados. Grds más frecuentes.] [2- Protocolo de cribaje ecográfico en el 1er trimestre de la gestación para detección de aneuploidías y otros defectos congénitos.] [3- Protocolo de

- análogos de Gn-RH en cirugía ginecológica, endometriosis y premenopausia.] [4- Protocolo de actuación en la rotura prematura de membranas (R.A.M.).] [5- Protocolo de esterilización tubárica (E.T.)]
12. Nº 88: Manual de usuario del Laboratorio Clínico (Bioquímica, Hematología, Microbiología). Hospital Virgen de la Concha
 13. Nº 84: GUÍA NEUMOLOGÍA: Ventilación mecánica no invasiva. Insuficiencia respiratoria aguda
 14. Nº 79: Normas generales de recogida y transporte de muestras microbiológicas
 15. Nº 77: Guía de cuidados en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial (Edición electrónica. Tercera edición, 2004)
 16. Nº 76: Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño.
 17. Nº 70: Protocolos de Medicina Interna: [Infarto agudo de miocardio]. [Profilaxis infecciosa]
 18. Nº 69: GUÍA DE URGENCIAS: Protocolos en pediatría: Síndrome febril y deshidratación
 19. Nº 68: Procedimiento de transfusión
 20. Nº 67: Manual de transfusión
 21. Nº 65: GUÍA DE URGENCIAS: [Heridas por asta de toro]. [Traumatismo torácico]. [Traumatismo craneal].
 22. Nº 63: Sistema de vigilancia de la infección hospitalaria
 23. Nº 62: Guía de equivalentes terapéuticos(versión 3.0-2003)
 24. Nº 61: Guía farmacoterapéutica (versión 3.0-2003)
 25. Nº 56: Protocolo para la reducción de caídas en el medio hospitalario.
 26. Nº 53: Protocolos de profilaxis de infección quirúrgica.
 27. Nº 52: Guía para pacientes portadores de cánula.
 28. Nº 44: GUÍA DE URGENCIAS: Intubación rápida
 29. Nº 43: GUÍA DE URGENCIAS: Paciente quemado grave
 30. Nº 42: GUÍA DE URGENCIAS: Infecciones urinarias
 31. Nº 41: GUÍA DE URGENCIAS: Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA)
 32. Nº 40: GUÍA DE URGENCIAS: Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE)
 33. Nº 39: GUÍA DE URGENCIAS: Infarto agudo de miocardio
 34. Nº 38: GUÍA DE URGENCIAS: Hemorragia digestiva alta (HDA)
 35. Nº 37: GUÍA DE URGENCIAS: Epilepsia
 36. Nº 36: GUÍA DE URGENCIAS: Cólico nefrítico
 37. Nº 34: Guía para el manejo clínico de la vía aérea difícil
 38. Nº 32: Protocolos de RM y TAC del Hospital Virgen de la Concha (1999-2002)

39. Nº 30: Guía de cuidados en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial (edición electrónica)
40. Nº 25: Vía clínica de tratamiento del asma en la infancia
41. Nº 22: Plan de catástrofes externas del Hospital Virgen de la Concha [disponible en CD-2001-2003]
42. Nº 21: Oncología Cérvicofacial. Manual para cuidadores
43. Nº 20: Guías y soluciones prácticas en el paciente con dolor
44. Nº16: Protocolo de actuación ante pacientes con alergia al látex
45. Nº14: Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada
46. Nº12: Fármacos Genéricos [disponible en CD-2001-2003]
47. Nº11: Guía del Usuario [disponible en CD-2001-2003]
48. Nº10: Reglamento de uso de la Historia Clínica
49. Nº8: DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS (monográfico)
50. Nº3: GUÍA PARA LA INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO (monográfico)

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

RESULTADOS:

Informe en el que se analiza el proceso de implantación de las guías, vías y protocolos
Línea Estratégica III. Proceso 3. Objetivo 3.1

En el Manual de Calidad 2005 se establece la metodología obligatoria para el registro y publicación de las guías, vías y protocolos.

En el Manual de Metodología 2005 se propone la recogida de los resultados de la aplicación de los documentos (cociente)

Se consideran implantadas las guías, vías y protocolos publicados en la revista Nuevo Hospital cuyo sumario es accesible permanentemente en Internet (www.calidadzamora.com)

Servicios de Hospitales del grupo II (Anexo 2)		GUÍAS, VÍAS , PROTOCOLOS Al menos uno disponible en Nuevo Hospital	
1.	ANESTESIA Y REANIMACIÓN	Si	
2.	APARATO DIGESTIVO	Si	
3.	CARDIOLOGÍA	Si	
4.	C. GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	No	
5.	MEDICINA INTENSIVA	Si	
6.	MEDICINA INTERNA	Si	
7.	NEFROLOGÍA	Si	
8.	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Si	
9.	OFTALMOLOGÍA	No	
10.	ORL	Si	
11.	PEDIATRÍA	Si	
12.	TRAUMATOLOGÍA	Si (no publicadas en NuevoHospital; soporte propio)	
13.	UROLOGÍA	Si	
14.	URGENCIAS	Si	
		12/14=85,7%	

Oportunidades de mejora:

1. Todos los servicios han de cumplir la metodología diseñada para el registro y publicación de los documentos dentro del Hospital (según el Manual de Calidad).
2. Se enviará información a los responsables de los servicios que tienen protocolos pero que no han sido enviados para su publicación para que cumplan con el requisito
3. Los responsables han de evaluar el grado de cumplimiento de los documentos según las orientaciones establecidas en el Manual de Metodología (nº pacientes atendidos según el documento / nº total de pacientes atendidos por la patología específica)
4. El mayor problema que hallamos:
 - a. En la elaboración: falta de tiempo y grupos de trabajo que elaboren, revisen y reediten los documentos por lo que algunos quedan obsoletos
 - b. En la difusión: falta de presupuesto para publicar. Falta de informatización de todo el sistema para poder acceder a los documentos publicados en Nuevo Hospital desde el servidor

- c. en la implantación: falta de tiempo y apoyo informático. En la CCGC y en el Grupo Técnico de Calidad se ha tratado la necesidad de informatizar la historia clínica para disponer de datos actualizados permanentemente lo que facilita tanto la adhesión a las guías como evaluar su grado de cumplimiento
- d. en la evaluación: es difícil que el mismo grupo que elabora los documentos pueda evaluar todos los documentos que ha elaborado

Oportunidades de mejora detectadas sobre el objetivo:

- la mayor dificultad una vez se elaboró una guía, vía o protocolo está en evaluar su grado de implantación, obtener conclusiones sobre oportunidades de mejora, revisarla y actualizarla sobre todo si es el mismo equipo quien debe elaborar y evaluar
- la carga asistencial y la falta de medios e incentiviación – motivación dificulta que los grupos de trabajo puedan ser a un tiempo elaboradores, implantadores, evaluadores y correctores de los documentos
- desde la CCGC se considera que es necesaria la informatización de la historia clínica y de todo el proceso asistencial para conocer el grado de adhesión a un protocolo sin el coste actual que conduce a la no evaluación
- en 2006 se continuará trabajando en cómo mejorar los aspectos formales de las guías y se insistirá en al menos evaluar el grado de adhesión con el cociente que figura en la metodología

Acciones para mejorar la elaboración, implantación y evaluación de guías, vías y protocolos:

1. hacer grupos de trabajo regionales para hacer protocolos homogéneos
2. utilizar de cada área los ya elaborados y mejorarlos y adaptarlos
3. informatizar la historia clínica
4. hacer un servidor web regional con todas las guías elaboradas siguiendo la metodología establecida en nuestro hospital (dando número de edición)
5. mantener en el servidor las guías actualizadas
6. acceso a la intranet desde todos los puntos de trabajo

Se han recibido evaluaciones de dos guías de urgencias: heridas por asta de toro y traumatismo craneoencefálico.

Como se ha indicado en memorias anteriores la evaluación de las guías – vías – protocolos han de realizarse por personal externo al elaborador

No se dispone de adecuada infraestructura informática como para implantar y evaluar objetivamente los documentos

El tiempo y medios son escasos por lo que la evaluación retrospectiva no parece la metodología idónea

Respecto a las vías clínicas no se desarrollan porque a criterio del grupo de calidad faltan medios informáticos, coordinación entre las personas implicadas para poder entrar en una auténtica gestión por procesos ya que la organización actual no permite el trabajo por procesos de una forma generalizada (identificación de los procesos, responsable del proceso, personas implicadas en el proceso, documentación: elaboración, implantación y desarrollo y evaluación)

Desde la Unidad de Calidad durante 2006 se continuará estimulando la elaboración - implantación y publicación en la revista Nuevo Hospital de guías – vías - protocolos

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

RESPONSABLE: Servicio de Urgencias

	SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Documentos:
1	- Descripción del Sistema de clasificación de pacientes - cuadro de mandos (hora de llegada del paciente, de clasificación, de asistencia y tiempo total de permanencia en urgencias).
	ANÁLISIS y OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS
2	Informe en el que se especifican el análisis realizado sobre la aplicación del sistema de clasificación y sobre la información del cuadro de mandos y las conclusiones obtenidas sobre ambos.
	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:
3	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. Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas: - acciones precisas, plazos y responsables.

Desarrollo del sistema de clasificación-triaje de los pacientes.

Nuestro hospital incluye el sistema de clasificación hecho para los Servicios de Urgencias Hospitalarias de los hospitales de Castilla y León, redactado por un grupo de trabajo y en el que hemos participado todos los hospitales de la Comunidad. Este trabajo se ha terminado durante el año 2004.

El personal tiene que ser específico dedicado solo a esta tarea, haciéndose en la actualidad una distribución por parte de la enfermera, que realiza otras funciones de asistencia al mismo tiempo

Al estar el hospital en obras y estar ubicados en una zona provisional sin espacio para esta actividad, dificulta el desarrollo de la clasificación-triaje.

Creemos necesario la informatización del servicio para poder realizar el triaje.

ESTUDIO DE LA ESPERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS **DEL HOSPITAL "VIRGEN DE LA CONCHA" (2005)**

1. METODOLOGÍA

Se revisaron los tiempos de espera de todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital a lo largo de 48 horas en dos días diferentes. Siguiendo las recomendaciones recibidas, se seleccionaron días no festivo, miércoles. Concretamente los días 30 de mayo y 26 de octubre de 2005.

Se recogían los siguientes datos: hora de llegada al Servicio de Urgencias (recogida por personal administrativo), hora de 1ª valoración con personal facultativo (recogida por el personal de enfermería y el personal médico, seleccionando la primera de las dos), hora de primera asistencia, hora de alta médica del Servicio de Urgencias (recogida por personal médico) y hora de salida física del Servicio (recogida por personal administrativo).

A las personas encargadas de recoger dichos datos se les informó previamente de la necesidad de hacerlo aunque sin indicarles los motivos. Sólo tuvieron exacto conocimiento del estudio el Jefe de la Unidad, la Supervisora de la Unidad, la Jefa del Personal Administrativo adscrito a la Unidad y el responsable médico del estudio.

Los datos obtenidos se introducen en hoja de cálculo con formato Excel.

2. FÓRMULA DEL INDICADOR

Pacientes que esperan horas en urgencias x 100

Total de pacientes que acuden al servicio de urgencias los días del estudio

% de Pacientes que permanecen menos de 1 hora en el Servicio de Urgencias

Periodo de estudio:

30 de mayo y 26 de octubre de 2005

Resultado:

$$\frac{43 \times 100}{229} = 18,78 \%$$

% de Pacientes que permanecen entre 1 y 2 horas en el Servicio de Urgencias

Periodo de estudio:

30 de mayo y 26 de octubre de 2005

Resultado:

$$\frac{60 \times 100}{229} = 16,20\%$$

% de Pacientes que permanecen entre 2 y 3 horas en el Servicio de Urgencias

Periodo de estudio:

30 de mayo y 26 de Octubre de 2005

Resultado:

$$\frac{52 \times 100}{229} = 22,71 \%$$

% en el Servicio de Pacientes que permanecen entre 3 y 6 horas en el Servicio Urgencias

Periodo de estudio:

30 de mayo y 26 de octubre de 2005

Resultado:

$$\frac{65 \times 100}{229} = 28,38 \%$$

% de Pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias

Periodo de estudio:

30 de mayo y 26 de Octubre de 2005

Resultado:

$$\frac{9 \times 100}{229} = 3,93 \%$$

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del estudio se desprende que, de 229 pacientes, permanecieron un tiempo excesivo en el Servicio de Urgencias (más de tres horas) un total de 72 (31,44%), de los que 9 (3,93%) estuvieron más de 6 horas.

Llama la atención (con respecto a años previos) el porcentaje de pacientes que estuvieron entre tres horas y seis horas y que se debe fundamentalmente a que el primer día de recogida de datos (30 de mayo de 2005) fue especialmente complicado con elevado número de pacientes atendidos y, entre ellos, un número superior de emergencias (urgencias vitales) de lo normal, que siempre suponen la necesidad de asistencia por un número mayor de personas (médicos, enfermeras, auxiliares y celadores), durante más tiempo, y precisando más frecuentemente exámenes complementarios especiales, lo que origina un retraso en la asistencia y obtención de resultados del resto de pacientes que en ese momento se encuentren en el servicio de urgencias.

Por el contrario, el porcentaje de pacientes que permanecieron más de 6 horas, fue inferior al de años previos.

La espera de box para atención y de resultados de exámenes radiológicos especiales fue la causa de mayor estancia durante las horas de mayor asistencia, mientras que la falta de cama para ingreso lo fue durante la mañana y hasta media tarde aproximadamente, sin que esto suponga ningún cambio con respecto a lo acontecido en los estudios realizados en los años anteriores.

Los pacientes asistidos en el servicio de Urgencias se distribuyen porcentualmente según los siguientes tiempos de espera, desde su asistencia hasta su resolución:

- * Espera menor a 1 hora : 18,78 %
- * Espera entre 1 – 2 horas : 16,20 %
- * Espera entre 2 – 3 horas : 22,71%
- * Espera entre 3 – 6 horas : 28,38 %
- * Espera mayor a 6 horas : 3,93 %

De estos tiempos de espera sacamos las siguientes conclusiones:

1.- El mayor tiempo de espera se produce entre las 11 horas y las 18 horas, debido a:

- Mayor presión asistencial
- Mayor derivación desde los servicios de Atención Primaria en este tramo horario.
- Saturación servicios centrales, especialmente radiología.

2.- Influencia de las obras en el funcionamiento del servicio:

- Se han dictado nuevas normas de funcionamiento para el servicio provisional, lo que retrasa el normal funcionamiento hasta su total conocimiento por los componentes del servicio.
- Se retrasan las horas de alta por parte de Admisión al no tener las historias en el momento de la resolución de la asistencia al paciente.

3.- En la espera de mas de 3 horas incluimos los pacientes que permanecen en observación, aunque no disponemos de un área específica, debido a las obras que se están realizando en nuestro hospital.

4. ACCIONES DE MEJORA

- Coordinación con la atención primaria y las emergencias extrahospitalarias, sobre la derivación al servicio de Urgencias. Para ello se han recogido informes de derivación en el soporte básico, que estudiaremos para ver las derivaciones no procedentes.
- Mejoras estructurales: en laboratorio y radiología que se podrán hacer efectivas al termino de las obras de reforma. Igualmente en la reforma del nuevo servicio de Urgencias, con espacio para clasificación y consulta rápida.
- Mejoras en los sistemas de transporte de muestras e información (informatización y digitalización completa)
- Reorganización de los recursos humanos fundamentalmente para la para la función de clasificación- triaje.

En relación al tiempo de primera asistencia al paciente que acude al servicio de Urgencias (salvo los días objeto de estudio), no lo conocemos, debido a la no realización de una clasificación reglada y la falta de informatización de los informes, que nos facilitarían:

- la hora de toma de datos
- la hora de primera asistencia
- la hora de alta, ingreso o traslado.

Habría que recoger en el informe todos los tiempos empleados por los distintos estamentos, para saber donde se podría producir el retraso y así poderlo solucionar.

Fdo: Sebastián Martínez Fernández
JEFE DE SERVICIO

MEJORA DE LA ASISTENCIA EN PSIQUIATRÍA

Responsable: Dirección Médica – Servicio de Psiquiatría

Objetivo: La asistencia psiquiátrica se integra funcionalmente en Atención Especializada

1

- Programación anual de las actividades.
- Establecimiento de las funciones y tareas a realizar por los profesionales.
- Identificación de Responsables de los procesos de Hospitalización (incluida la parcial), Actividad Ambulatoria y Dispositivos de Rehabilitación (Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial y Unidad de Rehabilitación).

2

- El CRPS aumenta en un 10% el índice de rotación
- El 80% de los pacientes no supera 9 meses de estancia en la Unidad de Rehabilitación.

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial mejora la atención psicogerítrica y la atención a personas con enfermedad mental grave y prolongada

1

Documento adaptado del programa de atención psicogerítrica y su aplicación por los ESM.

2

- Documento que incluye:
- actividades de seguimiento
 - atención organizada a familias
 - criterios de atención preferente
 - criterios de actuación ante abandonos de tratamiento.
 - criterios de coordinación con Atención Primaria.
 - fórmula de gestión de casos
 - número de gestores de casos y pacientes atendidos.

No se han recibido resultados desde Dirección Médica

Objetivo: MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS y UNIDADES

Responsable: DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (Todas las unidades de Enfermería)

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo

Unidades de enfermería que disponen de manual de funcionamiento en 2005:

HOSPITAL	UNIDAD
HOSPITAL PROVINCIAL	ANÁLISIS CLÍNICOS ANATOMÍA PATOLÓGICA CONSULTAS EXTERNAS FARMACIA CIRUGÍA MEDICINA INTERNA ONCOLOGÍA PSIQUIATRÍA QUIRÓFANO RADIOTERAPIA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
H. VIRGEN DE LA CONCHA	-
H. de BENAVENTE	-

OBJETIVO: 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^{39, 40}

(ver apartado correspondiente en el Plan Anual de Gestión 2005)

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

**PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA 2005
- HOSPITAL PROVINCIAL 2005:**

CIRUGÍA	1. 2. 3.	ÚLCERAS VASCULARES OCLUSIÓN INTESTINAL COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA
MEDICINA INTERNA	4. 5. 6. 7. 8.	CUIDADOS POSTMORTEM DIABETES EPOC PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN DE UN CATÉTER PERIFÉRICO PUNCIÓN VENOSA PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE
ONCOLOGÍA MÉDICA	9. 10.	CATETER CENTRAL INSERTADO PERIFÉRICAMENTE: PICC PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
PSIQUIATRÍA	11. 12.	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON RIESGO AUTOLÍTICO PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
QUIRÓFANO	13.	NORMAS PARA PREVENIR LAS INFECCIONES QUIRÚRGICAS
UCE	14. 15. 16.	PROTOCOLO DE CATÉTERES CENTRALES. VÍA SUBCLAVIA CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LA PUNCIÓN LUMBAR PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL EDEMA AGUDO DE

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

⁴⁰ 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.

	PULMÓN
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA 2.004	<ol style="list-style-type: none">1.- PLAN DE CUIDADOS ESTADARIZADOS APENDICECTOMÍA.2.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.3.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARTO.4.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PRÓTESIS DE CADERA.5.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO.6.- PLAN DE CUIDADOS ESTADARIZADO PATOLOGÍA LARINGEA, PATOLOGÍA NASAL, PATOLOGÍA DEL OIDO Y PATOLOGÍA INFECCIOSA O.R.L.7.- PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS F.A.V.I, PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN LA DIÁLISIS PERITONEAL.8.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN ICTUS

SERVICIOS y UNIDADES NO ASISTENCIALES

MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN

RESPONSABLE: Dirección de Gestión

Documentos	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

SERVICIOS / ÁREAS QUE DISPONEN DE MANUAL DE FUNCIONAMIENTO:

- **CONTABILIDAD**

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Como ocurre en otras áreas es necesario transmitir a las unidades y servicios la necesidad de disponer de la documentación para poder evaluar la actividad (MANUAL DE FUNCIONAMIENTO y MEMORIA ANUAL)
- Durante 2006 se continuará estimulando el trabajo en este sentido

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

RESPONSABLE: Dirección de Gestión

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁴¹

Nivel 1 -⁴²

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.

Documentos	Nuevo Hospital	pendientes
- Gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.	Nº: 85	
- Adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.	Nº: 87	
- Aplicación de criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.	Nº: 87	
- Gestión eficiente de las propuestas de pago.	-	←
- Gestión correcta de los mantenimientos correctivos.	Nº: 89	
- 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.	-	←

En el sumario de Nuevo Hospital figuran otros documentos de procesos no asistenciales:

- Cocina (nº 27)
- Lencería (nº26)
- Gestión de residuos (nº 64)
- Plan de Comunicación interna (nº 59)
- Protocolo de acogida al nuevo trabajador (nº 108, actualizado en noviembre de 2005)

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

⁴² 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

*ⁱ **GERENCIA REGIONAL DE SALUD. SACYL:** "PLAN ANUAL DE GESTIÓN 2003. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA". Disponible en: NUEVO HOSPITAL (internet). 2003. III / 3 (documento nh200347) (<http://www.calidadzamora.com>)