



Hospital Comarcal  
**Santiago Apóstol**  
MIRANDA DE EBRO  
Burgos



# Plan de Calidad Año 2007

## DIVISION DE ENFERMERIA

*HOSPITAL COMARCAL SANTIAGO APOSTOL  
MIRANDA DE EBRO  
Marzo 2007*

# *PLAN de CALIDAD Año 2007*

DIVISION DE ENFERMERIA

**ANA PÉREZ BELTRÁN**  
**SUPERVISORA DE CALIDAD Y FORMACION**  
*HOSPITAL COMARCAL SANTIAGO APOSTOL*  
*MIRANDA DE EBRO*  
*BURGOS*

## INTRODUCCION

La Gerencia Regional de Salud, y por lo tanto, la Dirección de Enfermería de este centro hospitalario, tienen como objetivo prioritario la provisión de servicios sanitarios de calidad a los ciudadanos.

La actividad de cuidar, durante mucho tiempo, simple soporte del curar, ha ido cobrando una importancia progresiva, adquiriendo sentido por sí misma y enriqueciendo las prestaciones que el hospital ofrece al paciente. Resultado de ello, es el hecho de que la Atención de Enfermería comience a ser reconocida como otra función técnica del hospital junto a la del médico, paralela y no subordinada a ella.

El volumen del personal de enfermería (aproximadamente el 50% de la plantilla), la continuidad de la asistencia que presta y el porcentaje del presupuesto global que utiliza, hacen absolutamente necesario que la Dirección de Enfermería establezca sus propios sistemas de control para conocer e informar, de forma sistemática y periódica, que calidad de servicios se están ofreciendo, por ello se hace absolutamente necesario un Plan de Calidad para el Personal de Enfermería.

Igualmente, Enfermería debe saber reforzar los principios teóricos que sustentan la práctica diaria, y sobre todo, tenemos que ser capaces de ofrecer un soporte documental a nuestro trabajo como base de una evaluación sistemática y objetiva.

Entramos en este año 2007, que consideramos un año de transición por varios motivos:

- Cambios humanos, debidos a :
  - Ha cambiado la Dirección de Enfermería del Hospital.
  - La resolución del proceso de consolidación de plazas del antiguo INSALUD, y la posterior movilidad interna del personal perteneciente a la División de Enfermería.Estos cambios importantes van a necesitar de un tiempo para asegurar la toma de posiciones y acomodación de los nuevos profesionales.
- Cambios tecnológicos:
  - La Gerencia Regional de Salud ha informado de la implantación inmediata en todos os centros de Atención Especializada de un programa informático para la gestión de los cuidados de enfermería: el GACELA. NET.

Por todo ello hemos elaborado un Plan de Calidad para la División de Enfermería único, para este año, en el que se van introduciendo algunos cambios, pero que fundamentalmente es continuidad del anterior Plan Plurianual de Calidad.

Este Plan de Calidad está orientado en torno a las siguientes líneas estratégicas:

- ORIENTACION AL USUARIO.
- GESTION CORRECTA DE LOS RECURSOS.
- GESTION DEL CAPITAL HUMANO.
- ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD.
- COORDINACION ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PRIMARIA.

El objetivo fundamental de este plan es la implantación por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital Comarcal Santiago Apóstol de una política de calidad que posibilite la mejora continua de la atención sanitaria ofertada y percibida por los usuarios del servicio sanitario, y la mejora del nivel de satisfacción de los profesionales al participar en esta política.

## **A. LINEA ESTRATEGICA: ORIENTACION AL USUARIO**

### **1. PROCESO: INFORMACION AL USUARIO**

**OBJETIVO: LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA INFORMA ADECUADAMENTE AL PACIENTE, Y EN SU CASO A SU FAMILIA O ALLEGADOS SOBRE TODO LO QUE LE CONCIERNE DEL PROCESO ASISTENCIAL Y DE LOS CUIDADOS Y TECNICAS QUE LE PRACTIQUE AL PACIENTE.**

**ESTANDAR: El Personal de Enfermería analiza el grado de implantación y cumplimiento de las normas de información al paciente. Los indicadores deberán mejorar los del año pasado.**

**Cada unidad tiene marcado un estándar concreto.**

#### **INDICADORES:**

- Porcentaje de pacientes que han sido informados (responden al criterio positivamente) sobre las normas de funcionamiento de las unidades.
- Porcentaje de pacientes que han sido informados (responden al criterio positivamente) antes de realizarles cualquier técnica o cuidado.

#### **METODOLOGIA DE EVALUACION:**

##### **CRITERIOS PARA LA EVALUACION:**

Forman parte de los criterios utilizados para evaluar el Protocolo de Acogida al Paciente en una Unidad de Hospitalización:

1. Fue informado el paciente, por el personal de enfermería, sobre las normas básicas de funcionamiento de la unidad: habitación, visitas, horarios, ...
2. Fue informado el paciente, por el personal de enfermería, antes de realizarle cualquier técnica o cuidado.

##### **POBLACION:**

Pacientes adultos ingresados en las Unidades de Hospitalización, que no presenten un deterioro mental que les impida contestar a las preguntas.

##### **MUESTRA:**

Nº de pacientes hospitalizados en un día concreto.

##### **PERIODO DE ESTUDIO:**

Un día concreto del mes de octubre.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.  
Supervisoras de las Unidades de Enfermería

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. Los indicadores están en un rango de 90-100%.
2. Cumplimiento significativo. Los indicadores están en un rango de 80-89%.
3. Cumplimiento parcial. Los indicadores están en un rango de 70-79%.
4. Cumplimiento mínimo. Los indicadores están en un rango de 50-69%.
5. No Cumplimiento. Los indicadores están en un rango menor del 50%.

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

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

## **A. LINEA ESTRATEGICA: ORIENTACION AL USUARIO**

### **2. PROCESO: GESTION DE LA CALIDAD PERCIBIDA**

**OBJETIVO: EL HOSPITAL MEJORA LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SATISFACCION DEL USUARIO RESPECTO A LOS CUIDADOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería analiza el grado de implantación y cumplimiento del Protocolo de Acogida al Paciente. El indicador será mejor que el del año 2006.**

#### **INDICADORES:**

- Porcentaje de cumplimiento del protocolo de acogida y estancia del paciente en una unidad de hospitalización (Porcentaje de criterios positivos percibidos por el paciente en cuanto al cumplimiento del protocolo de acogida)

#### **METODOLOGIA DE EVALUACION:**

##### **CRITERIOS PARA LA EVALUACION:**

1. El paciente a su ingreso fue acompañado a la planta por un celador.
2. Al paciente, a su llegada, le explicaron las normas básicas de funcionamiento de la unidad
3. El paciente sabe como llamar desde la habitación al personal de enfermería de la unidad
4. Si durante su estancia ha tenido algún problema o duda, se le ayudo a buscar solución por parte del personal de enfermería.
5. El personal de enfermería le ha informado antes de realizarle algún procedimiento: extracción de sangre, sondajes, aseo, ..
6. El paciente considera que los profesionales de enfermería guardan su intimidad al realizarle algún cuidado como el aseo, sondajes, administración de enemas, al hablar con usted de su enfermedad, ...
7. Cuando es atendido por el personal de enfermería, no hablan entre ellos de cosas que no tienen que ver con usted.
8. Los profesionales de enfermería llaman a su puerta antes de entrar en la habitación.
9. La mayoría de las personas del Equipo de Enfermería de la unidad se han presentado..
10. El paciente conoce el nombre de la supervisora de la unidad.

**POBLACION:**

Pacientes adultos ingresados en las Unidades de Hospitalización, que no presenten un deterioro mental que les impida contestar a las preguntas.

**MUESTRA:**

Nº de pacientes hospitalizados en un día concreto.

**PERIODO DE ESTUDIO:**

Un día concreto del mes de octubre.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.  
Supervisoras de las distintas unidades.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. Los indicadores están en un rango de 90-100%.
2. Cumplimiento significativo. Los indicadores están en un rango de 80-89%.
3. Cumplimiento parcial. Los indicadores están en un rango de 70-79%.
4. Cumplimiento mínimo. Los indicadores están en un rango de 50-69%.
5. No Cumplimiento. Los indicadores están en un rango menor del 50%.

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

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

**A. LINEA ESTRATEGICA: ORIENTACION AL USUARIO**

**2. PROCESO: GESTION DE LA CALIDAD PERCIBIDA**

**OBJETIVO: EL HOSPITAL MEJORA LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SATISFACCION DEL USUARIO RESPECTO A LOS CUIDADOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería analiza el grado de satisfacción del usuario en el Bloque Quirúrgico.**

**INDICADOR:**

- Existe una encuesta que pueda medir la satisfacción del usuario durante su estancia en el Bloque Quirúrgico.

**CRITERIOS:**

1. Existe una encuesta para recoger la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos en el Bloque Quirúrgico.
2. Esta elaborada con el acuerdo de los profesionales implicados.
3. Debe ser fácil de contestar.
4. Esta encuesta debe abordar los siguientes aspectos:
  - a. Calidad del servicio: empatía, fiabilidad,...
  - b. Etica percibida: derechos de los pacientes, esperas excesivas, intimidad, ..
  - c. Relación con los profesionales sanitarios: confianza, información, trato humano, ...
  - d. Facilidades físicas y aspecto de las instalaciones.
  - e. Otros problemas.
5. Se realizará una evaluación sistemática de las respuestas a la encuesta.
6. Los resultados se darán a conocer a las personas implicadas.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.  
Supervisora de Bloque Quirúrgico.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

## **RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. Se cumplen debidamente los principales requisitos del estándar.
2. Cumplimiento significativo. Se cumplen la mayoría de los requisitos del estándar.
3. Cumplimiento parcial. Se cumplen algunos de los requisitos del estándar.
4. Cumplimiento mínimo. Se cumplen pocos de los requisitos del estándar.
5. No Cumplimiento. No se cumplen los requisitos del estándar.

### **DOCUMENTACION A APORTAR:**

Encuesta para el usuario del Bloque Quirúrgico.

**A. LINEA ESTRATEGICA: ORIENTACION AL USUARIO**

**2. PROCESO: GESTION DE LA CALIDAD PERCIBIDA**

**OBJETIVO: EL HOSPITAL MEJORA LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SATISFACCION DEL USUARIO RESPECTO A LOS CUIDADOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería analiza el grado de satisfacción del usuario en el Servicio de Urgencias.**

**INDICADOR:**

- Existe una encuesta que pueda medir la satisfacción del usuario durante su estancia en el Servicio de Urgencias.

**CRITERIOS:**

1. Existe una encuesta para recoger la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos en el Servicio de Urgencias.
2. Esta elaborada con el acuerdo de los profesionales implicados.
3. Debe ser fácil de contestar.
4. Esta encuesta debe abordar los siguientes aspectos:
  - a. Calidad del servicio: empatía, fiabilidad,...
  - b. Etica percibida: derechos de los pacientes, esperas excesivas, intimidad, ..
  - c. Relación con los profesionales sanitarios: confianza, información, trato humano, ...
  - d. Facilidades físicas y aspecto de las instalaciones.
  - e. Otros problemas.
5. Se realizará una evaluación sistemática de las respuestas a la encuesta.
6. Los resultados se darán a conocer a las personas implicadas.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.  
Supervisora de Urgencias.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

## **RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. Se cumplen debidamente los principales requisitos del estándar.
2. Cumplimiento significativo. Se cumplen la mayoría de los requisitos del estándar.
3. Cumplimiento parcial. Se cumplen algunos de los requisitos del estándar.
4. Cumplimiento mínimo. Se cumplen pocos de los requisitos del estándar.
5. No Cumplimiento. No se cumplen los requisitos del estándar.

### **DOCUMENTACION A APORTAR:**

Encuesta para el usuario del Servicio de Urgencias.

**A. LINEA ESTRATEGICA: ORIENTACION AL USUARIO**

**2. PROCESO: GESTION DE LA CALIDAD PERCIBIDA**

**OBJETIVO: LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA GARANTIZA LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA INTIMIDAD.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería analiza el grado de cumplimiento de las normas dirigidas a guardar la intimidad del paciente. Mejorará el del año pasado. Cada unidad tiene marcado un estándar concreto.**

**INDICADOR:**

- Porcentaje de criterios positivos percibidos por los pacientes respecto a su percepción de que se guarde su intimidad en las unidades de hospitalización.

**METODOLOGIA DE EVALUACION:**

**CRITERIOS PARA LA EVALUACION:**

Forman parte de los criterios utilizados para evaluar el Protocolo de Acogida al Paciente en una Unidad de Hospitalización:

1. El paciente piensa que los profesionales de enfermería guardan su intimidad al realizarle algún cuidado como el aseo, sondajes, administración de enemas, al hablar con usted de su enfermedad, ...
2. El paciente refiere que los profesiones de enfermería llaman a su puerta antes de entrar en la habitación

**POBLACION:**

Pacientes adultos ingresados en las Unidades de Hospitalización, que no presenten un deterioro mental que les impida contestar a las preguntas.

**MUESTRA:**

Nº de pacientes hospitalizados en un día concreto.

**PERIODO DE ESTUDIO:**

Un día concreto del mes de octubre.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.  
Supervisoras de las Unidades de Hospitalización.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. Los indicadores están en un rango de 90-100%.
2. Cumplimiento significativo. Los indicadores están en un rango de 80-89%.
3. Cumplimiento parcial. Los indicadores están en un rango de 70-79%.
4. Cumplimiento mínimo. Los indicadores están en un rango de 50-69%.
5. No Cumplimiento. Los indicadores están en un rango menor del 50%.

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

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

**A. LINEA ESTRATEGICA: ORIENTACION AL USUARIO**

**2. PROCESO: GESTION DE LA CALIDAD PERCIBIDA**

**OBJETIVO: LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA GESTIONA LA OPINION TRANSMITIDA POR LOS USUARIOS RESPECTO A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS EN LAS AREAS DE ACTIVIDAD AMBULATORIA: CONSULTAS EXTERNAS Y HOSPITAL DE DIA.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería analiza el grado de satisfacción del usuario en el Servicio de Consultas Externas.**

**INDICADOR:**

- Existe una encuesta que pueda medir la satisfacción del usuario durante su estancia en el Servicio de Consultas Externas.

**CRITERIOS:**

1. Existe una encuesta para recoger la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos en Consultas Externas.
2. Esta elaborada con el acuerdo de los profesionales implicados.
3. Debe ser fácil de contestar.
4. Esta encuesta debe abordar los siguientes aspectos:
  - a. Calidad del servicio: empatía, fiabilidad,...
  - b. Etica percibida: derechos de los pacientes, esperas excesivas, intimidad, ..
  - c. Relación con los profesionales sanitarios: confianza, información, trato humano, ...
  - d. Facilidades físicas y aspecto de las instalaciones.
  - e. Otros problemas.
5. Se realizará una evaluación sistemática de las respuestas a la encuesta.
6. Los resultados se darán a conocer a las personas implicadas.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.  
Supervisora de Consultas Externas.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

## **RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. Se cumplen debidamente los principales requisitos del estándar.
2. Cumplimiento significativo. Se cumplen la mayoría de los requisitos del estándar.
3. Cumplimiento parcial. Se cumplen algunos de los requisitos del estándar.
4. Cumplimiento mínimo. Se cumplen pocos de los requisitos del estándar.
5. No Cumplimiento. No se cumplen los requisitos del estándar.

### **DOCUMENTACION A APORTAR:**

Encuesta para el usuario de Consultas Externas.

## **A. LINEA ESTRATEGICA: ORIENTACION AL USUARIO**

### **2. PROCESO: GESTION DE LA CALIDAD PERCIBIDA**

**OBJETIVO: LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA GESTIONA LA OPINION TRANSMITIDA POR LOS USUARIOS RESPECTO A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS EN LAS AREAS DE ACTIVIDAD AMBULATORIA: CONSULTAS EXTERNAS Y HOSPITAL DE DIA.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería analiza los resultados de las encuestas del Hospital de Día, obtiene conclusiones y oportunidades de mejora.**

#### **INDICADOR:**

- Porcentaje de criterios positivos percibidos por los pacientes respecto a la calidad del servicio en el Hospital de Día.

#### **METODOLOGIA DE EVALUACION**

##### **CRITERIOS DE EVALUACION:**

1. El paciente ha sido llamado por teléfono el día anterior a su ingreso.
2. El paciente ha sido informado, en esa llamada, de las normas de higiene que debía seguir antes de la hospitalización.
3. El paciente ha sido informado, en esa llamada, de la pauta de medicación que debía seguir antes de la hospitalización.
4. El paciente ha sido informado de lo que debía hacer, una vez en la habitación para ponerse en contacto con el Personal de Enfermería.
5. El paciente considera que el Personal de Enfermería se dirige a él de forma correcta.
6. El paciente considera que ha sido respetada su intimidad al realizarle pruebas.
7. El paciente conoce el nombre del Personal de Enfermería que le atiende.
8. El paciente considera que se le ha informado antes de realizarle alguna técnica.
9. El paciente considera que se le ha explicado claramente lo que debía hacer si le surgía algún problema en su domicilio.

**POBLACION:** Pacientes que ingresan en el Hospital de Día para cirugía mayor ambulatoria.

##### **RESPONSABLES:**

Begoña Artaza Fano. Supervisora de Consultas Externas.  
Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. Los indicadores están en un rango de 90-100%.
2. Cumplimiento significativo. Los indicadores están en un rango de 80-89%.
3. Cumplimiento parcial. Los indicadores están en un rango de 70-79%.
4. Cumplimiento mínimo. Los indicadores están en un rango de 50-69%.
5. No Cumplimiento. Los indicadores están en un rango menor del 50%

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

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

**LINEA ESTRATEGICA:** GESTION CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO:** CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS.

**OBJETIVO:** LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA NORMALIZA EL PROCESO DE ENFERMERIA.

**ESTANDAR:** La División de Enfermería analiza y evalúa el grado de implantación del nuevo registro de Valoración del Paciente al Ingreso.

**INDICADORES:**

- Existe un estudio sobre la utilización de la nueva hoja de valoración al ingreso.
  - Porcentaje de pacientes que tienen incluida la valoración de enfermería al ingreso en la historia clínica.
  - Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado adecuadamente la valoración al ingreso.

**METODOLOGIA DE LA EVALUACION:**

**MUESTRA:**

Nº de pacientes ingresados en un día concreto del mes de mayo en cada unidad de hospitalización.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007.

**CRITERIOS PARA LA EVALUACION:**

- Para el primer indicador se valorará que historias tienen incluidas o no el registro de valoración del paciente al ingreso.
- Para el segundo indicador:

Se estudiaron los siguientes criterios en cada una de las historias clínicas, en la hoja de valoración de enfermería al ingreso:

1. Identificación del paciente.
2. Ingreso > o < de 24 horas, con valoración completa o limitada.
3. Valoración completa de las necesidades alteradas según el diagnóstico de ingreso del paciente.
4. Apartados que no se valoran.
5. Datos que no tiene lugar en la hoja de valoración.
6. Observaciones que se hacen al ingreso en la hoja de evolución que no constan en la de valoración.
7. Pacientes que cuentan con la hoja de valoración realizada.

A cada criterio le damos una puntuación de 1 punto excepto al de “datos que no tienen casilla”.

1. El paciente está correctamente identificado: 1 punto.
2. El ingreso es < 24 h. es válida la valoración limitada o la completa: 1 punto  
El ingreso es > 24 h. es válida la valoración completa: 1 punto.
3. Están valoradas las necesidades alteradas teóricamente según la patología de ingreso: 1 punto
4. 3 o menos apartados sin completar: 1 punto
5. En el evolutivo no hay observaciones que se deberían haber puesto en la valoración: 1 punto.

A efectos de la evaluación, para que sea considerada adecuada la valoración al ingreso, será preciso que tenga 4 o 5 puntos.

## **INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

Para interpretar los resultados utilizaremos la siguiente escala:

1. Cumplimiento sustancial. Los indicadores están en un rango de 90-100%.
2. Cumplimiento significativo. Los indicadores están en un rango de 80-89%.
3. Cumplimiento parcial. Los indicadores están en un rango de 70-79%.
4. Cumplimiento mínimo. Los indicadores están en un rango de 50-69%.
5. No Cumplimiento. Los indicadores están en un rango menor del 50%.

## **DOCUMENTACION A APORTAR:**

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

**LINEA ESTRATEGICA:** GESTION CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO:** CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS.

**OBJETIVO:** EL HOSPITAL DISPONE DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE UNIFICAN LAS PAUTAS DE ACTUACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE ESTE HOSPITAL.

**ESTANDAR:** El Hospital realiza un estudio continuo de incidencia de caídas en pacientes hospitalizados.

**INDICADOR:**

- Existe un registro que permite la monitorización de las caídas.
  - a. Índice anual de caídas.
  - b. Nº de caídas declaradas al año.
  - c. Nº de unidades que declaran.
  - d. Porcentaje de pacientes ilesos post-caída.
  - e. Porcentaje de pacientes identificados previamente de riesgo.
  - f. Porcentaje de pacientes con medidas de protección previa.

**CRITERIOS:**

1. Existencia de un Protocolo de Prevención de caídas.
2. Elaboración de un registro que permite la monitorización de las caídas.
3. El hospital evalúa el estudio de la monitorización de caídas.
4. Se realiza un estudio de los resultados obteniendo conclusiones y estableciendo oportunidades de mejora.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

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

**LINEA ESTRATEGICA:** GESTION CORRECTA DE LOS RECURSOS

**PROCESO:** CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS.

**OBJETIVO:** LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA NORMALIZA EL PROCESO DE ENFERMERIA.

**ESTANDAR:** La División de Enfermería analiza y evalúa el grado de implantación de los Planes de Cuidados Estandarizados en las unidades de enfermería, obteniendo resultados globales mejores que los del año 2006.  
Cada unidad tiene marcado un estándar concreto.

**INDICADORES:**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Porcentaje de cumplimiento de <b>cada uno</b> de los criterios de calidad</li></ul> |
|---|

**METODOLOGIA DE LA EVALUACION:**

La realización de este estudio dependerá de la implantación de programa informático GACELA. NET y las condiciones en las que esta se haga.

**CRITERIOS PARA LA EVALUACION:**

1. Los diagnósticos se identifican correctamente al ingreso.
2. Los diagnósticos se identifican correctamente a lo largo del proceso.
3. Se inician las actividades adecuadas a :
  - a. Los diagnósticos detectados.
  - b. La fecha de inicio según diagnósticos.
  - c. Se actualizan actividades según evaluación del proceso.
4. La respuesta de la evaluación corresponde al objetivo marcado.
5. Se evalúa la consecución de los objetivos.
6. Se realiza evaluación al alta.
7. Se pautan actividades nuevas.
8. Porcentaje de Historias que contienen el PCE.

**MUESTRA:** Historias Clínicas de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización en un día concreto.

**PERIODO DE ESTUDIO:** Un día concreto en el segundo semestre del año.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

Para interpretar los resultados utilizaremos la siguiente escala:

1. Cumplimiento sustancial. Los indicadores están en un rango de 90-100%.
2. Cumplimiento significativo. Los indicadores están en un rango de 80-89%.
3. Cumplimiento parcial. Los indicadores están en un rango de 70-79%.
4. Cumplimiento mínimo. Los indicadores están en un rango de 50-69%.
5. No Cumplimiento. Los indicadores están en un rango menor del 50%.

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

Informe en el que se especifica el análisis realizado, las conclusiones obtenidas y acciones de mejora.

**B. LINEA ESTRATEGICA: GESTION CORRECTA DE LOS RECURSOS**

**2. PROCESO: CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS.**

**OBJETIVO: LA DIVISION DE ENFERMERIA DISPONE DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE UNIFICAN LAS PAUTAS DE ACTUACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE ESTE HOSPITAL.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería normaliza y actualiza el Manual de Procedimientos Específicos de Enfermería.**

**INDICADOR:**

- Aumenta el número de procedimientos específicos en cada unidad.

**CRITERIOS:**

1. El Manual de Procedimientos Específicos de Enfermería está en todas las unidades de enfermería.
2. El Manual de Procedimientos Específicos de Enfermería ha sido dado a conocer a todos los profesionales implicados.

**RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.  
Supervisoras de las Unidades.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar
2. Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de los requisitos del estándar.
3. Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar.
4. Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.
5. No Cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar.

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

Procedimientos específicos por unidad

**B. LINEA ESTRATEGICA: GESTION DEL CAPITAL HUMANO**

**2. PROCESO: CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS.**

**OBJETIVO: LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA MEJORA LA GESTION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS UTILIZANDO LOS RECURSOS DISPONIBLES.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería normaliza la utilización del programa informático para la gestión del stock de farmacia.**

**INDICADOR:**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Porcentaje de unidades que tiene actualizado el stock de farmacia.</li><li>▪ Porcentaje de unidades que utiliza el programa informático para la petición de productos farmacéuticos.</li></ul> |
|--|

**RESPONSABLES:**

Supervisoras de las unidades.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

Informes de que se ha realizado el stock de farmacia y de que se utiliza el programa informático.

## **C. LINEA ESTRATEGICA: GESTION DEL CAPITAL HUMANO**

### **1. PROCESO: PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO**

**OBJETIVO: LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA HACE SISTEMÁTICA LA ACOGIDA DE NUEVOS TRABAJADORES.**

**ESTANDAR: La División de Enfermería revisa el Protocolo de Acogida dirigido al Personal Nuevo en Plantilla.**

#### **INDICADOR:**

- Existe de un documento revisado este año que contenga el Protocolo de Acogida al Personal de Nuevo Ingreso en Plantilla.

#### **CRITERIOS:**

1. El protocolo tiene como objetivo ayudar al personal nuevo en plantilla a su integración en el hospital.
2. Se han elaborado con la participación de los distintos profesionales implicados en el protocolo.
3. Es de aplicación para todo el personal de enfermería nuevo en plantilla.
4. Esta documentado.
5. El documento debe de incluir como mínimo:
  - a. Cronograma de actuación en la recepción del nuevo personal.
  - b. Carta de bienvenida, con las normas de funcionamiento básicas del hospital y de la División de Enfermería.
  - c. Protocolos de formación de las diferentes Unidades del Hospital y por categorías profesionales. Constarán de :
    - Objetivo.
    - Tutela.
    - Tiempo necesario de periodo de formación.
    - Cronología de aprendizaje.
6. Se realizará una evaluación sistemática del cumplimiento del protocolo.
7. Los resultados de la evaluación se difundirán a las personas implicadas.
8. El protocolo será revisado y actualizado cada dos años o antes si lo precisa.

#### **RESPONSABLES:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.

Supervisoras y Coordinadoras de los distintos servicios o unidades.

Supervisora de Área.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar
2. Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de los requisitos del estándar.
3. Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar.
4. Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.
5. No Cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar.

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

Protocolo de Acogida al Personal de Nuevo Ingreso revisado.

**D. LINEA ESTRATEGICA:** ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD.

**1. PROCESO:** UNIDAD DE CALIDAD.

**OBJETIVO:** LA DIVISION DE ENFERMERIA FORMA PARTE ACTIVA DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL.

**ESTANDAR:** La División de Enfermería realiza una memoria al finalizar el año con las actividades relacionadas con los objetivos de calidad, con los resultados obtenidos y las medidas correctoras necesarias.

**INDICADOR:**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Existe una Memoria Anual del Plan de Calidad de la División de Enfermería.</li></ul> |
|--|

**CRITERIOS:**

1. Existe una Memoria Anual del Plan de Calidad de la División de Enfermería.
2. Esta Memoria está elaborada por la Supervisora de Calidad.
3. El documento debe contener, al menos:
  - a. Una introducción.
  - b. Descripción breve del plan de calidad para ese año.
  - c. Metodología de evaluación.
  - d. Resultados.
  - e. Valoración de los mismos.
  - f. Conclusiones.
  - g. Medidas de mejora que se pueden adoptar.
4. La memoria Anual se da a conocer a todo el personal implicado.

**RESPONSABLE:**

Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

## **RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar.
2. Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de los requisitos del estándar.
3. Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar.
4. Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.
5. No Cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar.

### **DOCUMENTACION A APORTAR:**

Memoria de Calidad 2007 de la División de Enfermería.

**D. LINEA ESTRATEGICA:** ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD.

**2. PROCESO:** COMISIONES CLINICAS

**OBJETIVO:** LA DIVISION DE ENFERMERIA FORMA PARTE DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL HOSPITAL.

**ESTANDAR:** La División de Enfermería participa activamente en todas las comisiones clínicas del Hospital.

**INDICADOR:**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Porcentaje de Comisiones Clínicas del Hospital en las que participa enfermería.</li></ul> |
|---|

**RESPONSABLES:**

Sandra Fías Gil. Dirección de Enfermería.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**RESULTADOS DE LA EVALUACION**

Nivel de Cumplimiento    1    2    3    4    5

1. Cumplimiento sustancial. Los indicadores están en un rango de 90-100%.
2. Cumplimiento significativo. Los indicadores están en un rango de 80-89%.
3. Cumplimiento parcial. Los indicadores están en un rango de 70-79%.
4. Cumplimiento mínimo. Los indicadores están en un rango de 50-69%.
5. No Cumplimiento. Los indicadores están en un rango menor del 50%.

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

Datos de las comisiones en las que participa enfermería.

**D. LINEA ESTRATEGICA:** ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD.

**3. PROCESO:** VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA.

**OBJETIVO:** LA DIVISION DE ENFERMERIA PARTICIPA ACTIVAMENTE EN EL CONTROL Y ESTUDIO DE LA INFECCION HOSPITALARIA.

**ESTANDAR:** La División de Enfermería participa activamente en los estudios de prevalencia e incidencia de las infecciones hospitalarias.

**INDICADOR:**

- Porcentaje de estudios sobre infección hospitalaria en los que participa enfermería.

**RESPONSABLE:**

Sandra Frías Gil. Directora de Enfermería.  
Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad.

**FECHA DE EVALUACION:**

Diciembre del 2007

**DOCUMENTACION A APORTAR:**

Informes o datos de los estudios en los que participa Enfermería.

**D. LINEA ESTRATEGICA:** ESTRUCTURAS Y HERRAMIENTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD.

**4. PROCESO:** GRUPO DE TRABAJO DE METODOLOGIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

**OBJETIVO:** LA DIVISION DE ENFERMERIA IMPULSA LA ACTIVIDAD DEL GRUPO DE METODOLOGIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

**ESTANDAR:** El Grupo de Metodología de Cuidados de Enfermería realiza al final de cada ejercicio una memoria de las actividades realizadas.

**INDICADOR:**

- Realización de la Memoria Anual de las actividades del Grupo de Metodología de Cuidados de Enfermería.

**CRITERIOS:**

1. Existencia de una memoria anual que al menos contenga:
  - Componentes del grupo.
  - Objetivos anuales del grupo.
  - Reuniones realizadas por el grupo: breve resumen.
  - Actividades realizadas para cumplir los objetivos.
  - Resultados obtenidos.
  - Oportunidades de mejora.
2. La memoria se da a conocer a las personas implicadas.

**RESPONSABLES:**

- Concha Carasa Saenz. Supervisora de Area.
- Ana Pérez Beltrán. Supervisora de Calidad

**FECHA DE EVALUACION:**

- Diciembre de 2007