

MEMORIA 2006 UNIDAD DE CALIDAD

Las actuaciones en calidad en el Área de Salud de Plasencia se llevan a cabo en seis apartados, que se corresponden con los seis ejes básicos del Plan de Calidad del Área de Salud de Plasencia para el periodo 2005 a 2009:

- A. Actuaciones corporativas (en el SES). Cumplimentación de los indicadores de calidad del contrato de gestión del Área con el SES.
- B. Actuaciones institucionales en el Área de Salud.
- C. Gestión de Procesos. Desarrollo de la Gestión por Procesos como herramienta de análisis y mejora de las acciones y organización de los procesos del Área.
- D. Gestión de Riesgos. Diseño de un Sistema de Gestión de Riesgos Clínicos (seguridad del paciente), Estructurales (seguridad de las infraestructuras y su funcionamiento) y del Personal (seguridad y calidad de vida laboral de nuestras personas).
- E. Gestión del Conocimiento. Adecuación de medidas estructurales para la incorporación científico-técnica de la mejor evidencia disponible a las Vías, Guías y Protocolos.
- F. Implantación y despliegue del Modelo de Calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo. Actuaciones tendentes a posibilitar la acreditación en calidad de los centros del área en un plazo inferior a cuatro años.

A.- Actuaciones Corporativas

A.1. Objetivos de Calidad Percibida y Derechos de los Usuarios

Los pacientes tienen unas expectativas sobre la calidad de la atención sanitaria, basadas en su experiencia, la información recibida de otras personas y de los medios de comunicación, así como de la oferta realizada por el sistema sanitario. La relación entre la calidad esperada y la percibida condiciona el grado de satisfacción. Conocer la opinión de los pacientes permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados.

A.1.1. Evaluar la satisfacción de pacientes y familiares en servicios de urgencias de centros hospitalarios

Encuesta de satisfacción al paciente de urgencias:

Años pares: FBA Consulting (por encargo del SES) - 2006

Años impares: Unidad de Calidad del Área de Plasencia - 2007

Medidas de Mejora realizadas en 2006, en base a los Resultados de la Encuesta 2005

1º.- Informar al paciente sobre el retraso que haya podido tener.

2º.- Identificación ante el paciente por parte del personal que le atiende.

Difusión en 2006, según el Plan de Comunicación Interno.

1º.- Envío por correo electrónico del Estudio de Satisfacción 2005 a todos los médicos del Hospital.

2º.- Envío por correo electrónico y en formato papel a los médicos y enfermeros de Urgencias.

3º.- Presentación del estudio en el Salón de Actos del Hospital.

4º.- Envío de carta a todos los facultativos del Hospital (correo electrónico). Envío a los facultativos, personal de enfermería y celadores de Urgencias de una carta con las recomendaciones para mejorar la información de los retrasos y la identificación ante el paciente.

A.1.2. Tramitación de reclamaciones y sugerencias según la instrucción del DG del SES: criterios de cumplimiento elaborados y cumplidos al 100 %.
Análisis: Incluir en el modelo de reclamación un apartado con propuestas de mejoras por parte del reclamante.

A.1.3. Reunión del Consejo de Salud del Área de Plasencia: realizada el 15-09-06, con el orden del día: Acta anterior; Memoria Anual; Ruegos y preguntas.

A.1.4. Análisis de barreras Arquitectónicas:

- Dirección Económica y Presupuestaria:

28 medidas documentadas de mejora de los entornos de centros sanitarios o de eliminación de barreras arquitectónicas realizadas Medidas realizadas en seis Centros de Salud.

- Unidad de Calidad:

Inspección visual (27-09-06 a 03-10-06) del Hospital Virgen del Puerto y su entorno; del Centro de Especialidades Luis de Toro y su entorno y de los tres Centros de Salud de Plasencia y su entorno para comprobar la inexistencia de barreras arquitectónicas, en concordancia con el Decreto 8/2003 (DOE nº 22).

Llamadas telefónicas a los Centros de Salud del Área para evaluar los aspectos referidos en el párrafo anterior. evaluación y revisión por la Unidad de Calidad del Hospital todos los Centros de Salud del Área 7. Resultado 0% de barreras arquitectónicas.

A.1.5. Identificación del personal según instrucción 5/2002: 100 %

Unidad de Calidad

Inspección visual de las áreas de Hospitalización, Servicios Centrales y Consultas Externas durante los días 18 al 20 de junio.

Inspección in situ, del guardarropas de lavandería el día 21 de junio, comprobando que los uniformes lleven impresa la identificación del personal con: Inicial del nombre y dos apellidos completos, categoría profesional, número de empleado, el párrafo Gerencia del Área de Salud de Plasencia y el logotipo del SES.

A.1.6. Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria:

Encuesta de Satisfacción de Encargada a la Agencia externa FBA Consulting.

Satisfacción General (media de todas las preguntas) 66,8 %

Satisfacción Global en su Visita al Centro de Salud 67,7 %

Satisfacción (parcial) con:

Cita Previa 56,0 %

Instalaciones 63,2 %

Personal de Enfermería 73,5 %

Personal No Sanitario 63,2 %

Médico o Pediatra 68,2 %

Urgencias 66,4 %

Atención Domiciliaria 76,6 %

A.1.7. Satisfacción de los usuarios de las Unidades de Hospitalización:

1º Encuesta de Satisfacción Permanente (disponibles en los controles de enfermería de cada planta de hospitalización) realizada por el S.A.U.

2º Encuesta de Opinión sobre la Calidad Hospitalaria (SERVOHOS), realizada por la Unidad de Calidad del Área.

1º Encuesta de Satisfacción Permanente

Periodo de estudio: Año 2006 completo. Nº de encuestas: 188

BLOQUE DE PREGUNTAS:

Acogida: índice de satisfacción	85%	Valoradas excelentes y buenas.
Habitación. Índice de satisfacción	73%	Valoradas excelentes y buenas.
Comida y restauración: índice de satisf.	86%	Valoradas excelentes y buenas.
Profesionales, amabilidad y trato	82%	Valoradas excelentes y buenas.
Otras cuestiones	76%	Valoradas excelentes y buenas.

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN GENERAL: 79%

2º Encuesta de Opinión sobre la Calidad Hospitalaria (SERVOHOS)

Realizada por la Unidad de Calidad en Noviembre de 2006 sobre una muestra de 800 personas de la que hemos obtenido una tasa de respuesta del 22%.

Periodo de estudio: Año 2006 completo. Nº de encuestas: 178

BLOQUE DE PREGUNTAS:

Tecnología: índice de satisfacción	91%	Valoradas excelentes y buenas.
Interés del personal: Índice de satisfacción	85%	Valoradas excelentes y buenas.
Instalaciones: Índice de satisfacción	73%	Valoradas excelentes y buenas.
Información: Índice de satisfacción	85%	Valoradas excelentes y buenas.
Espera: Índice de satisfacción	72%	Valoradas excelentes y buenas.
Confianza: Índice de satisfacción	89%	Valoradas excelentes y buenas.
Preparación del Personal: Índice de satisfacción	93%	Valoradas excelentes y buenas.
Trato: Índice de satisfacción	88%	Valoradas excelentes y buenas.

SATISFACCIÓN GLOBAL: Índice de satisfacción 89% Valoradas excelentes y buenas.

Recomendaría el hospital a otra persona: 79% Lo haría sin dudarlo.

A.1.8. Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en el Hospital:
existe un documento de protocolo o guía de acogida al usuario.

A.1.9. Revisar, adecuar y aplicar los Consentimientos Informados (CI) a la Ley 41/2002:
82,7 % de los CI adaptados a la Ley
93,04 % de los CI adaptados a la Ley y se encuentran en la HªC

A.1.10.

La carta de Servicios del Hospital se elaborará en 2007 con estos criterios:

Las cartas de servicios de los centros deben cumplir el Decreto 149/2004, de 14 de octubre, regula las Cartas de Servicios en la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en su artículo 7.2 determina el contenido mínimo de las mismas:

- Datos identificativos del órgano o unidad que presta el servicio.
- Principales servicios prestados enumerados de manera ordenada.
- Compromisos de calidad asumidos.
- Sistema de quejas y sugerencias.

A.1.11.

Garantizar el acceso a la historia clínica por parte de los usuarios, conforme a la Ley 41/2002:

Elaboración de Documento Normativa Interna: Vía de gestión de entrega de documentación clínica a pacientes, familiares y terceros

Historias Clínicas facilitadas en relación con las solicitadas en un 100 %, en un tiempo medio de espera inferior a 3 días.

A.1.12. Realización del Plan de Acogida a los Profesionales:

La incorporación de un trabajador a un centro sanitario es un momento clave en la vida laboral. Para el nuevo trabajador, supone un momento de gran tensión.

El Plan de Acogida se perfila como una herramienta útil para el conocimiento de la misión y valores de la organización, para la identificación de los profesionales con su organización y para la generación de un clima de confianza y seguridad que facilitará el ejercicio profesional de las distintas profesiones.

Se ha elaborado la GUÍA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DEL ÁREA SANITARIA DE Plasencia, con las siguientes áreas:

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

A.1.13. **Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad percibida y derechos de los usuarios en el Área Sanitaria.**

Difusión de resultados de encuesta de Urgencias.

Análisis Clínicos. Encuesta de Satisfacción Usuarios del Proceso Actuación Facultativa en Análisis Clínicos y Microbiología.

Calidad Medio Ambiental: Elaboración y difusión del PARCEM (Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales).

Encuesta de Satisfacción Usuarios de la Entrega de Documentación Clínica (Vía) dentro del Proceso Admisión Central.

A.2. **Objetivos de Calidad Científico – Técnica**

En nuestros centros es preciso mantener y potenciar diferentes actuaciones que mejoran la calidad de las actividades de los profesionales, bien desde un punto de vista científico ya que aportan un valor añadido al conocimiento, o bien desde un punto de vista técnico para homogeneizar sus actuaciones, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y adecuar las indicaciones de determinados procedimientos.

A.2.1. Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Garantía de la Calidad: cinco reuniones documentadas.

A.2.2. Garantizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas: reuniones de distintas Comisiones:

Comisión de Seguridad y Salud 1 reunión.
Comisión de Área sin Humos 1 reunión.
Comisión de Bioética 5 reuniones.

▪ Catástrofes y Emergencias	2
▪ Dietética y Nutrición	2
▪ Cuidados de Enfermería.....	31
▪ Docencia.....	4
▪ Farmacia y Terapéutica.....	6
▪ Historias Clínicas	4
▪ Infección Hospitalaria	1
▪ Seguridad y Salud.....	1
▪ Área sin Humos.....	1

A.2.3. Constituir el Comité de Ética Asistencia del Área: Constituido, elaborado el reglamento y ha mantenido 5 reuniones.

A.2.4. Desarrollar e implantar Guías/Vías Clínicas:

Elaboración de vías:

- Entrega de Documentación Clínica a Pacientes, Familiares y Pacientes a terceros en el Área de Salud
- Análisis Clínicos en el Área de Salud

Elaboración de guías:

- Acogida a los Profesionales del Área Sanitaria de Plasencia
- Detección, Desarrollo, Mejora y Mantenimiento de Procesos
- Gestión de Camas.

Evaluación de vías:

- Atención a los pacientes con problemas de salud mental.
- Atención al paciente con diabetes.

A.2.5. Desarrollar e implantar Vías Clínicas AP-AE.

- Actuación ante un paciente con hipotiroidismo.
- Actuación ante un paciente con asma.
- Educación individual a asmáticos.
- Educación grupal a asmáticos

A.2.6. Controlar las infecciones nosocomiales:

- Sistema de vigilancia infección nosocomial implantado y documentado, EPINE (2006: Prevalencia de infección nosocomial = 3,03 %) y SIM. Proceso codificación(CMBD)
- Cumplimiento del protocolo de sondaje en el 100%
- Pacientes con profilaxis AB adecuada al protocolo, en más del 95%

A.2.7. Desarrollo y Evaluación de Procesos

Proceso Actuación Facultativa en Análisis Clínicos y Microbiología
Proceso Admisión Central

A.2.8. Potenciar la realización de autopsias clínicas: no se potencia la realización autopsias clínicas, según dictamen consultivo del Comité de Ética Asistencial.

A.2.9. Complimentar de forma exhaustiva los contenidos del informe de alta hospitalaria: Informes de alta que cumplen con los criterios establecidos en un 98,4%.

Periodo de estudio 01-05-06 al 15-05-06.....
Población total del periodo de estudio 372.....
Población estudiada: 358
Total 358
Muestra 175
Resultado.
$\frac{N^{\circ} 3850 - 89}{N^{\circ} 175 \times 22} \times 100 = \dots\dots\dots \% \quad \frac{N^{\circ} 3761}{N^{\circ} 3850} \times 100 = 97,69 \%$
Pacto en el CG 2006 > 90 %..... Resultado alcanzado .. 97,69 %

CRITERIOS DE CALIDAD INFORME DE ALTA	¿Consta?
Escrito a máquina o con letra legible	SI - 3
Nombre del hospital, domicilio y teléfono	SI
Servicio clínico	SI
Identificación del médico responsable	SI -18
Nº de Historia Clínica	SI -1
Nombre y apellidos del paciente	SI
Fecha de nacimiento del paciente	SI
Sexo del paciente	SI
Domicilio habitual del paciente	SI
Fecha de ingreso (día/mes/año)	SI -4
Fecha de alta (día/mes/año)	SI
Motivo del alta	SI
Motivo inmediato del ingreso	SI
Resumen de la HC y exploración física del paciente	SI
Pruebas complementarias realizadas*	SI
Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente	SI
Diagnóstico principal	SI
Otros diagnósticos (en su caso)	SI
Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos (en su caso)	SI
Fecha de los procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos (en su caso)*	SI -64
Otros procedimientos significativos (en su caso)	SI
Recomendaciones terapéuticas	SI

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

22 tipos de criterios de calidad x 175 Informes de Alta = 3850 posibilidades criterios de calidad menos 89 criterios de calidad totales incumplidos (3+18+1+4+64) da un total de 3761 criterios de calidad cumplidos.

A.2.10. Elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de los siguientes procedimientos:

- Cataratas, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE: 100% de inclusiones conforme al protocolo (64 inclusiones estudiadas).
- Amigdalectomía/Adenoidectomía, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE. : 100% de inclusiones conforme al protocolo (17 inclusiones estudiadas).
- Prótesis total de rodilla, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE: 100% de inclusiones conforme al protocolo (32 inclusiones estudiadas).
- Artroscopia de rodilla, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE: 100% de inclusiones conforme al protocolo (26 inclusiones estudiadas).

- Prótesis de cadera, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE: 100% de inclusiones conforme al protocolo (17 inclusiones estudiadas).
- Colelitiasis, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE: 100% de inclusiones conforme al protocolo (16 inclusiones estudiadas).
- Hernia inguinal/crural, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE: 100% de inclusiones conforme al protocolo (38 inclusiones estudiadas).
- Hiperplasia benigna de próstata, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE: 100% de inclusiones conforme al protocolo (17 inclusiones estudiadas).

A.2.11. Indicación de pruebas diagnósticas de alta tecnología conforme al protocolo:

Pacientes que cumplen los criterios de indicación de TAC. 97,5 %
 Pacientes que cumplen los criterios de indicación de RMN. 95 %

TAC	RMN
Periodo de estudio...15-04-06 al 15-06-06.....	Periodo de estudio...15-04-06 al 15-06-06.....
Población total del periodo de estudio...159	Población total del periodo de estudio.....26.....
Población estudiada:	Población estudiada
Total 159	Total 26
Muestra 159	Muestra 26
Resultado	Resultado
$\frac{N^{\circ} 141}{N^{\circ} 159} \times 100 = \dots\dots 88,2 \%$	$\frac{N^{\circ} 26}{N^{\circ} 26} \times 100 = \dots\dots 100 \%$
Pacto en el CG2006>80 %.....	Pacto en el CG2006> 80%.....

Pacientes a los que se les ha realizado un TAC en los que existe correlación clín.-diagn. 82,4 %

Pacientes a los que se les ha realizado un RMN en los que existe correlación clín.-diagn.. 92,3 %

Fórmula del indicador

$\frac{N^{\circ} \text{ de pruebas en las que se ha comprobado la sospecha diagnóstica}}{N^{\circ} \text{ de pruebas estudiadas}} \times 100$

TAC: $\frac{131}{159} \times 100 = 82,4$

RMN: $\frac{24}{26} \times 100 = 92,3$

A.3 Objetivos de Calidad en la Gestión de Riesgos Sanitarios

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: Identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

También dentro de los riesgos sanitarios se deben tener en cuenta los que pueden afectar a los propios trabajadores del sistema sanitario por exposición o manipulación.

A.3.1. Desarrollar acciones de mejora como resultado de las propuestas de mejora derivadas del procedimiento de gestión de reclamaciones: nueve acciones de mejora emprendidas, derivadas del procedimiento de gestión de reclamaciones.

ADEMÁS DE MANTENER LAS DE 2005

- Evaluación de las condiciones de habitabilidad y entorno hospitalario.
- Canalización y seguimiento de las prestaciones de recursos materiales.
- Programa de valoración de la Satisfacción del Usuario.
- Logopedia (y estudio de solicitud).
- Canalización de los testigos de Jehová.
- Mejora del Circuito de Pruebas Radiológicas.
- Información al usuario sobre el circuito de petición de historias clínicas.
- Coordinación AP-AE de las revisiones de Ginecología.
- Mejora de la Salida de Emergencia por la zona de urgencias.

SE HAN REALIZADO LAS SIGUIENTES EN 2006:

Recordar mediante un nuevo escrito la normativa sobre contestación de reclamaciones y la necesidad de contestar dichas reclamaciones, elaborando propuestas de mejoras y respetando los plazos de respuestas (Dirigidas a Jefes de Servicios y Supervisores).

Mejorar el trato personal (cursos sobre mejorar habilidades, Manual de Estilo, etc.).

Mejorar la información desde todos los ámbitos asistenciales.

Mejorar la coordinación entre servicios.

Mejorar la coordinación entre Primaria y Especializada.

A.3.2. Desarrollar acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales: once acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales, emprendidas y documentadas. Se destacan:

- Evaluación inicial de riesgos de la Unidad de Hospitalización Medicina Interna - Hematología.
- Evaluación inicial de riesgos de la Unidad de Hospitalización de Cirugía.

A.3.3. Registrar, estudiar y actuar para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados:

Documento cumplimentado de registro de caídas en pacientes hospitalizados: 100% de caídas registradas.

Reclamaciones por caídas en pacientes hospitalizados registradas, ninguna reclamación.

Existencia de protocolo para evitar caídas en pacientes hospitalizados.

A.3.4. Registrar, estudiar acciones de mejora en relación a los sucesos adversos producidos por medicamentos: Protocolo de notificación de sucesos adversos por medicamentos.

Se lleva a efecto mediante: Tarjeta Amarilla y Programa en internet.

A.3.5. Actualización y revisión de los Planes de Catástrofes Internas y Externas cada 2 años: Planes de Catástrofes Internas y Externas revisados en los dos últimos años:

- Plan de Catástrofes actualizado en febrero de 2004.
- Revisión periódica y continua durante el año 2005, de equipos, timbrado de extintores, señalizaciones, salidas de emergencias, etc.

- Recopilación de datos para la elaboración del Plan de Emergencias del Centro de Especialidades "Luis de Toro", por la empresa PREVELAB.
- Revisión de la evacuación del Centro de Radioterapia.
- Revisión de señalización en el Hospital "Virgen del Puerto"

A.3.6. Cumplir con la Guía de Gestión de Residuos del Servicio Extremeño de Salud:

- Existencia de un registro documentado de los residuos tipo III y IV.
- Cantidad de residuos del tipo III. 0,40 kg./cama/día.
- Cantidad de residuos del tipo IV. 0,068 kg./cama/día.

- Los contenedores cumplen los criterios de la Guía de Gestión de Residuos del SES, al 100%.
- Se detecta la necesidad de mejorar las practicas de segregación de residuos biológicos.

A.4 Objetivos de Calidad en Relación con la Cumplimentación y Explotación del CMBD.

Una parte de los indicadores de calidad pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos hospitales y entre distintas organizaciones. Es posible que haya razones que justifiquen que algunos hospitales tengan resultados muy diferentes al resto, pero quizá un estudio más profundo de las circunstancias les puede ayudar a detectar problemas no conocidos hasta entonces e implantar acciones de mejora para solucionarlos.

- A.4.1. Altas hospitalarias codificadas: 99,99 %
- A.4.2. Disminución de los GRDs inespecíficos: 0,18 %
- A.4.3. Número de diagnósticos codificados por alta: 3,42
- A.4.4. Número de procedimientos codificados por alta: 4,49
- A.4.5. Codificación de Cirugía Ambulatoria: 100%
- A.4.6. IEMA 1.1
- A.4.7. Peso medio 1,02
- A.4.8. Estancias evitables: < 10 %
- A.4.9. Número de reingresos (<30 - >30): 9,5 % - 8,5 %
- A.4.10. Índice de mortalidad: < 3
- A.4.11. Estancia Media bruta global, 6,10
- A.4.12. Estancia Media por funcionamiento 5,64
- A.4.13. Estancia Media prequirúrgica (total – programada): 1,34 – 0,94
- A.4.14. Tasas de cesáreas: 28,54 %
- A.4.15. Tasas de partos con anestesia epidural: 27,93 %
- A.4.16. Desarrollo de actuaciones específicas de mejora de la calidad en relación con la cumplimentación y explotación del CMBD.
 - Mejora del Proceso Codificación en el Sistema de Gestión por Procesos.
 - Cursos internos de Codificación, impartidos a los miembros de la Unidad de Codificación por el responsable del CMBD: dos cursos.
 - Análisis DAFO de Mejora de la Calidad de la Unidad de Codificación y propuestas de mejora a dos años vista: Noviembre - 07.
 - Mejora de la Encuesta de Satisfacción de usuarios del CMBD (Hospitalización y Quirúrgico): 2007.

B. Actuaciones Institucionales

B.1. Coordinación Asistencial

Continuación de la labor de coordinación y formación de los Grupos de Trabajo del Área, basada fundamentalmente en:

- Priorización de los procesos asistenciales a abordar
- Elaboración de protocolos conjuntos para todo el Área
- Presentación de dichos protocolos en sesiones de formación – coordinación impartidas por todos los profesionales de los Grupos de Trabajo.

Los Grupos de Trabajo existentes en 2005, que se mantienen en 2006, y los documentos elaborados por los mismos se refieren a continuación:

Urología:

- Protocolo de infecciones urinarias
- Protocolo de crisis renoureteral

Endocrinología:

- Protocolo de educación terapéutica individual a diabéticos.
- Actualización del Protocolo de diabetes
- Protocolo de educación terapéutica grupal a diabéticos.

Cardiología:

- Guía clínica para la atención de pacientes con Fibrilación Auricular.
- Guía clínica para la atención de pacientes con Cardiopatía Isquémica estable.

Digestivo:

- Protocolo de coordinación para la solicitud de endoscopias, diagnóstico y tratamiento de la infección por H. Pylori y diagnóstico de la hipertransaminasemia crónica.
- Protocolo de diagnóstico y tratamiento ante crisis biliares.

Educación para la Salud:

- Protocolo de educación terapéutica individual a diabéticos.
- Protocolo de educación terapéutica grupal a diabéticos.
- Guía del profesorado: diabetes en la escuela.
- Proyecto de educación escolar: El desayuno y el recreo.
- Proyecto de educación escolar: Salud Bucodental.

Atención a la mujer:

- Protocolo de atención: consulta preconcepcional, embarazo y puerperio.
- Diseño de carpeta para recoger la documentación de la embarazada.
- Cuadro de distribución de competencias entre los profesionales del Área de Salud en la atención a la mujer.

Salud Mental:

- Protocolo de atención a pacientes con problemas de salud mental
- Protocolo de atención y traslado de la urgencia en salud mental
- Guía de ayuda para la elaboración del genograma

Del Dolor

Aspectos legales de la práctica clínica:

- Nuevo modelo de parte de lesiones
- Documento para garantizar el acceso a documentación clínica según la normativa vigente.
- Normalizar modelos de consentimiento informado
- Información respecto a la tramitación de cobros a terceros desde atención primaria (en elaboración).
- Documento que recoja el marco normativo y procedimientos a llevar a cabo en Atención Primaria para asistencia a asegurados de mutualidades concertadas (en elaboración).
- Manual de documentación clínica en Atención Primaria (en elaboración).

Salud Bucodental:

- Proyecto de educación en centros escolares: Salud Bucodental
- Protocolo de coordinación para atender procesos agudos odontológicos, extracciones dentarias y cirugía menor oral.
- Elaboración de Historia Clínica de salud bucodental
- Actualización modelos de consentimiento informado (en elaboración).

Visita Domiciliaria:

- Guía de prevención y tratamiento de úlceras por presión
- Protocolo de visita domiciliaria.

Continuidad de cuidados al alta

- Documento de alta de enfermería

Urgencias:

- Protocolo de fibrinólisis extrahospitalaria.

Locomotor, en elaboración:

- Guía clínica de atención a las lesiones ligamentosa de tobillo.
- Guía clínica de lesiones traumáticas articulares menores.
- Guía clínica de atención a usuarios con artrosis (en elaboración).
- Guía de consejos – educación a pacientes con artrosis (en elaboración).
- Guía clínica de atención a pacientes con fibromialgia (en elaboración).
- Protocolo de atención a los pacientes con hombro doloroso (en elaboración).
- Cuadro de distribución de competencias entre los profesionales del Área en la atención a los pacientes con problemas del Aparato Locomotor (en elaboración).

Oftalmología en elaboración:

- Protocolo de actuación ante la cirugía de catarata.
- Protocolo de actuación ante los defectos de refracción.

Cuidados Paliativos:

- Protocolo de actuación para la implantación y el mantenimiento de la una vía subcutánea (en elaboración).

Grupo de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud:

- Elaboración de hoja de registro del PAPPS

Sesiones de formación – coordinación impartidas por miembros de los grupos de trabajo durante el año 2005: 109 sesiones.

- 16 sesiones impartidas por ESCP (Grupo de Cuidados Paliativos).
- 29 sesiones impartidas por el ESM (Grupo de Salud Mental).
- 11 sesiones impartidas por COPFS (Grupo de Atención a la Mujer).
- 11 sesiones impartidas por las USBD (Grupo de Salud Bucodental).
- 9 sesiones impartidas por nefrología (Grupo de Nefrología-Urología).
- 28 sesiones impartidas por el Grupo de Atención Domiciliaria.
- 5 sesiones impartidas por el Grupo de A. Locomotor.

Proyectos evaluados en 2005:

- Proyecto de educación en centros escolares: Desayuno y Recreo.
- Proyecto de educación en centros escolares: Salud Bucodental.
- Proyecto de educación grupal a diabéticos.

B.2. Promoción De La Participación De Los Profesionales

11 actuaciones

B.3 Apoyo Logístico Y Metodológico

22 actuaciones

B.4 Impulso De Actividades Y Su Difusión

12 actuaciones

B.5. Colaboración Con La Comisión Mixta Y Comisión De Dirección

8 actuaciones

C.- Gestión De Procesos

C.1 Revisión y adaptación de los Conceptos Generales de la Gestión por Procesos (GPP)

C.2 Rediseño del Escenario y la Justificación del Modelo de Gpp

C.3 Mantenimiento de La Oficina de Procesos

Asesoramiento y apoyo en la elaboración de la estructura de los procesos: concepción, documentación, elementos, sistemática, indicadores, equipos, responsables y mejora continua.

C.4. Rediseño del Mapa de Procesos del Área

54 Procesos (operativos, de soporte y estratégicos)

C.5. Diseño De Procesos

4 Procesos elaborados

4 Procesos en fase de diseño

C.6. Difusión y Marketing

19 actuaciones

D.- Gestión de Riesgos

D.1. Mantenimiento de la Oficina de Gestión de Riesgos

Elaboración del Sistema de Gestión de Riesgos:

Clinicos (seguridad del paciente)

- Detección de efectos adversos y complicaciones

- Diseño de la encuesta de Satisfacción del cliente

Estructurales (seguridad de las infraestructuras y su funcionamiento)

- Diseño del Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales (PARCEM)

- Difusión de la Primera Fase del PARCEM: Hospital y Equipo de Salud Mental

Del Personal (seguridad y calidad de vida laboral de nuestras personas).

- Diseño de la encuesta de Satisfacción con el Trabajo o Calidad de Vida Laboral

- Diseño del sistema de Reconocimiento Laboral a Nuestras Personas

D.2. Análisis de Barreras Arquitectónicas

14 actuaciones

E.- Gestión del Conocimiento

E.1. Mantenimiento de la Oficina de Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

- Pone a disposición de los profesionales del Área la mejor evidencia científica disponible con el objetivo de colaborar en la mejora de la Efectividad de la Práctica Clínica

- Propone la incorporación de criterios de evidencia científica a las guías de práctica clínica para elevar la Calidad Científico-Técnica

- Asesora en la interpretación de resultados científicos, lectura crítica de artículos y proyectos de investigación

- Emitir y difundir informes, dirigidos a las instancias que se considere que puedan afectar, sobre los hallazgos más relevantes de MBE con cinco niveles de evidencia

- Asesorar sobre la metodología de elaboración de Protocolos, Guías y Vías

E.2. Actuaciones de la Oficina de MBE

12 actuaciones

E.3. Actuaciones de Colaboración en Proyectos

Colaboración en 2006 con la Fundación Avedis Donabedian (FAD) en el proyecto de investigación "Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies" (MARQuIS) financiado dentro del Sexto Programa Marco de Investigación de la Unión Europea y que se lleva a cabo por algunas de las organizaciones más prestigiosas en el área de la mejora de calidad asistencial en Europa. El trabajo de campo se ha llevado a cabo en 7 países europeos, entre los que se encuentra España. El Hospital Virgen del Puerto es el único participante del SES en 2006.

Los objetivos del proyecto: "Methods for Assessing Response to Quality Improvement Strategies"

(MARQuIS) son:

- Identificar, comparar y evaluar la adopción formal por los países miembros de la Unión Europea de diferentes estrategias de calidad a nivel nacional.
- Identificar y analizar los requisitos de calidad de los pacientes transfronterizos.
- Describir en una muestra de países europeos cómo han aplicado los hospitales las estrategias de calidad y en qué medida cumplen los requisitos de calidad definidos para los pacientes transfronterizos.
- Utilizar esta información para extraer conclusiones sobre cómo la implementación de estas estrategias de calidad permite a los hospitales cumplir los requisitos de calidad de los pacientes transfronterizos.

F.- Implantación y Despliegue Del Modelo De Calidad

F.1. Difusión del Modelo Entre Los Profesionales Del Area

20 actuaciones

F.2. Apoyo Logístico y Metodológico

23 actuaciones

F.3. Impulso De Actividades y Su Difusión

16 actuaciones

F.4. Actividades Formativas

9 actuaciones

2 de formación en Acreditación