

**MEMORIA DE CALIDAD
DEL ÁREA
DE PLASENCIA
2005**

INTRODUCCIÓN

Las actuaciones en calidad en el Área Sanitaria de Plasencia se llevan a cabo desde la Unidad de Calidad, dotada con un Auxiliar Administrativo a tiempo parcial (media jornada) y son dirigidas por el Coordinador de Calidad del Área en seis apartados, que se corresponden con los seis ejes básicos del Plan de Calidad del Área de Salud de Plasencia 2005-2009:

1. Actuaciones corporativas (en el SES)

Consiste en la cumplimentación de los indicadores de calidad del contrato de gestión del Área con el SES.

2. Actuaciones institucionales (en el Área de Salud)

Consiste en desarrollar las funciones de la Coordinación de Calidad y de la Unidad de Calidad en el Área.

3. 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.

4. 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).

5. Gestión del Conocimiento

Adecuación de medidas estructurales para la incorporación científico-técnica de la mejor evidencia disponible a las Vías, Guías y Protocolos.

6. 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 (EN EL SES)

1. OBJETIVOS DE CALIDAD PERCIBIDA Y DERECHOS DE LOS USUARIOS

- 1.1. Encuesta de satisfacción al paciente de urgencias: realizada por la Unidad de Calidad en el mes de Noviembre.
- 1.2. Tramitación de reclamaciones y sugerencias según la instrucción del DG del SES: criterios de cumplimiento elaborados y cumplidos al 100 %.
- 1.3. Reunión del Consejo de Salud del Área de Plasencia: realizada el 13-12-05.
- 1.4. Cumplir la normativa antitabáquica en los centros sanitarios y aplicación de la Ley 1/99 de 29 de marzo y Ley 28/05, de 26 de diciembre: cumplida.
- 1.5. Análisis de barreras Arquitectónicas: evaluación y revisión por la Unidad de Calidad del Hospital y todos los Centros de Salud del Área 7. Resultado 0% de barreras arquitectónicas.
- 1.6. Identificación del personal según instrucción 5/2002: 100 %, en primer lugar por muestreo y comprobación visual y en segundo lugar, con comprobación del listado de identificación llevado a cabo en el GFH Lavandería, en los meses de agosto y noviembre de 2005.
- 1.7. Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria: Encuesta de Satisfacción de Realizada por Agencia externa FBA Consuntig.

- 1.8. Satisfacción de los usuarios de las Unidades de Hospitalización: Realizada por Agencia externa FBA Consuntig.
- 1.9. Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en el Hospital: existe un documento de protocolo o guía de acogida al usuario.
- 1.10. Revisar, adecuar y aplicar los Consentimientos Informados (CI) a la Ley 41/2002: los CI que cumplen criterios de adaptación a la ley, es del 91, 2 %. Los Cique cumplen criterios de cumplimentación y que se encuentran en la Historia Clínica, es del 93,05 %.
- 1.11. No se elabora la carta de Servicios del Hospital.
- 1.12. Garantizar el acceso a la historia clínica por parte de los usuarios, conforme a la Ley 41/2002: Elaboración de Documento Normativa Interna. Historias Clínicas facilitadas en relación con las solicitadas en un 100 %, en un tiempo medio de espera de 2,54 días.
- 1.13. Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad percibida y derechos de los usuarios: se elabora encuesta de calidad percibida por los usuarios en el Sistema de Gestión por Procesos, en dos Procesos: 1.- Proceso Codificación y 2.- Proceso Anestesia y Reanimación del Paciente Quirúrgico.

2. OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO – TÉCNICA

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

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

- Catástrofes	2
- Comisión Mixta Junta Técnico Asistencial	6
- Dietética y Nutrición	2
- Cuidados de Enfermería	10
- Docencia	8
- Farmacia	3
- Hemoterapia	4
- Historias Clínicas	2
- Infección Hospitalaria	2
- Oncología	2
- Quirófanos	2

2.3. Constituir el Grupo Promotor de Bioética: constituido el Comité de Ética Asistencial en reunión mantenida el 22 de diciembre de 2005.

2.4. Desarrollar e implantar Guías/Vías Clínicas:

Elaboración de CUATRO VÍAS:

- Colecistectomía Laparoscópica.
- Prótesis de Cadera.
- Atención al Neonato Sano.
- Catarata Quirúrgica.

Elaboración de CUATRO GUÍAS:

- Equivalencia Fármaco-Terapéutica.

- De Terapéutica en soporte informático (de bolsillo)
- Normas y Procedimientos en Hematología.
- Retinopatía Diabética.

Evaluación de DOS VÍAS:

- Atención al Neonato Sano.
- Colecistectomía Laparoscópica.

2.5. Desarrollar, implantar y evaluar Vías Clínicas entre AP – AE:

Elaboración de DOS VÍAS entre AP-AE:

- Estudio de la Anemia.
- Derivación de Obesidad Infantil.

Evaluación de UNA VÍA entre AP-AE:

- Derivación de Obesidad Infantil.

2.6. Desarrollar y evaluar un proceso: desarrollo de los procesos:

- ANESTESIA Y REANIMACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO, 21-10-2005.
- PROCESO CODIFICACIÓN, 31-05-2005.

La evaluación es anual.

2.7. Controlar las infecciones nosocomiales:

Sistema de vigilancia infección nosocomial implantado y documentado, EPINE y SIM.
Cumplimiento del protocolo de sondaje en el 100%.
Pacientes con profilaxis AB adecuada al protocolo, en el 95%.

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

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%.

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

2.10.1. Cataratas, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.

2.10.2. 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.

2.10.3. 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.

2.10.4. 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.

2.10.5. 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.

2.10.6. Colelitiasis, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.

2.10.7. 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.

2.10.8. 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.

- 2.10.9. Sinus pilonidal, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
- 2.10.10. Túnel carpiano, elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica, de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
- 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 %
Pacientes a los que se les ha realizado un TAC en los que existe correlación clínico-diagnóstica. 90 %
Pacientes a los que se les ha realizado un RMN en los que existe correlación clínico- diagnóstica. 87,5 %

3. OBJETIVOS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

- 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.
- 3.1.1. Evaluación de las condiciones de habitabilidad y entorno hospitalario.
- 3.1.2. Canalización y seguimiento de las prestaciones de recursos materiales.
- 3.1.3. Programa de valoración de la Satisfacción del Usuario.
- 3.1.4. Logopedia (y estudio de solicitud).
- 3.1.5. Canalización de los testigos de Jehová.
- 3.1.6. Mejora del Circuito de Pruebas Radiológicas.
- 3.1.7. Información al usuario sobre el circuito de petición de historias clínicas.
- 3.1.8. Coordinación AP-AE de las revisiones de Ginecología.
- 3.1.9. Mejora de la Salida de Emergencia por la zona de urgencias.
- 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:
- 3.2.1. Implantación del protocolo de uso de mascarillas y respiradores.
- 3.2.2. Mejora de las gafas antisalpicadura.
- 3.2.3. Mejora de los equipos de protección de los veterinarios.
- 3.2.4. Adecuación de los equipos de protección frente a radiaciones ionizantes.
- 3.2.5. Campaña de prevención de tuberculosis para trabajadores del Hospital.
- 3.3. Registrar, estudiar y actuar para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados:
Documento cumplimentado de registro de caídas en pacientes hospitalizados, ocho caídas.
Reclamaciones por caídas en pacientes hospitalizados registradas, ninguna reclamación.
Existencia de protocolo para evitar caídas en pacientes hospitalizados.
- 3.4. Registrar, estudiar acciones de mejora en relación a los sucesos adversos producidos por medicamentos: Protocolo de notificación de sucesos adversos por medicamentos.
- 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.
- 3.6. Cumplir con la Guía de Gestión de Residuos del Servicio Extremeño de Salud:
- 3.6.1. Existencia de un registro documentado de los residuos tipo III y IV.
 - 3.6.2. Cantidad de residuos del tipo III. 0,295 kg./cama/día.
 - 3.6.3. Cantidad de residuos del tipo IV. 0,050 kg./cama/día.
 - 3.6.4. Los contenedores cumplen los criterios de la Guía de Gestión de Residuos del SES, al 100%.
- 3.7. Desarrollo de actuaciones específicas de mejora de la calidad en la gestión de riesgos sanitarios, destacando:
- Aplicación de medidas preventivas para disminuir las concentraciones de formaldehído en Anatomía Patológica.
 - Recomendaciones ergonómicas de utilización en camillas y sillones de la CMA.
 - Elaboración de un Protocolo de manejo de citostáticos en A.P.
 - Difusión y mantenimiento del protocolo de uso de mascarillas y respiradores.

4. OBJETIVOS DE CALIDAD EN RELACIÓN CON LA CUMPLIMENTACIÓN Y EXPLOTACIÓN DEL CMBD.

- 4.1. Altas hospitalarias codificadas: 99,99 %
- 4.2. Disminución de los GRDs inespecíficos: 0,07%
- 4.3. Número de diagnósticos codificados por alta: 4,22
- 4.4. Número de procedimientos codificados por alta: 4,97
- 4.5. Codificación de Cirugía Ambulatoria: 100%
- 4.6. IEMA 1.06
- 4.7. Peso medio 1,23
- 4.8. Estancias evitables: 11%
- 4.9. Número de reingresos (<30 - >30): 9,8 % - 9,1 %
- 4.10. Índice de mortalidad: < 2,78
- 4.11. Estancia Media bruta global, 6,03
- 4.12. Estancia Media depurada 6,03
- 4.13. Estancia Media prequirúrgica (total – programada): 1,27 – 0,89
- 4.14. Tasas de cesáreas: 27,31 %
- 4.15. Tasas de partos con anestesia epidural: 38,79 %
- 4.16. Desarrollo de actuaciones específicas de mejora de la calidad en relación con la cumplimentación y explotación del CMBD.
 - 4.16.1. Elaboración del Proceso Codificación en el Sistema de Gestión por Procesos: 31/05/05.
 - 4.16.2. Cursos internos de Codificación, impartidos a los miembros de la Unidad de Codificación por el responsable del CMBD: dos cursos.
 - 4.16.3. Análisis DAFO de Mejora de la Calidad de la Unidad de Codificación y propuestas de mejora a dos años vista: mayo- 05.
 - 4.16.4. Elaboración y puesta en marcha de la Encuesta de Satisfacción de usuarios del CMBD (Hospitalización y Quirúrgico): mayo- 05.

B. ACTUACIONES INSTITUCIONALES DE MEJORA DE LA CALIDAD (EN EL ÁREA DE SALUD)

1. **PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES**
24 actuaciones
2. **APOYO LOGÍSTICO Y METODOLÓGICO**
52 actuaciones
3. **IMPULSO DE ACTIVIDADES Y SU DIFUSIÓN**
44 actuaciones
4. **COLABORACIÓN CON LA COMISIÓN MIXTA Y COMISIÓN DE DIRECCIÓN**
10 actuaciones

C. GESTIÓN DE PROCESOS

1. **ELABORACIÓN DE LOS CONCEPTOS GENERALES DE LA GESTIÓN POR PROCESOS (GPP)**
2. **ELABORACIÓN DEL ESCENARIO Y LA JUSTIFICACIÓN DEL MODELO DE GPP**
3. **CONSTITUCIÓN DE LA OFICINA DE PROCESOS**
Asesoramiento y apoyo en la elaboración de la estructura de los procesos: conceptualización, documentación, elementos, sistemática, indicadores, equipos, responsables y mejora continua.
4. **ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS DEL AREA**
47 PROCESOS (operativos, de soporte y estratégicos)
5. **DISEÑO DE PROCESOS**
2 Procesos elaborados
9 Procesos en fase de diseño
6. **DIFUSIÓN Y MARKETING**
26 actuaciones

D. GESTIÓN DE RIESGOS

1. **CONSTITUCIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE RIESGOS**

Elaboración del Sistema de Gestión de Riesgos:

Clínicos (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)

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

2. ANÁLISIS DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

18 actuaciones

E. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

1. CONSTITUCIÓN DE LA OFICINA DE MEDICIAN 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

2. ACTUACIONES DE LA OFICINA DE MBE

15 actuaciones

F. IMPLANTACIÓN Y DESPLIEGUE DEL MODELO DE CALIDAD

1. DIFUSIÓN DEL MODELO ENTRE LOS PROFESIONALES DEL AREA

24 actuaciones

2. APOYO LOGÍSTICO Y METODOLÓGICO

52 actuaciones

3. IMPULSO DE ACTIVIDADES Y SU DIFUSIÓN

44 actuaciones

4. ACTIVIDADES FORMATIVAS

16 actuaciones

1 de formación en Acreditación