

MEMORIA

DE

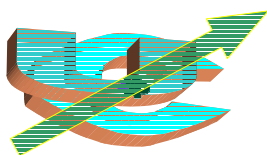


Memoria de Calidad

Plasencia - 2007

Autores:

Dr. Gabriel Martín Clemente
(Coordinador de Calidad)
D. Cecilio Luis del Mazo Martínez
(Secretario de la Unidad de Calidad)



*** Este documento está sujeto al proceso de mejora continua de la calidad. Agradecemos todos los comentarios, sugerencias y aportaciones que se quieran realizar.**

MEMORIA 2007 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.

A1.1. 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

Según estudio realizado por la Unidad de Calidad del Área de Plasencia - 2007

Porcentaje de pacientes satisfechos y muy satisfechos: Resultado Encuesta = **90,6 ***

(*: "Satisfacción global en su visita al Servicio de Urgencias")

Normal (24,7 %) + Bien (32,9 %) + Muy Bien (28,8 %) = 90,6 %

- Satisfacción Global Media Urgencias Hospital Virgen del Puerto 2007: **74,2**

- Satisfacción Global Media Urgencias SES 2006: **70**

- Satisfacción Global Media Urgencias FBA Consulting 2006: **68,3**

Medidas de mejora en base a las anteriores oleadas de encuestas

Objetivos: Mejorar la Recepción, Información y Llegada; Informar al paciente sobre los retrasos e identificarse ante el paciente.

Indicadores: Protocolización del Triage, Sala de Triage: R.A.C. de Enfermería (Recogida, Admisión, Clasificación). Trípticos conteniendo la información precisa y el nombre de los sanitarios responsables del paciente

Medidas de Mejora a realizar en 2008, en base a los Resultados de la Encuesta 2007

- 1º.- Excesivo tiempo de espera hasta la atención sanitaria
- 2º.- Excesivo tiempo de espera para pruebas de laboratorio
- 3º.- Informar al paciente sobre el retraso que haya podido tener.

Difusión a realizar en 2008, según el Plan de Comunicación Interno.

- 1º.- Envío por correo electrónico del Estudio de Satisfacción 2007 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 los tiempos de espera y la información de los retrasos.

A.1.1. Tramitación de reclamaciones y sugerencias según la instrucción del DG del SES:

Objetivos:

Elaborar y cumplir los criterios de cumplimiento.

Conocer las causas de las Reclamaciones y las Quejas

Indicadores:

Criterios de cumplimiento elaborados y cumplidos al 100 %.

Estudio Anual de Reclamaciones y Quejas 2007

Evaluación y análisis del Estudio 2007:

El 53 % de las reclamaciones corresponden al Hospital y el 39% a los Centros de Salud. En el Hospital, destacan los Servicios de DIG (17%),URG(13%), TRA(10%), Neurología(7%), PED-Urgencias (7%) y GIN (7%). Con respecto al motivo, destacan las citaciones (41%), la disconformidad con la atención (14%)

Mantener la idea: Incluir en el modelo de reclamación un apartado con propuestas de mejoras por parte del reclamante.

Incluir en la sistemática de la reclamación: un apartado con propuestas de mejoras por parte de quien contesta la reclamación.

Medidas de mejora: Elaborar propuestas sobre anulaciones, desprogramaciones y reprogramaciones intempestivas de la citas, que se incluirán en el Proceso Gestión de Consultas Externas y Pruebas Complementarias.

A.1.2. Reunión del Consejo de Salud del Área de Plasencia:

Reunión realizada el 21-12-07, con el orden del día: Acta anterior; Memoria del Área de Salud 2006; Informe del Proyecto de Presupuesto del Servicio Extremeño de Salud; Ruegos y preguntas.

A.1.3. Análisis de barreras Arquitectónicas:

- **Gerencia del Área de Salud:** Planificación en 2007 de cinco medidas correctoras de adaptación del Centro de Especialidades "Luis de Toro" (rampa de acceso, escalera de acceso, ascensores, mostradores de atención al público y paneles de textos letrero y señales. Planificación en 2007 de dos medidas correctoras en los tres Centros de Salud de Plasencia y en el edificio de Gerencia (ascensores), a sí como nueve medidas correctoras en tres Centros de Salud rurales (aseos, mecanismos, accesos a consultas y mostradores adaptados) y dos Centros de Salud urbanos (aseos y mostradores adaptados).

- **Dirección Económica y Presupuestaria:** Ejecución de diez medidas correctoras realizadas en seis Centros de Salud planificadas en 2007, en cinco Centros de Salud rurales y un Centro de Salud urbano

(adaptación de entradas, puertas y rampas; adaptaciones de WC; señalizaciones; conforme al Reglamento de Promoción de la Accesibilidad).

- **Unidad Básica de Prevención:** Evaluación de la accesibilidad en el Centro de Especialidades “Luis de Toro” con la propuesta de siete medidas correctoras. Evaluación de la accesibilidad interior en los tres Centros de Salud urbanos y en el edificio de Gerencia, con la propuesta de dos medidas de mejora.

- **Unidad de Calidad:**

Inspección visual del Hospital “Virgen del Puerto”, de su Edificio de Consultas y sus entornos; 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 N° 22).

Inspección visual de los planos de las obras de Reforma y Ampliación del Hospital “Virgen del Puerto” (habitación individual y ampliación de la planta física de servicios y unidades), comprobando de que la accesibilidad prevista es acorde con el mencionado decreto.

- Evaluación y análisis 2007:

El nº de medidas documentadas de mejora de los entornos de centros sanitarios o de eliminación de barreras arquitectónicas realizadas actuaciones: Realización 2007 se corresponden con el objetivo pactado (Planificación 2006).

La Unidad de Calidad, a partir de la complejidad que va adquiriendo la valoración de la accesibilidad a los entornos sanitarios, elabora, en el otoño de 2007, el Programa Anual de Evaluación de Accesibilidad Física a los Entornos Sanitarios (**VAFES**), que contiene las actuaciones mencionadas y es coherente con el Decreto 8/2003.

A.1.4. **Identificación del personal según instrucción 5/2002: 100 %**

- **Unidad de Calidad**

Un día elegido al azar, durante una hora en una zona concurrida del hospital, contar las personas y de éstas las correctamente identificadas.

Los días elegidos para tal fin fueron el 1, 2, 5 y 6 de marzo en las áreas de Hospitalización, Servicios Centrales y Consultas Externas.

El día 1 de marzo, se dedicó al área de Hospitalización durante 20 minutos, contabilizando 58 personas, en plantas 6ª y 5ª de Medicina Interna, 4ª planta de Traumatología y 2ª de Especialidades, donde el personal de turno de mañana cumplía con el requisito exigido al 100%. De igual modo lo cumplen el personal procedente de otros servicios requeridos en esos momentos, (Celadores, Pinches, Personal de Mantenimiento).

El día 2 de marzo, se inspecciona los Servicios Centrales. Radiodiagnóstico, 5 minutos 12 personas. Admisión, 5 minutos 15 personas y Laboratorio, 5 minutos 16 personas, que cumplen con el requisito exigido al 100%.

El día 5 de marzo, se inspecciona Consultas Externas en sus tres plantas, obteniendo como resultado el 100% del personal identificado.

El día 6 de marzo, se inspecciona in situ, el guardarropas de Lavandería, donde además de la ropa del personal del Hospital, se efectúa el lavado de las prendas de los Centros de Salud de Ahigal, Cabezuela del Valle, Casas del Castañar, Hervás, Jaraiz de la Vera, Montehermoso, Aldeanueva del Camino, Nuñomoral, Pinofranqueado, Serradilla y Mohedas de Granadilla, Plasencia I, Plasencia II, Plasencia III y Centro de Especialidades.

Se puede comprobar que los uniformes llevan 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, en el 100%

Se establece en el Área de Salud una sistemática y una dinámica concreta y mantenida para evaluar el porcentaje de identificación de profesionales.

A.1.5. **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 %

La satisfacción global de los usuarios de Atención Primaria en el Área de Plasencia es 3,4 puntos superior a la media del SES (+ 5,3 %: 67,7 % satisfacción global del área > 64,3 % satisfacción global de media del SES)

La satisfacción global de los usuarios de Atención Primaria en el Área de Plasencia es 0,2 puntos superior a la anterior encuesta (+ 0,3 %: 67,7% satisfacción global del área > 67,5 % satisfacción global del área en la anterior encuesta)

A.1.6. **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, realizada por la Unidad de Calidad del Área - (SERVQHOS) años pares-; FBA Consulting –años impares-.

1º Encuesta de Satisfacción Permanente

Periodo de estudio: Año 2007 completo. Nº de encuestas: 116

BLOQUE DE PREGUNTAS:

Acogida: índice de satisfacción	89 % (85%-06: + 4,7)	Valoradas excelentes y buenas.
Habitación. Índice de satisfacción	72 % (73%-06: - 1,4)	Valoradas excelentes y buenas.
Comida y restauración: índice de satisf.	93 % (86%-06: + 8,1)	Valoradas excelentes y buenas.
Profesionales, amabilidad y trato	86 % (82%-06: + 4,9)	Valoradas excelentes y buenas.

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN GENERAL: 80% (79%-06: + 1,3)

2º Encuesta de Opinión sobre la Calidad Hospitalaria (FBA CONSULTING)

Índices de Satisfacción

Ingreso	71,9%
Habitación	67,1%
Comidas	73,2%
Visitas	60,5%
Pruebas	71,1%
Enfermería	72,0%

Médicos	69,5%
Asuntos personales	64,3%
Alta	70,9%
Varios	66,5%
Satisfacción general	72,8%

-Análisis

98,4% de pacientes satisfechos y muy satisfechos, sobre encuesta anterior; 1,2 puntos < que la encuesta anterior (- 1,6%). Variaciones mínimas con respecto a la anterior oleada de encuestas.

A.1.7. Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en el Hospital:

Está protocolizada la acogida a usuarios y familiares.

A.1.8. Revisar, adecuar y aplicar los Consentimientos Informados (CI) a la Ley 41/2002:

80 % de los CI adaptados a la Ley (similar a 2006: 82,7 %)

94,3 % de los CI adaptados a la Ley y se encuentran en la H^aC (similar a 2006: 93,04)

Estudio realizado los días 10 y 11 de diciembre de 2007 por la Unidad de Calidad: De 745 intervenciones quirúrgicas en el mes de noviembre, 580 fueron programadas.

- Muestra 58 intervenciones (10%).
- Consentimiento Informado en la H^a Clínica, 55 (94,83%).

Servicios: Cirugía, Traumatología, Ginecología, Urología, Oftalmología, Dermatología y O.R.L.

A.1.9. Carta de servicios de los Centros Sanitarios

La carta de Servicios del Hospital se planifica 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:

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

A.1.10. 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, en el Área de Salud de Plasencia". Incluye: Hospital, Centro de Especialidades y Equipo de Salud Mental

Historias Clínicas facilitadas en relación con las solicitadas en un 100 %, en un tiempo medio de espera inferior a 3 días (2,4 en 2007). >95% Historias facilitadas: 99,37% (0,63% denegadas según normas).

Este apartado está perfectamente establecido y asegurado su mantenimiento. La inclusión de AP en la Vía de Gestión se está tratando en la Comisión de Historias Clínicas del Área de Salud.

A.1.11. 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 profesionales.

Se ha elaborado la GUÍA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DEL ÁREA SANITARIA DE Plasencia, con cuatro apartados

- El Servicio Extremeño de Salud
- El Área de Salud de Plasencia
 - o Gerencia del Área / Organigrama
 - o Centros de Salud
 - o Hospital / Descripción
- Información Laboral de Interés
 - o Nombramiento e incorporación
 - o Retribuciones, vacaciones y permisos
 - o Salud laboral
 - o Uniformes
 - o Comedor
- Guía Útil

Que incluye 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.1.12. Garantizar el cumplimiento de la 2ª opinión médica según el decreto 16/2004 de 26 de febrero.

Solicitadas y ajustadas a las normas del Decreto = 33

Solicitadas y no ajustada a las normas del Decreto y por lo tanto denegadas = 5

Elaboración del Protocolo del Protocolo de 2ª Opinión Médica para el Área de Salud de Plasencia

A.1.13. Seguimiento telefónico proactivo a pacientes dados de alta de los hospitales del área:

Realizado por las unidades de enfermería de hospitalización

Servicio	Planta	Altas de Enfermería	Seguimiento Proactivo	%
Medicina Interna	6ª	475	399	84
Medicina Interna	5ª	502	410	81,67
Traumatología	4ª	624	624	100
Cirugía	3ª	643	643	100
Urología O.R.L. Oftalmología	2ª	308	211	68,5
Tocoginecología	2ª	456	370	81,14
Total		3008	2657	88,33

A.1.14. Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad percibida y derechos de los usuarios en el Área Sanitaria.

- Difusión de los resultados de la Encuesta de Hospitalización 2006.
 - Puntos débiles (a mejorar), puntos fuertes (para mantener), actuaciones prioritarias (suma de lo que más interesa al paciente y de lo más factible: aspectos relacionales – comprensión, trato, interés, confianza y amabilidad – y tiempo de espera para ser atendido por un médico y la información proporcionada) y área de excelencia (30% de felicitaciones). Satisfacción global (satisfechos y muy satisfechos) del 89% y recomendación del hospital a otras personas del 78% de los pacientes.
 - Circuito de difusión.
- Oftalmología. Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Proceso Actuación Facultativa en Oftalmología Clínico - Quirúrgica.
- Calidad Medio Ambiental: Mantenimiento, ampliación y difusión del PARCEM (Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales) en su Segunda Fase
 - Servicios Centrales
 - Equipo de Salud Mental
 - Almacén, Talleres y Lavandería
 - Edificio de Administración
- Calidad Medio Ambiental: Planificación del mantenimiento, ampliación y difusión del PARCEM (Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales) a los Centros de Salud del Área
Tercera Fase: 2008
- Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación: Guía Para el Paciente con Prótesis de Cadera
- Encuesta de Satisfacción Usuarios del Proceso Atención al Usuario.

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: cuatro reuniones documentadas.

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

Comisión de Historias Clínicas	4
Comisión de Farmacia y Terapéutica	5
Comisión de Cuidados de Enfermería	19
Comisión de Bioética	4
Comisión de Dietética y Nutrición	5
Comisión de Hematología y Hemoterapia	2

A.2.3. **Garantizar el funcionamiento del Comité de Ética Asistencial:** Constituido y elaborado el reglamento y ha mantenido 4 reuniones; con lo que se mantiene y consolida el Comité de Ética Asistencial del Área de Salud..

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

Elaboración de vías:

- Guía Práctica de Elaboración de Procesos
- Guía Para el Manejo de la Sepsis Severa y el Shock Séptico
- Guía de Ventilación Mecánica en el Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto

Evaluación de vías:

- Vía de Normas y Procedimientos Operativos en el Banco de Sangre
- Vía de Entrega de Documentación Clínica a Pacientes, Familiares y Terceros en el Área de Salud de Plasencia

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

- Guía de Valoración del Riesgo Cardiovascular
- Guía del Asma
- Guía de Contención Farmacológica en Urgencias Psiquiátricas

A.2.6. **Controlar las infecciones nosocomiales:**

Sistema de vigilancia infección nosocomial documentada

- o EPINE: Vigilancia de la infección nosocomial 2007 Hospital "Virgen del Puerto"
- o SIM: Documento técnico para la detección de brotes nosocomiales Hospital "Virgen del Puerto"
- o Proceso Codificación (CMBD): Infección posoperatoria

90,9% cumplimiento protocolo sondaje (Revisados 22 pacientes hospitalizados, el 22 de noviembre de 2007, 20 enfermos ingresados con sonda vesical sí se ajustan al protocolo)

98,75% pacientes con profilaxis AB según protocolo

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100

Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)

Periodo de estudio 1 al 30 de Octubre de 2007

Cirugía: 20; Ginecología: 10; O.R.L.: 10; Traumatología: 20; Urología: 20.

Resultado

Nº 79 x 100 = 98,75 %

Nº 80

Pacto en el CG07 > al 90%..... Resultado alcanzado 98,75%.....

A.2.7. **Desarrollo y Evaluación de Procesos**

Proceso Actuación Facultativa en Oftalmología Clínico-Quirúrgica

Proceso Gestión de Consultas Externas y Pruebas Complementarias

Proceso Atención al Usuario

A.2.8. **Potenciar la realización de autopsias clínicas:** Aunque se ha realizado 1 en 2007 no se potencia la realización autopsias clínicas, según dictamen consultivo del Comité de Ética Asistencial.

A.2.9. Cumplimentar 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...01-04-2007.....
Población total del periodo de estudio.....468.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{N^{\circ} 1296-26}{N^{\circ} 468 \times 22} \times 100 = \frac{10270}{10296} \times 100 = 99,75 \%$
Pacto en el CG 2006 > 90%..... Resultado alcanzado 99,75%

****CRITERIOS DE EVALUACIÓN:**

CRITERIOS DE CALIDAD INFORME DE ALTA	¿Consta?
Escrito a máquina o con letra legible	si -1
Nombre del hospital, domicilio y teléfono	si
Servicio clínico	si
Identificación del médico responsable	si -2
Nº de Historia Clínica	si
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
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 -23
Otros procedimientos significativos (en su caso)	si
Recomendaciones terapéuticas	si

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

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

Resultados: Mes de noviembre de 2007 / Total = Suma resultados procedimientos (1+2+3+4)/4 = 100%

Procedimiento 1 = 100%

Procedimiento 2 = 100%

Procedimiento 3 = 100%

Procedimiento 4 = 100%

- 1. Catarata Senil (366.10): Evaluados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Sociedad Española de Oftalmología, la MBE y la valoración de los facultativos del Sº Oftalmología de Hospital Virgen del Puerto (HVPT), se han estudiado 60 casos de un total de 136 inclusiones;

encontrando todas las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 100% de ILS's conforme a protocolo.

- 2. Hernia Inguinal (550.90): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Asociación Española de Cirujanos y la MBE, se han estudiado 20 casos de un total de 40 inclusiones; encontrando todas las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 100% de ILS's conforme a protocolo.
- 3. Prótesis de Rodilla (715.26 + 81.54/81.55): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología la MBE, se han estudiado 20 casos de un total de 40 inclusiones; encontrando todas las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 100% de ILS's conforme a protocolo.
- 4. Hiperplasia Benigna de Próstata (600.20): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Asociación Española de Urología y la MBE, se han estudiado 15 casos de un total de 29 inclusiones; encontrando todas las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 100% de ILS's conforme a protocolo.

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes de los 4 procedimientos elegidos incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo de cada uno de los procedimientos elegidos.

Periodo de estudio: Noviembre 2007
Población total del periodo de estudio: 245
Procedimiento: Catarata Senil, Hernia Inguinal, Prótesis de Rodilla, HBP.
Población estudiada:
<input type="checkbox"/> Total: 245
<input type="checkbox"/> Muestra: 115
Resultado
$\frac{N^{\circ} \text{ 115}}{N^{\circ} \text{ 115}} \times 100 = 100 \%$
Pacto en el CG2006 > 90%..... Resultado alcanzado ... 100%

A.2.11. Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad científico-técnica en el Área Sanitaria:

- Revisión del Plan de Calidad del Área de Salud de Plasencia.

- o Revisión de los Apartados del Plan: Alcance, Metodología, Áreas de Actuación, Objetivos y Ejes Básicos
- o Revisión de los Seis Ejes Básicos: Institucionales, Estratégicos, Gestión por Procesos, Gestión de Riesgos, Gestión del Conocimiento, Modelo de Calidad
- o Planteamiento a la Comisión de Calidad (incluido en el orden del día en primera reunión ordinaria de 2007) de la evaluación y contribución al Plan de Calidad 2005/2009

- Revisión del alcance del Plan de Calidad

- Elaboración de la Memoria Anual de Calidad

- Gestión del Conocimiento: Actuaciones de la Oficina de Medicina Basada en la Evidencia (oficina de MBD)

- o Participación en el Master de Documentación Clínica: "Módulo VI: Calidad en los SADC" (Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud)
- o Participación de la II Academia de la Excelencia: "Taller 1: Tipos y Procesos de Investigación Empírica"; "Taller 1: Planteamiento del Problema y Revisión de Fuentes"; "Taller 4: Estadística a Través del Ordenador: Taller Práctico de SPSS" (FundeSalud)
- o Participación en el 25 Congreso de Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), con **ocho posters**, que reflejan las actuaciones de calidad científico-técnica del Área:
- o Cinco de ellos elaborados por la Oficina de MBE: "Escenario Conceptual de Protocolos, Guías, Vías y Procesos"; "Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales (PARCEM)"; "Diseño de Procesos en el Ámbito de la Gestión por Procesos"; "Desarrollo de un Plan de Calidad Cuatrienal en un Área de Salud Tipo"; "Análisis de Priorización y de Excelencia a partir de los Resultados de una Encuesta de Satisfacción de Usuarios"

Tres de ellos elaborados en colaboración con la Unidad de Calidad de Coria: "Pilotaje del Modelo de Calidad Extremeño de un Hospital Comarcal"; "Implantación del Protocolo de Segunda Opinión Médica en un Hospital de Área del Sistema Sanitario Público Extremeño"; "Metodología para la Implantación de la Carta de Servicios en el Medio Hospitalario"

- Planificación de la Elaboración del Mapa de Guías Clínicas a partir del Escenario Conceptual de Protocolos, Guías, Vías y Procesos

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.

El 41% de las reclamaciones corresponden al motivo CITACIONES

Para corregir este problema se elabora el Proceso Gestión de Consultas Externas y Pruebas Complementarias, dentro de la Gestión por Procesos

Mantenimiento de las medidas iniciadas en 2006

1.- 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).

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

3.- Mejorar la información desde todos los ámbitos asistenciales.

4.- Mejorar la coordinación entre servicios.

5.- 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 han realizado 71 acciones documentadas.

- 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. Se propone un sistema de registro que contenga los siguientes datos:

-Datos relativos al paciente:

1.-nº de H.C.

2.-Sexo

3.-Edad

4.-Fecha de la caída

5.-Diagnóstico médico

- Datos relativos al estado general del enfermo:
 - 1.- Orientado
 - 2.- Agitado
 - 3.- Inestabilidad motora
 - 4.- Postoperatorio inmediato
 - 5.- Mala visión
 - 6.- Otros (independiente, deprimido, no cooperativo etc.)

- Datos relativos a la circunstancia de la caída:
 - 1.- Lugar de la caída
 - 2.- Hora de la caída/turno trabajo
 - 3.- Acompañado
 - 4.- Sistemas de protección previos
 - 5.- Motivo de la caída
 - 6.- Consecuencia de la caída

- Persona que encuentra al paciente
- Persona informada inmediatamente después del accidente
- Medidas inmediatas para garantizar la seguridad del paciente

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.

Cero sucesos adversos en 2007

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:

Elaboración, implantación y desarrollo del Plan de Emergencia para el Centro de Especialidades "Luis de Toro" (Prevelab Consultores, SL)

Actualización Parcial del Plan de Catástrofes "Virgen del Puerto"

Contratación de empresa externa para elaborar el Plan de Emergencias para el Hospital "Virgen del Puerto", que al estar en fase de obras (ampliación de planta física y habitación única por paciente), será elaborado a finales de 2008

Despliegue de actuaciones en 2007

- Formación a los trabajadores: Inspección Médica, CEDEX, Atención Primaria, Radiodiagnóstico y Archivos
- Planificación de la creación del Comité de Emergencias

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. 0,45 kg./cama/día.
- Cantidad de residuos del tipo IV. 0,08 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.

Es preciso incidir sobre la correcta segregación de residuos (sobre todo Tipo III y Tipo IV), según las normas de la Guía de Gestión de Residuos.

A.3.7. **Realizar al menos un proyecto de seguridad de pacientes en el Área.**

Unidad de Investigación

- Plan de Seguridad del Paciente en la Práctica Clínica
 - o Grupo de Trabajo, Formación, Errores de Medicación, Efectos adversos, Identificación de Pacientes Vulnerables

Unidad de Calidad

- Plan Integrado de Gestión de Riesgos del Área de Plasencia 2007-2010
 - o Áreas de Actuación: Gestión de Riesgos Clínicos (Seguridad del Paciente), Estructurales (Establecimientos Sanitarios, Repercusión social), De las Personas (Tipo de Trabajo: Riesgos Laborales; Organización de los Grupos Humanos: Riesgos Organizacionales)
 - o Planificación del Estudio de Bienestar Laboral 2008
 - o Planificación del Estudio de Reconocimiento del Desempeño Laboral 2008

A.3.8. Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad en la Gestión de Riesgos Sanitarios en el Área.

Unidad de Investigación

- Plan de Seguridad del Paciente en la Práctica Clínica
Grupo de Trabajo
Formación

Unidad de Calidad

- Estudio Piloto de “Incidencia de Partos Instrumentales Ocasionados por la Aplicación de Analgesia Epidural como Factor de Riesgo” -Área de Plasencia 2007-
- Proyecto de: “Protocolo Segunda Opinión Médica en el Ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura” –Colaboración con la Unidad de Calidad de Coria, 2007-

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: 100 %
- A.4.2. Disminución de los GRDs inespecíficos: 0,05 %
- A.4.3. Número de diagnósticos codificados por alta: 3,31
- A.4.4. Número de procedimientos codificados por alta: 4,60
- A.4.5. Codificación de Cirugía Ambulatoria: 100%
- A.4.6. IEMA 1.042
- A.4.7. Peso medio 1,27

Estancias evitables: Se calcula el número de altas y estancias generadas por los pacientes hospitalizados (totales y en el grupo de edad de mayores de 65 años), correspondientes a los GRDs definidos como potencialmente ambulatorios, enumerados en la siguiente tabla:

GRD	DESCRIPCION	TOTALES nº - estancias	> 65 años nº - estancias
6	LIBERACIÓN DEL TUNEL CARPIANO	10-16	2-2
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	11-70	4-21
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	--	--
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITREC	15-40	9-26
40	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD > 17	4-14	1-3
41	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD < 18	1-2	--

42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRI	6-16	3-8
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BO	62-251	8-37
59	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	17-40	--
60	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	56-120	--
61	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD > 17	2-9	1-7
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	66-127	11-20
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	103-251	18-53
160	PROC.SOBRE HERNIA EXCE.INGUI.&FEMORAL>17 SIN CC	74-303	31-141
162	PROC.SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL >17 SIN CC	170-407	83-216
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	--	--
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	61-157	23-59
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	12-40	2-6
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS CON CC	--	--
229	PRO.SOBRE MANO O MUÑECA,EXCE.PROC.MAYORES SIN CC	37-86	8-14
231	EXCIS.LOCAL&ELIMIN.DISP.FIJACION INT.EXC CAD&FEM	26-111	13-72
232	ARTROSCOPIA	28-75	2-4
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROC.NO MAL	6-13	1-2
267	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFER.PILONI	20-41	--
339	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	35-88	12-39
340	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	8-18	--
342	CIRCUNCISION EDAD>17	--	--
343	CIRCUNCISION EDAD<18	--	--
351	ESTERILIZACION, VARON	--	--
361	INTERRUPCION TUBARICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROT	9-30	--
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	15-21	--
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEO	32-69	10-27
494	COLECISTEC.LAPAR.SIN EXPLORAC.COND.BILIAR SIN CC	75-317	27-131

A.4.8. Número de reingresos: 4,73 %

A.4.9. Índice de mortalidad: 1,8

A.4.10. Estancia Media bruta global, 6,61

A.4.11. Estancia Media por funcionamiento 6,38

A.4.12. Tasas de cesáreas: 35,52 %

A.4.13. Tasas de partos con anestesia epidural: 22,46 %

A.4.14. Mejorar la codificación de cirugía ambulatoria y hospital de día: 100% codificación

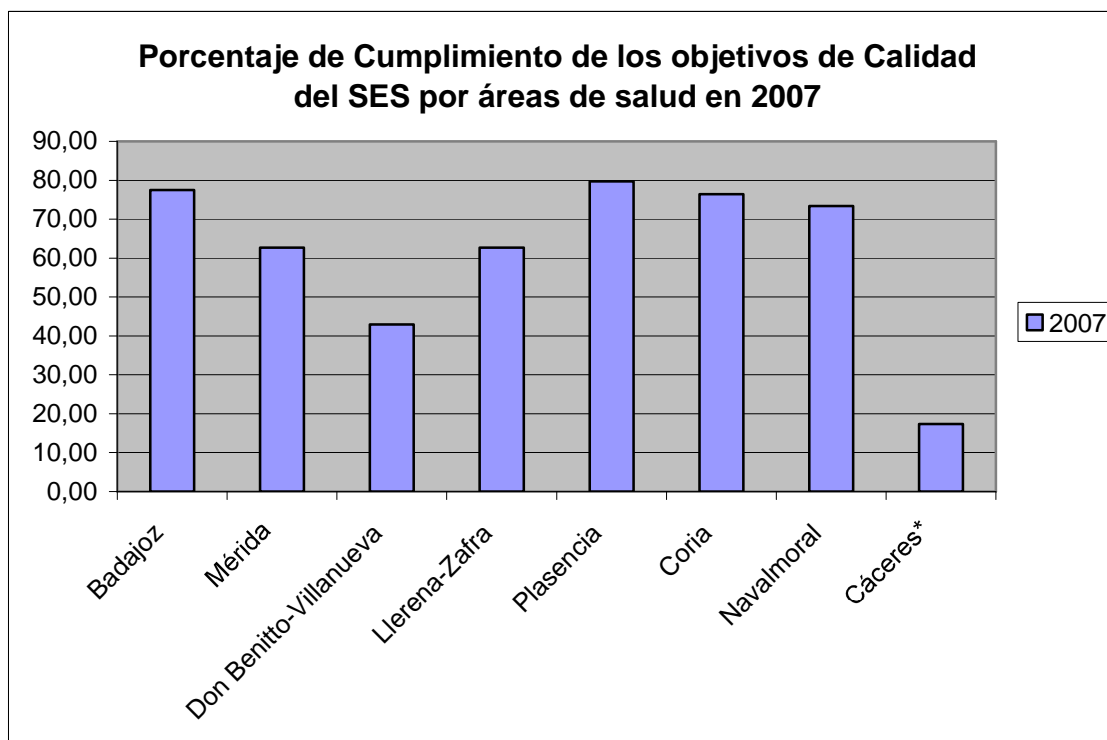
A.4.15. Mejorar el índice de case-mix o peso medio de cirugía ambulatoria y hospital de día: Índice de case-mix o Peso Medio = 0,8

A.5.- Benchmarking área de salud

Porcentaje de Cumplimiento de los objetivos de Calidad del SES por áreas de salud en 2007.

▪ Badajoz	77,52
▪ Mérida	62,65
▪ Don Benito-Villanueva	42,91
▪ Llerena-Zafra	62,67
▪ Plasencia	79,70
▪ Coria	76,43
▪ Navalmoral	73,37
▪ Cáceres*	17,39

* Cáceres no ha realizado evaluación



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.

B.2. Promoción De La Participación De Los Profesionales

14 actuaciones

B.3 Apoyo Logístico Y Metodológico

28 actuaciones

B.4 Impulso De Actividades Y Su Difusión

10 actuaciones

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

14 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

22 actuaciones

D.- Gestión de Riesgos

D.1. Mantenimiento 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)

- 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

8 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

7 actuaciones

E.3. Actuaciones de Colaboración en Proyectos

2 Actuaciones

F.- Implantación y Despliegue Del Modelo De Calidad

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

9 actuaciones

F.2. Apoyo Logístico y Metodológico

16 actuaciones

F.3. Impulso De Actividades y Su Difusión

12 actuaciones

F.4. Actividades Formativas

7 actuaciones

5 de formación en Acreditación