

MEMORIA



2008

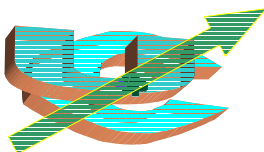
Memoria de Calidad

Plasencia - 2008

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 DE CALIDAD ASISTENCIAL

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:

1. Actuaciones corporativas (en el SES). Cumplimentación de los indicadores de calidad del contrato de gestión del Área con el SES.
2. Actuaciones institucionales en el Área de Salud.
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.

Estos seis ejes estratégicos se aglutinan en torno a la Gestión Por Procesos, desde donde se desarrollan todas las actuaciones en calidad, incorporando nuevas líneas, tales como: el Reconocimiento al Desempeño Laboral, ampliar el alcance de la Responsabilidad Social Corporativa o las alianzas estratégicas con Partners o Grupos de Interés; y su difusión a través del Plan de Comunicación.

1.- Actuaciones corporativas

1.1.- 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.

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

Competencia de: Unidad de Calidad

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

Estudio de FBA Consulting_2008,(por encargo del SES)

Resultado Encuesta = **65,1%** (porcentaje de pacientes satisfechos y muy satisfechos: Bien + Muy Bien)

Estudio de la Unidad de Calidad del Área de Plasencia - 2007

Resultado Encuesta = **61,7%** (porcentaje de pacientes satisfechos y muy satisfechos: Bien + Muy Bien)

Medidas de mejora en base a las anteriores oleadas de encuestas

Estudio de la Unidad de Calidad del Área de Plasencia - 2007

Objetivos:

- a.- Difusión de los resultados de la encuesta
 - Convocatoria en Salón de Actos (Octubre_08)
 - Página web (areasaludplasencia.es)
 - Envío de las propuestas de actuación y mejora de la calidad a los agentes implicados
 - Felicitación a los agentes implicados que hayan mejorado sus resultados con respecto a la anterior oleada o/y que consten en el análisis de excelencia.
 - Comprobación en el siguiente estudio de la mejora en las áreas susceptibles.
- b.- Mejorar la cultura de la organización (Área de Urgencias)
 - Informar al paciente sobre los retrasos
 - Mejorar los retrasos (espera de atención y pruebas de laboratorio) mediante los Procesos de Urgencias

Indicadores:

- Protocolización del Triage
- Sala de Triage
- Trípticos conteniendo la información precisa y el nombre de los sanitarios responsables del paciente
- Elaboración del Proceso Atención de Enfermería al Paciente de Urgencias
- c.- Mantener los puntos fuertes
 - Privacidad y autoidentificación

Evaluación: Existencia del Protocolo del Triage

Existencia de los mencionados Trípticos

Comprobación visual el 29 de abril de 2008 (mañana) y el 10 de noviembre de 2008 (tarde), por parte de la Unidad de Calidad de la utilización efectiva de la Sala de Triage y de la entrega de los Trípticos, cumplimentados, a los pacientes.

Estudio de FBA Consulting_2008, (por encargo del SES)

Objetivos:

- a.- Difusión de los resultados de la encuesta
 - Convocatoria en Salón de Actos (Abril_09)
 - Página web (areasaludplasencia.es)
- b.- Mejorar la cultura de la organización (Área de Urgencias)
 - Informar al paciente sobre los retrasos y esperas
 - Información a los familiares y amigos
- c.- Mantener los puntos fuertes
 - Autoidentificación

Propuestas

Mejorar la información sobre retrasos y espera

Protocolizar la información en facultativos

Profundizar en la información dentro del Protocolo de Triaje

Tramitación de reclamaciones y sugerencias según la instrucción del D.G. del SES

Competencia de: SAU

Objetivos:

Elaborar y cumplir los criterios de cumplimiento.

Conocer las causas de las Reclamaciones y Quejas, así como las Sugerencias

Indicadores:

Criterios de cumplimiento elaborados y cumplidos al 100 %.

Estudio Anual de Reclamaciones y Quejas 2008 y Estudio Anual de Satisfacción del Usuario 2008

- Estudio Anual de Reclamaciones 2008

Evaluación: En el mencionado estudio (582 reclamaciones: + 7%; 543 en 2007), el 47% (53 % en 2007: - 6) de las reclamaciones corresponden al Hospital y el 47% (39% en 2007: + 8) a los Centros de Salud.

En el Hospital, destacan ($\geq 7\%$) los Servicios de URG(15%:+2), TRA(8%:-2); y desaparecen DIG (3%: -14), Neurología(3%: - 4), PED-Urgencias (1%: -6) y GIN (5%: -2). Con respecto al motivo, destacan las citaciones (41%), la disconformidad con la atención (14%)

Medidas de mejora:

- Elaboración de propuestas sobre anulaciones, desprogramaciones y reprogramaciones intempestivas de las citas, que se incluyen en el Sistema de Gestión Por Procesos

- Elaboración del Proceso Admisión de Consultas Externas

- Elaboración del Protocolo de Resolución de Reclamaciones y Queja para CCEE y para Intervenciones Quirúrgicas (Procesos: Admisión de Consultas Externas y SAU).

- Elaboración del Protocolo de Citación de Volantes Preferentes (Proceso: SAU).

En los Centros de Salud, destacan ($\geq 7\%$): Montehermoso (19%), Jaraíz (8%) y Plasencia Centro (7%)

- Estudio Anual del Grado de Satisfacción del Usuario 2008

Evaluación: En el mencionado estudio de las Ideas y Sugerencias de los pacientes hospitalizados en 2008.

- ¿Qué mejorar? en la acogida, en la habitación, en la comida, en los profesionales y sugerencias e ideas generales.

- RESULTADO de las sugerencias: la información (la acogida); luz, habitación individual, limpieza y silencio (habitación); adaptación de menús (comida); circuitos, trato e información (profesionales).

- MEDIDAS: comenzar la gestión por procesos (Proceso Atención de Enfermería al Paciente ... en cada Unidad de Hospitalización; Proceso de Hostelería Hospitalaria – iniciado; Proceso de Atención Facultativa al Paciente –de cada servicio o unidad-).

Reunión del consejo de salud del área de Plasencia

Competencia de : Gerencia de Área

Reunión realizada el 25-09-08, con el orden del día: Acta anterior(lectura para su aprobación); Página Web Área de Salud; Memoria del Área de Salud 2007; Traslado Equipo de Salud Mental al Centro de Especialidades (Ambulatorio); Nuevo acceso al Centro de Salud Plasencia Centro; Ruegos y preguntas.

Análisis de barreras arquitectónicas

Competencia de: Unidad de Calidad

Área Técnica de Riesgos Laborales

Gerencia del Área de Salud:

- Evaluación de quince medidas planificadas a lo largo de 2007 y llevadas a cabo: en el Centro de Especialidades, en tres Centros de Salud urbanos y en siete Centros de Salud rurales.
- Centro de Especialidades "Luís de Toro": Adecuación y Traslado a la Planta 5ª del Equipo de Salud Mental; colocación de todos los dispositivos del Plan de Emergencias; adaptaciones diversas (rampa de acceso, escalera de acceso, ascensores, mostradores de atención al público y paneles de textos letrero y señales).
- Tres Centros de Salud de Plasencia y siete Centros de Salud rurales (aseos, mostradores, señalización y Unidad de Fisioterapia).

Dirección Económica y Presupuestaria:

- Evaluación y comprobación de trece medidas de adaptación normativa y legal llevadas a efecto en seis Centros de Salud a lo largo de 2007, en cuatro Centros de Salud rurales, un Centro de Salud urbano y en el Edificio de la Gerencia de Área (Adaptación de mostradores; adaptación de entradas, puertas y rampas; adaptaciones de WC; señalizaciones; conforme al Reglamento de Promoción de la Accesibilidad).

Unidad Básica de Prevención:

- PLANES DE AUTOPROTECCIÓN: ejecución de dos medidas según el Plan vigente (2003) y Nuevo Plan de Seguridad en fase de elaboración y despliegue parcial; según la nueva normativa (RD 393/2007).
- Evaluación de las 75 medidas propuestas para 2008
- Propuesta de 12 medidas iniciales para 2009.

Unidad de Calidad:

- Elaboración de la Encuesta de Accesibilidad a los Centros de Salud y pasación a los once Centros de Salud Rurales. No se detectaron deficiencias de accesibilidad (excepto mostrados de Pinofranqueado que no está adaptado).
- Inspección visual del Hospital "Virgen del Puerto", de su Edificio de Consultas y sus entornos; del Centro de Especialidades "Luís 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).

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 e acorde con el mencionado decreto.

Evaluación y análisis 2008:

- El nº de medidas documentadas de mejora de los entornos de centros sanitarios o de eliminación de barreras arquitectónicas realizadas (actuaciones: Realización 2007-8 se corresponden con el objetivo pactado (Planificación 2006-7).
- La Unidad de Calidad, ha tomado nuevas medidas de despliegue con la elaboración de la encuesta de accesibilidad; para la mayor complejidad que va adquiriendo la valoración de la accesibilidad a los entornos sanitarios, y la ha incorporado al 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.

Identificación del personal

Competencia de: Unidad de Calidad

Cumplimiento del 100 %.

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

RESULTADO

Los días 21 y 22 de mayo de 2008: cafetería, Urgencias y Planta Baja.

CAFETERÍA	47 TRABAJADORES CONTABILIZADOS 100% IDENTIFICADOS.
URGENCIAS	22 TRABAJADORES CONTABILIZADOS, 100% IDENTIFICADOS
DEPENDENCIAS VARIAS DE LA PLANTA BAJA	45 TRABAJADORES CONTABILIZADOS, 100% IDENTIFICADOS

El día 18 de junio, se dedicó al área de Hospitalización durante 20 minutos y 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 19 de junio, se inspecciona los Servicios Centrales. Radiodiagnóstico, 5 minutos 12 personas. Admisión, 5 minutos 15 personas y Laboratorio, 5 minutos 16 persona, que cumplen con el requisito exigido al 100%.

(*)El día 20 de junio, se inspecciona Consultas Externas en sus tres plantas, obteniendo como resultado el 100% del personal identificado.

El día 21 de junio, 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, Jaraíz 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%

100% del personal correctamente identificado; mayor que el objetivo pactado (90%)

Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria:

Competencia de. equipo directivo de AP
Unidad de Calidad

La encuesta de satisfacción de usuarios se viene realizando en Atención Primaria cada dos años, 2004 y 2006. Los resultados correspondientes a nivel del Área, son presentados a los Coordinadores y Responsables de Enfermería de los Equipos en Consejo de Gestión de Área.

En los Contratos de Gestión que se proponen a los Equipos anualmente, existe un apartado para valorar los resultados específicos de dicha encuesta, para cada Equipo y que adjuntamos al final del documento.

De los 14 Equipos del Área hubo propuestas de 10 Equipos a nivel de la Zona Básica de Salud de cada uno de ellos. Si es necesario que enviemos algún dato más, podéis solicitarlo.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS:

- PROPUESTA E INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA TRAS EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS 2006:

1. Comparar con encuesta de satisfacción 2004

2. Análisis encuesta 2006:

De cada uno de los siguientes epígrafes deben analizarse los resultados más significativos, recogiendo al menos aquellas cuestiones entendidas como prioritarias para la población. Se recogerán las medidas de mejora propuestas por el Equipo, contemplando tanto aquellas actuaciones dependientes del mismo como las que dependen de otros dispositivos, y en este último caso se harán los escritos pertinentes a los recursos implicados.

- a. Cita previa
- b. Personal de enfermería
- c. Personal no sanitario
- d. Personal medicina/pediatría
- e. Atención de urgencias
- f. Atención domiciliaria

Debe enviarse un informe con los contenidos anteriormente expuestos, así como copia de los escritos enviados a otras instituciones en caso de que los haya, antes del 15 de noviembre del 2007.

El envío de dicho documento con los criterios anteriormente establecidos y su aprobación por la Gerencia del Área, supondrá la percepción de un 3% de los incentivos que teóricamente pueda llegar a percibir el EAP.

3. Evaluación del grado de introducción de las mejoras propuestas en el documento previo.

Antes del 31 de enero de 2008 se enviará a la Gerencia del Área documento que recoja el análisis del grado de consecución de las mejoras propuestas.

El envío de dicho documento y su aprobación por la Gerencia del Área, supondrá la percepción de un 2% de los incentivos que teóricamente pueda llegar a percibir el EAP.

- UNIDAD DE CALIDAD

Remisión del Informe Resumen Preliminar: "LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA"

Felicitación a todos los profesionales de AP por los buenos resultados que la Atención Primaria de Salud ha obtenido en nuestra Área. Especialmente en comparación con las otras 7 áreas de salud; y, particularmente en lo que respecta a la eficiencia y a la satisfacción global, con que nos valoran nuestros conciudadanos.

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-.

Periodo de estudio: 2008 completo

Nº de encuestas: 100

Acogida: índice de satisfacción	84%	valoradas excelentes y buenas.
Profesionales: índice de satisfacción	76%	valoradas excelentes y buenas.
Habitación: índice de satisfacción	56%	valoradas excelentes y buenas.
Comida y restauración: índice de satisf.	78%	valoradas excelentes y buenas.

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN GENERAL (satisfechos y muy satisfechos) 84%
Mayor al 80 % de 2007

En el análisis destaca el incremento en la satisfacción general.

Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en el Hospital

Competencia de: SAU

Está protocolizada la acogida a usuarios y familiares.

Guía del Usuario. Hospital "Virgen del Puerto". Plasencia.

Se está actualizando y parte de su contenido está en la web areasaludplasencia.es

Contenido: Presentación, ingreso, estancia, visitas, alta, SAU, otros servicios (Religiosos, cajero automático, biblioteca, TV, teléfono exterior, donación de sangre, donación de órganos, asociaciones de enfermos, cafetería-restaurante, teléfono, autobuses, paradas de taxis, derechos y deberes.

La guía contiene todos los puntos recogidos en los criterios de evaluación que se enumeran a continuación.

Criterios:

-La Guía es un folleto o publicación con información sobre el hospital que se entrega a los pacientes dentro del Plan de acogida.

-La Guía se actualiza con la periodicidad necesaria.

Contiene información sobre:

-Presentación del hospital y los aspectos relevantes de la hospitalización.

-Servicio de Atención al Paciente: funciones, ubicación y horario.

-Los trámites administrativos frecuentes y documentación necesaria para realizarlos, como solicitud de la baja, citaciones en consultas, etc.

-Cómo identificar a los distintos profesionales sanitarios.

-Descripción de los distintos servicios asistenciales, con su ubicación, teléfono de contacto y cartera de servicios.

-Descripción de otros recursos disponibles para el paciente, como biblioteca, servicios religiosos, capilla, escuela para niños, teléfonos, etc.

-Horarios de comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.

-En esta información escrita figura la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes.

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

Competencia de: Unidad de Calidad

El 99 % de los CI adaptados a la Ley

El 97,91 % de los CI se encuentran en la H^aC

Estudio realizado los días 15 y 16 de diciembre de 2008 por la Unidad de Calidad: De 622 intervenciones quirúrgicas en el mes de noviembre, 478 fueron programadas.

- Muestra 48 intervenciones (10%).
- Consentimiento Informado en la H^a Clínica, 47 (97,91%).
- Servicios: Cirugía, Traumatología, Ginecología, Urología, Oftalmología, Dermatología y O.R.L.

- Según el catálogo de consentimientos informados del H. Virgen del Puerto, el 99% están adaptados a la Ley 41/2002.

Carta de servicios de los Centros Sanitarios

Competencia de: Unidad de Calidad

La carta de Servicios del Hospital se ha elaborado en 2008.

La Carta de Servicios del H. Virgen del Puerto cumple 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 7.2y tiene 8 apartados:

- a) Datos identificativos del órgano o unidad que presta el servicio.
- b) Misión visión y valores.
- c) Servicios ofertados.
- d) Compromisos de calidad asumidos.
- e) Indicadores de Calidad.
- f) Derechos de los Usuarios.
- g) Deberes de los Usuarios
- h) Quejas, sugerencias y reclamaciones.

Está Pendiente de su aprobación por la Consejería de S y D. y de su despliegue por los diferentes servicios y unidades.

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

Competencia de: Área de Documentación Clínica del Servicio de Admisión

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 2008). >95% Historias facilitadas 926: 96,3% (36: 3,7% denegadas según normas).

Este apartado está perfectamente establecido y asegurado su mantenimiento.

Realización del Plan de Acogida a los Profesionales

Competencia de: Director de RRHH

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

- Gerencia del Área / Organigrama
- Centros de Salud
- Hospital / Descripción

- Información Laboral de Interés
 - Nombramiento e incorporación
 - Retribuciones, vacaciones y permisos
 - Salud laboral
 - Uniformes
 - Comedor

- Guía Útil
 - 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.

Está pendiente de ser actualizada y colgada en la web

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

Realizado por las unidades de enfermería de hospitalización

<u>Servicio</u>	<u>Planta</u>	<u>Altas</u>	<u>Seg. Proac.</u>	<u>%</u>
Un. Enf. Medicina Interna 6ª	6ª	376	376	100
Un. Enf. Medicina Interna 5ª	5ª	527	396	75,14
Un. Enf. Traumatología	4ª	647	632	97,68
Un. Enf. Cirugía	3ª	543	481	88,58
Un. Enf. Especialidades.....	2ª	223	89	39,91
Un. Enf. Tocoginecología.....	2ª	443	443	100
Total.....		2759	2417	87,49

Mejorar la humanización del parto.

Competencia de: Servicio de Tocoginecología

Unidad de Calidad (Elabora documento base en 2008)

El Plan de Abordaje para la Mejora de la Atención al Parto (en adelante PMAP) se circunscribe en la Estrategia de Atención al Parto normal, en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El PMAP es congruente con el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria, aprobado en 2007 para su aplicación en el Sistema Sanitario Público de Extremadura; y se organiza bajo los principios de la eficacia: llevando a cabo la Planificación Estratégica para conseguir los beneficios esperados y enunciados; la efectividad: efectuando la Planificación Operativa (programas), verificando que dichos beneficios se

manifiestan en las actuaciones llevadas a cabo; y la *eficiencia*: realizando en la evaluación la comprobación del balance coste / resultados.

El PMAP tiene como objetivo mejorar la humanización del parto.

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

Competencia de: Unidad de Calidad

- Difusión de los resultados de la Encuesta de Urgencias 2007
 - Elaboración de la Encuesta de Hospitalización 2008.

- Urgencias. Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Proceso Atención de Enfermería al Paciente Urgente.

- 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: 2009
- Encuesta de Satisfacción Usuarios del Proceso Hostelería.
- Encuesta de Satisfacción Usuarios del Proceso Lavandería.
- Mantenimiento de la 2ª Opinión (2008: 35 aprobadas y 16 denegadas)

1.2.- 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.

Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Garantía de la Calidad

Competencia de: Unidad de calidad

Cuatro reuniones documentadas.

Acuerdos:

- Presentación y validación del proceso Actuación Facultativa en Análisis Clínicos y Microbiología, al considerar que contiene todos los elementos necesarios.
- Presentación de la estructura y contenidos del apartado de Calidad en la página web del Área de Salud de Plasencia.
- Presentación del comienzo de la Autoevaluación con el Modelo de Calidad: Primera Categoría-Gerencia que tenía tres fases: formación, consenso y priorización.
- Presentación de la Memoria de Calidad del Área de Salud 2007.

- Informe sobre la Evaluación del cumplimiento de los Objetivos de calidad 2007, en todas las áreas de salud del SES: muy positivo, ya que el área de Plasencia se ha situado a la primera en 2007 entre las ocho áreas del SES.

- Se aportó la idea de llevar a cabo todas las actuaciones futuras de Mejora Continua de la Calidad sobre la base de la Gestión por Procesos: descomponer la actividad en procesos y analizar sus componentes para mejorarlos.
- Presentación y discusión del “Memorandum del Enfoque y Despliegue de la Gestión Por Procesos” en el Área de Salud.
- Esbozo del Cronograma para la elaboración del Plan de Calidad 2010-2014 sobre la base del anterior, a lo largo de 2009.

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

Comisión de Historias Clínicas	4
Comisión de Farmacia y Terapéutica	4
Comisión de Quirófanos	14
Comisión de Bioética (CEA)	2
Comisión de Calidad.....	4

Minimizar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados

Competencia de: Supervisor de Área de Hospitalización

Indicador: 7 casos / 9.466 ingresos = 0,07%: < 0,5% de pacientes hospitalizados

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Mantenimiento del Protocolo de Úlceras Por Presión (elaborado en octubre de 2004)

Objetivo cumplido 0,07% de UPP es = o > al objetivo pactado de 0,5%.

Posibilitar el acceso a RCP (Resucitación Cardio Pulmonar) de los pacientes ingresados en plantas de hospitalización

Competencia de: Supervisor de Área de Hospitalización

Indicador: - Existencia del protocolo de RCP en las plantas de hospitalización.

- Comienzo en 2003

- Cronograma de actuación

- 100 % de personal enfermería de hospitalización con curso de RCP

Evaluación

Objetivo cumplido ya que existe protocolo y el 100 % de personal de enfermería de hospitalización se ha formado.

Unidades de Hospitalización

CCEE

Rehabilitación

Centro de especialidades

Optimizar la Donación del Cordón Umbilical

Competencia de: Servicio de Tocoginecología

Indicador: 54,69 % Cordones Umbilicales Donados (superior al objetivo pactado del 50%).

Análisis:

890 partos
 Excluidos
 290 cesáreas
 108 Riesgos infecciosos
 180 No ofertados en origen
 120 Embarazos de dudoso control
 Total 698
 Donaciones 2007:22; donaciones 2008: 105 (+ 477%)

890 partos – 698 exclusiones = 192 posibles

105 donaciones / 192 posibles = 54,69 %

Controlar las infecciones nosocomiales:

Competencia de: Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública
 Unidad de calidad

Sistema de vigilancia infección nosocomial documentada

- EPINE: Vigilancia de la infección nosocomial 2008 Hospital “Virgen del Puerto”
- SIM: Documento técnico para la detección de brotes nosocomiales Hospital “Virgen del Puerto”
- Proceso Codificación (CMBD): Infección posoperatoria

- 100% cumplimiento Protocolo de Sondaje (Revisados 20 pacientes hospitalizados, el 28 de octubre de 2008, los 20 enfermos ingresados con sonda vesical se ajustan al protocolo)
- 39 pacientes (sobre un total de 40) 97,5% pacientes con profilaxis AB según protocolo (10/10 hernias inguinales; 10/10 hipertrofias de adenoides; 9/10 prótesis de caderas y rodillas y 10/10 sospecha de estreptococo agalactiae en parturientas)

$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta}}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)}} \times 100$

<p>Periodo de estudio año 2008 completo Cirugía: 10; Tocología: 10; O.R.L.: 10; Traumatología: 10.</p> <p>Resultado</p> <p>$\frac{\text{Nº } 39}{\text{Nº } 40} \times 100 = 98,75 \%$</p> <p>Pacto en el CG06 > al 90%..... Resultado alcanzado 98,75%.....</p>

Desarrollo y Evaluación de Procesos

Competencia de: Unidad de Calidad

Procesos abordados en 2008:

- Proceso Atención de enfermería al Paciente Urgente
- Proceso Cocina y Restauración
- Proceso Lavandería y Vestuario

Potenciar la realización de autopsias clínicas

Aunque se ha realizado 1 en 2008 no se potencia la realización autopsias clínicas, según dictamen consultivo del Comité de Ética Asistencial.

Cumplimentar de forma exhaustiva los contenidos del informe de alta hospitalaria

Competencia: Unidad de Calidad

Informes de alta que cumplen con los criterios establecidos en un 99,79%.

Periodo de estudio: 01-10-2008 a 15-12-2008

Población total del periodo de estudio: 445

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} 9790 - 20}{N^{\circ} 445 \times 22} \times 100 = \frac{9770}{9790} \times 100 = 99,79 \%$$

Pacto en el CG 2006 > 90%. Resultado alcanzado 99,75%

<u>Criterios de calidad informe de alta</u>	<u>¿consta?</u>
Escrito a máquina o con letra legible	si -2
Nombre del hospital, domicilio y teléfono	si
Servicio clínico	si
Identificación del médico responsable	si -7
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 -11
Otros procedimientos significativos (en su caso)	si
Recomendaciones terapéuticas	si

Fuente: Orden 6 De Septiembre 1984 (Ministerio De Sanidad Y Consumo)

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

Competencia: Unidad de Calidad

Resultados: Meses de octubre y noviembre de 2008 / 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 70 casos de un total de 168 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 25 casos de un total de 47 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 15 casos de un total de 38 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 10 casos de un total de 24 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: Octubre-Noviembre 2007

Población total del periodo de estudio: 277

Procedimiento: Catarata Senil, Hernia Inguinal, Prótesis de Rodilla, HBP.

Población estudiada:

Total: 277

Muestra: 120

Resultado:

$\frac{N^{\circ} 120}{N^{\circ} 120} \times 100 = 100 \%$

$\frac{N^{\circ} 120}{N^{\circ} 120}$

Pacto en el CG2006 > 90%..... Resultado alcanzado ...100%.....

Análisis y Resultados

Hemos iniciado una revisión sistemática para actualizar los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en Traumatología.

Correlación clínico-diagnóstica en pruebas de alta tecnología

Competencia de: Unidad de Calidad

Indicador: % TAC en el que se ha comprobado la sospecha diagnóstica.

% RMN en el que se ha comprobado la sospecha diagnóstica

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de pruebas en las que se ha comprobado la sospecha diagnóstica} \times 100}{\text{Nº de pruebas estudiadas}}$$

METODOLOGÍA: Se han estudiado los TAC's realizados del 15-04-08 al 15-06-08 y las RMN's realizadas del 15-02-08 la 15-06-08; utilizando como sistema de búsqueda el CMBD de Hospitalización y, como sistema de comparación, los Protocolos de indicación de cada prueba

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Prueba positiva que confirma la sospecha diagnóstica o motivo de la indicación de la prueba.
- Prueba negativa por confirmar otro diagnóstico o en blanco.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

La clave para la evaluación de este indicador es la información clínica que remite el facultativo petionario en la que se justifica la realización de la TAC o RNM.

Periodo de estudio TAC: 15-04-07 15-06-07.....	Periodo de estudio RMN: 15-02-08---15-06-08.....
Población total del periodo de estudio.307.....	Población total del periodo de estudio.57.....
Población estudiada: 307	Población estudiada: 57
Resultado	Resultado
<u>Indicados</u>	<u>Indicadas</u>
<u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>	<u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>
$\frac{\text{Nº } 288 \times 100}{\text{Nº } 307} = 93,8\%$	$\frac{\text{Nº } 56 \times 100}{\text{Nº } 57} = 98,2\%$
$\frac{\text{Nº } 259 \times 100}{\text{Nº } 307} = 84,4\%$	$\frac{\text{Nº } 54 \times 100}{\text{Nº } 57} = 94,7\%$
Pacto en el CG2008 > 90% y > 80%	Pacto en el CG2008 > 90% y > 80%

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

Competencia de: Unidad de Calidad

- ◆ Mantenimiento del Comité de Ética Asistencial del Área con 2 reuniones en 2008
- ◆ Actualización de los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en la especialidad de Traumatología. Elaborados los de: Hallux Valgus, Túnel Carpiano, Prótesis de Cadera. Prótesis de Rodilla, Escisión de Menisco y Artroscopia de Rodilla.
- ◆ Preparación de las áreas de actuación del Plan de Calidad 2010-2014.
- ◆ Elaboración de la Memoria Anual de Calidad.
- ◆ Elaboración del Plan de Comunicación.
- ◆ % informes de alta de Urgencias con los criterios de calidad de Hospitalización
 - Estudiados 29 pacientes atendidos del 1 al 15 de noviembre de 2008, en horario de mañana, con 18 criterios (522 datos, de los que se cumplen 505); con un porcentaje de cumplimentación del 97%.

1.3.- 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.

Gestión de reclamaciones.

Competencia de: SAU

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 14% de las reclamaciones corresponden a Urgencias. Para corregir este problema se elabora el Proceso Atención de Enfermería al Paciente Urgente y se planifica el Proceso Atención Facultativa al Paciente Urgente, dentro de la Gestión por Procesos

Mantenimiento de las medidas iniciadas en 2007 y abordadas

- Recordar la necesidad de contestar dichas reclamaciones, elaborando propuestas de mejoras y respetando los plazos de respuestas.
- 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

Prevención de accidentes laborales.

Competencia de: Área Técnica de Riesgos Laborales

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 13 acciones documentadas.

Prevención de caídas de pacientes hospitalizados.

Competencia de: Subdirección de enfermería

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

Análisis 2008

No hay ninguna reclamación sobre caídas

2008: 5 declaraciones de caídas, según el Registro y debidamente cumplimentadas; todas ellas en el Servicio Rehabilitación del H. Virgen del Puerto.

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

Competencia de: Servicio de Farmacia
Área de Enfermería de Seguridad Clínica

Cero sucesos adversos en 2008

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

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

Competencia de: Director de RRHH del Área
Área Técnica de Riesgos Laborales

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), está siendo elaborado desde 2008 SEGURIDAD INTEGRAL SECOEX S.A., al amparo del RD 393/2007.

Contrato de revisión de todas las instalaciones de seguridad.

Despliegue de actuaciones para 2009 en al marco del Modelo de Calidad

Creación grupo trabajo.

Definición cronograma global

Análisis situación de los Planes de Autoprotección actuales

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

Competencia de: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

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.

La Unidad de Calidad empieza a planificar el reciclado de residuos (tipo vidrio no III, no IV) dentro del los circuitos municipales de reciclado de RSU.

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

Competencia de: Área de Enfermería de Seguridad Clínica

Área de Enfermería de Seguridad Clínica

- Plan de Seguridad del Paciente en la Práctica Clínica
 - o Elaborado el documento-memoria: PLAN DE SEGURIDAD 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: Elaborada Encuesta de Calidad de Vida Laboral.
 - o Planificación del Estudio de Reconocimiento del Desempeño Laboral 2008. Elaborada la Sistemática de Felicitaciones y Reconocimiento del Desempeño.

Colaborar en la mejora de la Gestión Medioambiental

Competencia de: Supervisora de Área de Recursos Materiales
Unidad de Calidad

Actuaciones

- Programa de eliminación de mercurio: documento: PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE MERCURIO EN AL ÁREA 7 DEL SES (Introducción, Antecedentes y estado actual, Metodología, Resultados y Bibliografía).
- Programa de Gestión Ambiental: PARCEM.

Evaluación

Existencia del documento de los Programas de eliminación de mercurio (implantado al 100%) y de Gestión Ambiental (Diseño completo del PARCEM y despliegue al 50%)

Favorecer el ahorro energético.

Competencia de: Unidad de Calidad

Actuaciones

- Programa Greenlighth
- Programa de Gestión Ambiental: PARCEM.

Evaluación

Adhesión del H. Virgen del Puerto al Programa Greenlighth

Despliegue del PARCEM: Nuevas áreas de abordaje en papel y vidrio

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

Competencia de: Área de Enfermería de Seguridad Clínica
Unidad de Calidad

A. Prevención de la Infección Nosocomial.

- Actualización del Protocolo de Aislamientos Hospitalarios.
- Formación e información sobre la importancia de la adecuada higiene de manos entre los profesionales, pacientes y familiares.

B. Identificación Inequívoca de Pacientes.

- Implantación del protocolo de identificación de pacientes a través de pulseras identificativas en todas las unidades de hospitalización, incluyendo el RAC de urgencias, hospital de día y cirugía ambulatoria.
- Desarrollo e implementación de medidas especiales de identificación de pacientes en procesos que entrañen mayor riesgo

C. Errores de Medicación.

- Identificación de Medicamentos de Alto Riesgo.
- Unificación de las bombas de medicación.
- Elaboración del protocolo de uso de bombas de infusión.

D. Conocimiento de Efectos Adversos y factores favorecedores.

- Creación de registros de notificación de Efectos Adversos.

E. Inclusión de objetivos de seguridad del paciente en los contratos de gestión.

1.4.- Objetivos de calidad en relación con la cumplimentación y explotación del CMBD.

Competencia de: Área de Documentación Clínica. Servicio de Admisión

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.

▪ Altas hospitalarias (9466) codificadas:.....	100 %
▪ GRDs inespecíficos (42):	0,44 %
▪ Número de diagnósticos codificados por alta:	4,04
▪ Número de procedimientos codificados por alta:	5,00

▪ IEMA	1,1647
▪ Peso medio	1,2356

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	Ingresos totales—estancias		Ingresos totales—estancias > 65 años	
		2007	2008	2007	2008
6	LIBERACIÓN DEL TUNEL CARIANO	10-16	5-9	2-2	--
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	11-70	19-156	4-21	12-102
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	--	1-4	--	1-4
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITREC	15-40	10-45	9-26	5-24
40	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD > 17	4-14	--	1-3	--
41	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD < 18	1-2	1-10	--	--
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRI	6-16	12-63	3-8	3-8
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BO	62-251	62-170	8-37	13-39
59	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	17-40	6-12	--	1-2
60	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	56-120	31-65	--	--
61	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD > 17	2-9	1-2	1-7	--
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	66-127	22-44	11-20	5-11
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	103-251	86-305	18-53	15-87
160	PROC.SOBRE HERNIA EXCE.INGUI.&FEMORAL>17 SIN CC	74-303	45-195	31-141	12-74
162	PROC.SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL >17 SIN CC	170-407	95-238	83-216	52-144
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	--	--	--	--
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	61-157	58-137	23-59	19-46
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	12-40	8-22	2-6	1-4
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS CON CC	--	4-7	--	2-4
229	PRO.SOBRE MANO O MUÑECA,EXCE.PROC.MAYORES SIN CC	37-86	30-65	8-14	8-17
231	EXCIS.LOCAL&ELIMIN.DISP.FIJACION INT.EXC CAD&FEM	26-111	--	13-72	--
232	ARTROSCOPIA	28-75	8-14	2-4	2-3
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROC.NO MAL	6-13	5-20	1-2	--
267	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFER.PILONI	20-41	8-13	--	--
339	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	35-88	22-66	12-39	7-13
340	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	8-18	3-8	--	--
342	CIRCUNCISION EDAD>17	--	--	--	--
343	CIRCUNCISION EDAD<18	--	--	--	--
351	ESTERILIZACION, VARON	--	--	--	--
361	INTERRUPCION TUBARICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROT	9-30	8-25	--	--
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	15-21	3-9	--	--
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEO	32-69	37-64	10-27	8-14
494	COLECISTEC.LAPAR.SIN EXPLORAC.COND.BILIAR SIN CC	75-317	69-290	27-131	23-101
	TOTALES.....	961-2732	659-2053	269-888	189-697
	Diferencia Ingresos totales—estancias (%): 2008-2009	- 31,43 / - 24,85		- 29,73 / - 21,51	

▪ Número de reingresos	4,74 %
▪ Índice de funcionamiento(EMC/EMN)	1,1992
▪ I.E.M.A. (EM Selec/EMF)	1,1642
▪ Casuística (EMF/EMN)	0,9921
▪ Peso Medio GRDs cirugía ambulatoria programada	0,7929
▪ Estancia media de las altas	6,53
▪ Estancia media ajustada por funcionamiento.....	5,45
▪ Estancia media ajustada por casuística	6,59
▪ Tasas de cesáreas.....	32,40 %
▪ Tasas de partos con anestesia epidural	20,86 %
▪ Codificación de Cirugía Ambulatoria (3324):.....	100,00 %

1.5.- 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 Benitto-Villanueva.....	42,91
▪ Llerena-Zafra	62,67
▪ Plasencia	79,70
▪ Coria	76,43
▪ Navalmoral	73,37
▪ Cáceres*.....	17,39

* Cáceres no ha realizado evaluación

2.- Actuaciones institucionales

Coordinación Asistencial.

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

- Priorización de los procesos para abordar en la Gestión Por Procesos
- Elaboración del Mapa de Procesos y de la Red de procesos
- Elaboración de protocolos, guías, vías y procesos para todo el Área
- Difusión y mantenimiento de las líneas de actuación.

Promoción de la Participación de los Profesionales : 16 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 25 actuaciones

Impulso de Actividades y su Difusión: 12 actuaciones

Colaboración con la Comisión De Dirección: 14 actuaciones

3.- Gestión de procesos

Actualización de los Conceptos Generales y la Justificación de la Gestión por Procesos (GPP)

Proyecto y Planificación del Escenario de Calidad Científico-Técnica: Protocolos, Guías, Vías y Procesos

Desarrollo de las competencias 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.

Rediseño y Documentación del Mapa de Procesos del Área: Procesos Operativos, de Soporte y Estratégicos.

Proyecto de la Red de Procesos (interacciones de entrada y salida entre procesos).

Proyecto de Diagramación con flujogramas y bloques.

Diseño De Procesos. 6 Procesos elaborados. 7 Procesos en fase de diseño.

Elaboración del Memorandum del Enfoque y Despliegue de la Gestión Por Procesos.

Difusión y Marketing. 34 actuaciones.

4.- Gestión de riesgos

Mantenimiento de la Oficina de Gestión de Riesgos. Elaboración del Plan Integral de Gestión de Riesgos:

- Clínicos (seguridad del paciente)
 - Colaboración en la Documentación y Detección de efectos adversos y complicaciones
 - Diseño de la encuesta de Satisfacción del cliente
- Estructurales (seguridad de las infraestructuras y su funcionamiento)
 - Despliegue del Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales (PARCEM)
 - Proyecto de Difusión de la Primera Fase del PARCEM a Centros de Salud
- Del Personal (seguridad y calidad de vida laboral de nuestras personas).
 - Planificación de la encuesta de Satisfacción con el Trabajo o Calidad de Vida Laboral
 - Proyecto y Planificación del Sistema de Reconocimiento del Desempeño Laboral de Nuestras Personas: Quién Reconoce, Qué Sistema, A Quién.

Análisis de Barreras Arquitectónicas. 24 actuaciones

- Despliegue de acuerdo al Programa VAFES: Valoración de la Accesibilidad Física a los Entornos Sanitarios
 - Elaboración de la Encuesta de Accesibilidad a los Centros de Salud
 - Inspección visual

5.- Gestión del conocimiento

Actuaciones Genéricas 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

Actuaciones Específicas de la Oficina de MBE.

- Elaboración del Protocolo de Investigación con 10 áreas: Introducción, Exposición del Tema, Hipótesis, Objetivos, material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Bibliografía, Anexos.
- Diseño de la Guía de Elaboración del Plan de Comunicación del Área
- Elaboración de Protocolos de Inclusión de Lista de Espera Quirúrgica en Traumatología: Hallux Valgus, Túnel Carpiano, Prótesis de Cadera. Prótesis de Rodilla, Escisión de Menisco y Artroscopia de Rodilla.
- Estudio: Incidencia de Partos Instrumentales Ocasionados por la Aplicación de Analgésia Epidural como Factor de Riesgo.
 - N = 2060
 - Riesgo Relativo de Cesárea Imprevisible sobre Previsible 2,7 (X2 108; IC 95% 2,3-3,1; p < 0,000)
 - Riesgo Relativo de Forceps/Espátulas 2,9 (X2 26; IC 95% 1,9-4,4; p < 0,000)
 - Riesgo Relativo de Ventosa 3 (X2 71; IC 95% 2,3-3,8; p < 0,000)
 - Disminución del Apgar 1: 8,4 a 8,2 (F 8,9; p 0,003)
 - Disminución de Apgar 2: 9,5 a 9,3 (F 11,6; p 0,001)

Actuaciones de Colaboración en Proyectos. 3 Actuaciones

6- Implantación y despliegue del modelo de calidad

Asesoramiento en Implantación y Desarrollo del Modelo de Calidad

- Modelo de la Consejería de Sanidad y Dependencia
- Normas ISO
- Modelo EFQM

Asesoramiento en Planificación de Auditorías Internas y Externas

Actuaciones de Autoevaluación con el Modelo de la Consejería de Sanidad y Dependencia (Consenso, Priorización, Plan de Mejora): Gerencia, Centro de Salud Plasencia Sur, Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos, UME.

Difusión del Modelo Entre Los Profesionales Del Área . 15 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 22 actuaciones

Impulso De Actividades y Su Difusión: 16 actuaciones

Actividades Formativas: 6 actuaciones y 8 de formación en Acreditación

Planificación y Documentación de Normas ISO 9001, 14000 y 22000 (Gestión de Calidad, Medio Ambiente y Seguridad Alimentaria: para Cocina y Restauración) y Normas ISO 9001 y 14000 (Gestión de Calidad y Medio Ambiente: para Lavandería y Vestuario). Principios de Gestión y Desarrollo.

7- Colaboración con Parters y Grupos de Interés. Responsabilidad Social Corporativa

Docencia en el curso “Codificación Clínica Básica con CIE-9-MC”: *Proceso codificación. Gestión por Procesos. Guía Práctica de Elaboración de Procesos y Documentación Asociada*. Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. Badajoz.

Inspección de Área: Evaluación del Consentimiento Informado y Evaluación del Acceso a la Historia Clínica.

Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio de Calidad sanitaria:

- Técnicas de Auditoría.
- I Plan Marco de Calidad del SSPE: Recogida de Datos.

Unidad Técnica de Referencia de la CIE-9-MC de Extremadura (UTREX)

- Propuestas de Ítems para el CMBD de la Comunidad Autónoma de Extremadura
- Codificación de las Subcategorías de la Insuficiencia Cardíaca
- Plan de Comunicación para la UTREX
- Cuaderno de Codificación con la CIE-9-MC N° 0. DG del Conocimiento y Calidad Sanitaria.

Página Web www.areasaludplasencia.es > conoce el área > calidad.

Fundesalud

- Ponente en la I Academia de la Excelencia Empírica
- Planteamiento del Problema y revisión de Fuentes
- Estudio de Analgesia Epidural

FUINSA (Fundación para la Investigación en Salud): Gestión del Conocimiento como fuente de I+D+i en Extremadura.

INE: Recogida de Datos sobre Actividad en Investigación 2008 (6 estudios)

TURISMO INTERIOR-PARCEM: Programa de Intervención Corporativa Medio Ambiental y de Compromiso Social (Acuerdo de Colaboración, Carteles Conjuntos del PARCEM y Trípticos Conjuntos del PARCEM).

Acuerdos de Colaboración Con

- Campamento Público de Turismo “Carlos I”. Cuacos de Yuste.
- Apartamentos Rurales “El Zarzo”. Hervás.
- Casa Rural Mansión “El Abuelo Marciano”. Jaraíz de la Vera.

Comité de Ética Asistencial (CEA): Guía de Buenas Prácticas/Manual de Estilo: Justificación y Alcance; Lenguaje escrito; Lenguaje Hablado; Lenguaje No Verbal; Confidencialidad e Intimidad; Disposición a Escuchar; Gestión de Conflictos; Autoidentificación, Referencia e Información, Lealtad a la Institución, Utilización de Recursos, Proveedores y Responsabilidad Social.