

**MEMORIA**



**2009**

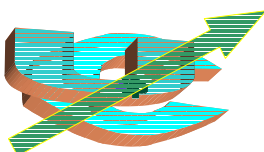
## Memoria de Calidad

### Plasencia - 2009

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

La importancia de los objetivos institucionales no es sólo cualitativa, sino también económica, ya que supone un incremento extra del 0,5 % sobre el presupuesto de atención especializada, que percibe el área de salud en cada ejercicio anual. Por consiguiente, cada uno de los 56 objetivos institucionales supone algo más de 5.900 € adicionales por objetivo.

Es necesario también, reflejar qué áreas organizativas tienen la responsabilidad de elaborar o, en su caso, recabar los datos que justifiquen la consecución de dichos objetivos.

En cualquier caso, la Competencia de Análisis se adjudica a la Unidad de Calidad; y, la Competencia de Elaboración, al Área Organizativa concreta.

## 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 elaboración:

Años pares: FBA Consulting (por encargo del SES)

Años impares: Unidad de Calidad del Área de Plasencia

Estudio de la Unidad de Calidad del Área de Plasencia - 2009

Resultado Encuesta = Satisfacción global media 74,1\*, superior al 2008 (Hospital Virgen del Puerto y SES)

\* media Hospital Virgen del Puerto: 74,15; DT 25,8

Estudio de FBA Consulting\_2008,(por encargo del SES)

Resultado Encuesta = Satisfacción global media 68,1\*; SES 71,3 \*\*

\*media: Hospital Virgen del Puerto 68,1

\*\*media: SES 71,3

Medidas de mejora en base a la encuesta

Estudio de la Unidad de Calidad del Área de Plasencia - 2009

Objetivos:

a.- Difusión de los resultados de la encuesta

- Difusión a las áreas implicadas

- 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 en el 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

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:08-09

Evaluación: Existencia del Protocolo del Triage

Existencia de los mencionados Trípticos

Comprobación visual los días 14 y 15 de abril de 2009 (mañana) y el 23 de junio de 2009 (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

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:2009

Mejorar la información sobre retrasos y espera

Protocolizar la información en facultativos

Profundizar en la información dentro del Protocolo de Triage

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

Competencia de elaboración: 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 2009 y Estudio Anual de Satisfacción del Usuario 2009

### **Estudio Anual de Reclamaciones 2009**

Evaluación: En el mencionado estudio (548 reclamaciones: - 6%; 582 en 2008) , el 57% (47% en 2007: +10) de las reclamaciones corresponden al Hospital y el 43% (47% en 2007: - 4) a los Centros de Salud.

En el Hospital, destacan ( $\geq 7\%$ ) los Servicios de URG (15%:+2), TRA (11%:+3), Urología (6%: +3) y GIN-TOC (16%: +11). Con respecto al motivo, destacan las citaciones (21%: -20), la disconformidad con la atención (18%: +4) y la demora en la asistencia (15%).

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 de: gestión operativa la solicitud de consultas sucesivas (Servicio de Admisión)
- Despliegue y mantenimiento del Proceso Admisión de Consultas Externas
- Mantenimiento 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: Montehermoso (7%: -12), Jaraiz (7%: -1), Plasencia Sur (5%) y Plasencia Centro (5%: -2)

### **Estudio Anual del Grado de Satisfacción del Usuario 2008**

Evaluación: En el mencionado estudio de las Ideas y Sugerencias de los pacientes hospitalizados en 2009.

- ¿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: continuar y mantener 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 elaboración: Gerencia de Área.

Reunión realizada el 14-07-09, con el orden del día: Acta anterior (lectura para su aprobación); Proyecto de Memoria del Área de Salud 2008; Informe del Proyecto “Centro de salud Plasencia IV”; Informe del “Proyecto Guardería del Hospital Virgen del Puerto”; Informe del Proyecto “Residencia Familiares”; Ruegos y preguntas.

### **Análisis de barreras arquitectónicas**

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales

Unidad Básica de Prevención:

- Medidas de Seguridad en rampa de edificio Lavandería y Vestuario
- Medidas de Prevención de Accidentes de Trabajo In Itinere
- Medidas de Prevención para mantener libres los hitratantes para la Prevención de Incendios

Unidad de Calidad:

- Mantenimiento 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: mostrador de Pinofranqueado que sigue sin estar adaptado; y Cabezuela, que no tiene rampa de acceso por la puerta principal del CS).
- 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 Nº 22).
- Inspección visual de los planos de la 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.

Criterios de evaluación:

El nº de medidas documentadas de mejora de los entornos de centros sanitarios o de eliminación de barreras arquitectónicas realizadas (actuaciones: Realización 2008-9 se corresponden con el objetivo pactado (Planificación 2007-8).

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

La Unidad de Calidad, mantiene las medidas de despliegue con la pasación de la encuesta de accesibilidad; por la mayor complejidad que ha adquirido la valoración de la accesibilidad a los entornos sanitarios, ha incorporado 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.

### Identificación del personal

Competencia de elaboración: 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 17 y 18 de mayo de 2009: Cafetería, Urgencias y dependencias de la Planta Baja.

Cafetería .....	54 Trabajadores Contabilizados 100% Identificados.
Urgencias.....	18 Trabajadores Contabilizados, 100% Identificados
Dependencias varias planta baja....	37 Trabajadores Contabilizados, 100% Identificados

El día 20 de mayo, se observaron las zonas de Hospitalización durante 30 minutos y contabilizando 63 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 21 de mayo, se inspecciona los Servicios Centrales. Radiodiagnóstico, 5 minutos 16 personas. Admisión, 5 minutos 12 personas y Laboratorio, 5 minutos 12 personas, que cumplen con el requisito exigido al 100%.

El día 24 de mayo, se comprueban las Consultas Externas en sus tres plantas, obteniendo como resultado el 100% del personal identificado.

El día 26 de mayo, 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%

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

### Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria:

Competencia de elaboración:

Años impares: FBA Consulting (por encargo del SES)

Años pares: Equipo Directivo de AP y Unidad de Calidad

Resultados de Satisfacción General Media: 2008= 68,2; 2006= 66,8 SES 2008= 66,5

Indicador: Medidas de mejora en base a la encuesta

La encuesta de satisfacción de usuarios se viene realizando en Atención Primaria cada dos años, 2004, 2006 y 2008. 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.

Se realizan propuestas a los Equipos de las Zonas Básicas de Salud.

Criterios de evaluación: Cumplimiento de objetivo si como resultado de la encuesta realizada se ha introducido al menos una medida de mejora en base a los resultados de la encuesta

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

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:
  - Comparar con encuesta de satisfacción 2006
  - Análisis encuesta 2008

- Unidad De Calidad

Elaboración de la encuesta de satisfacción de usuarios en atención primaria para empezar a pasarla en 2011.

**Satisfacción de los usuarios de las Unidades de Hospitalización**

Competencia de elaboración:

Años impares: FBA Consulting (por encargo del SES)

Años pares: Unidad de Calidad

Encuesta permanente: SAU

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 (SAU)

Nº de encuestas: 90

Acogida: índice de satisfacción	92% (+8)	valoradas excelentes y buenas.
Profesionales: índice de satisfacción	93% (+17)	valoradas excelentes y buenas.
Habitación: índice de satisfacción	54% (-2)	valoradas excelentes y buenas.
Comida y restauración: índice de satisf.	79% (+1)	valoradas excelentes y buenas.

Índice de satisfacción general (satisfechos y muy satisfechos) 89%

Mayor al 84 % de 2007

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

Incremento en la satisfacción general.

2º: Años impares FBA Consulting (por encargo del SES)

Porcentaje de pacientes satisfechos reflejados en la pregunta 50: Calificación general de la asistencia 2007 :94 % (satisfacción normal, bien y muy bien)

2009: 95 % (satisfacción normal, bien y muy bien), Mayor al 94 % de 2007

**Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en el Hospital**

Competencia de de elaboración:

Dirección de enfermería / Unidades de Enfermería de Hospitalización

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](http://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:
  - o Presentación del hospital y los aspectos relevantes de la hospitalización.
  - o Servicio de Atención al Paciente: funciones, ubicación y horario.
  - o Los trámites administrativos frecuentes y documentación necesaria para realizarlos, como solicitud de la baja, citaciones en consultas, etc.
  - o Cómo identificar a los distintos profesionales sanitarios.
  - o Descripción de los distintos servicios asistenciales, con su ubicación, teléfono de contacto y cartera de servicios.
  - o Descripción de otros recursos disponibles para el paciente, como biblioteca, servicios religiosos, capilla, escuela para niños, teléfonos, etc.
  - o Horarios de comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.
  - o 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 elaboración: Unidad de Calidad

El 97 % de los CI adaptados a la Ley

El 96,84 % de los CI se encuentran en la H<sup>a</sup>C

Estudio realizado los días 14 y 15 de diciembre de 2009 por la Unidad de Calidad: De 743 intervenciones quirúrgicas en el mes de noviembre, 631 fueron programadas.

- Muestra 64 intervenciones (10%).
- Consentimiento Informado en la H<sup>a</sup> Clínica, 61 (95,31%).
- 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 elaboración: 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 7.2 y tiene 17 apartados distribuidos en 2 capítulos y un cuadro de indicadores:

Capítulo I. Carta Interna De Las Funciones Del Hospital Virgen Del Puerto

1. Introducción y Antecedentes
2. Información
  - 2.1. Objetivos Y Fines De Las Funciones Del Hospital Virgen Del Puerto
  - 2.2. Datos Identificativos De La Organización Y Del Servicio Objeto De La Carta
  - 2.3. Relación De Los Servicios Prestados Y Atributos De Calidad Esperada Por El Usuario
    - 2.3.1. Relación De Servicios Prestados
    - 2.3.2. Atributos De Calidad Esperada Por El Usuario (Ciudadanos, Y Otras Entidades Relacionadas)
  - 2.4. Información De Contacto Con El Hospital Virgen Del Puerto
  - 2.5. Derechos Y Obligaciones Concretos De Los Usuarios En Relación Con Los Servicios Que Se Prestan
  - 2.6. Relación Actualizada De Las Normas Regulatoras De Cada Uno De Los Servicios Que Se Prestan

## Capítulo II

1. Datos Identificativos Del Organismo O Unidad Que Presta El Servicio
  2. Relación De Servicios Prestados
  3. Normativa Regulatora De Los Servicios Prestados
  4. Compromisos De Calidad
  5. Derechos Y Participación De Los Ciudadanos
    - 5.1. Derechos De Los Ciudadanos
  6. Sistema De Quejas Y Sugerencias
- Anexo I. Cuadro De Indicadores

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 por pacientes, familiares o terceros, en un 100 %, en un tiempo medio de espera inferior a 3 días (2,4 en 2008). >95% Historias facilitadas 928: 97,5% (23: 2,5% denegadas según normas).

Peticiones del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI): 136

Peticiones de facultativos ajenos al área, para continuidad asistencial: 144  
Total peticiones 2009: 1.208

Este apartado está perfectamente establecido y asegurado su mantenimiento.

## Realización del Plan de Acogida a los Profesionales

Competencia de elaboración:

Dirección de RRHH (Guía de Acogida al Nuevo Trabajador)

Dirección de Enfermería de AE (Guía de Acogida al Personal de Enfermería de Nueva Incorporación)

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:

Competencia de elaboración: pendiente de definir por la Gerencia de Área

## Mejorar la humanización del parto.

Competencia de elaboración:

Servicio de Ginecología

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.

Acción mejora 2009: Planificación del Estudio de Morbilidad “Episiotomía vs Desgarro Perineal”

### **Apoyo de propuestas de mejora en la atención a los usuarios**

Competencia de elaboración:

Gerencia de Área  
Unidad de Calidad

Estudio de propuestas 2009

- Canalización de pruebas ginecológicas
- Protocolización del ingreso de embarazadas con patología
- Mejorar la limpieza de las habitaciones en fin de semana
- Cambiar los teléfonos para pacientes y familiares estropeados
- Aclarar la prescripción de ambulancias AP AE
- Divulgar la información interna con efectividad

Actuaciones 2009

- Diseño del Protocolo de Ambulancias
- Diseño del Plan de Comunicación de la Gerencia

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

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

- Difusión de los resultados de la Encuesta de Hospitalización 2008
  - Elaboración de la Encuesta de Urgencias 2009.
- Urgencias. Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Proceso Atención de Enfermería al Paciente Urgente.
- Calidad Medio Ambiental: Mantenimiento y ampliación (Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales) en su Cuarta Fase
  - Consumos de Papel
  - Consumos de Vidrio
  - Consumo de Plástico
  - Diseño de la segregación
- 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: 2010
- Mantenimiento de la 2ª Opinión

## 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 elaboración: Unidad de calidad

Cuatro reuniones documentadas.

Acuerdos:

- Diseño de las 6 líneas estratégicas del Plan de Calidad del Área de Salud 2010-2014.
- Establecer un sistema de reconocimiento del desempeño laboral.
- Abordar la Responsabilidad Social Corporativa.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con partners y grupos de interés.
- Presentación del despliegue de la Gestión por Procesos: Estratégicos, Operativos y de Soporte.
- Presentación de la Memoria de Calidad del Área de Salud 2008.
- Presentación de la Encuesta de Hospitalización 2008 elaborada por la Unidad de Calidad.
- Acuerdo de organizar el Plan de Calidad del Área de Salud 2010-2014 en 7 ejes. EJE I: Objetivos Institucionales; EJE II: Asesoramiento en la Gestión de la Calidad; EJE III: Gestión por Procesos; EJE IV: Gestión de Riesgos (Clínicos; Estructurales, incluyendo la Responsabilidad Medioambiental que es parte de la RSC; y, de las Personas: incluyendo en este último el Reconocimiento del Desempeño Laboral); EJE V Gestión del Conocimiento; EJE VI: Modelo de Calidad; EJE VII: Responsabilidad Social Corporativa, Grupos de Interés y Partners.
- Presentación del Programa de Reconocimiento del Desempeño Laboral

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

Competencia de elaboración: Presidente de cada Comisión

Comisión de Historias Clínicas .....	4
Comisión de Farmacia y Terapéutica .....	4
Comisión de Quirófanos .....	30
Comisión de Bioética (CEA) .....	3
Comisión de Calidad.....	4

### **Minimizar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados**

Competencia de elaboración: Dirección de Enfermería

Indicador: 11 casos / 9.381 ingresos = 0,11 %: < 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 elaboración: Dirección de Enfermería

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 elaboración: Servicio de Obstetricia

Indicador: 21,61 % Cordones Umbilicales Donados \*\*

\*\* En 2009 no fueron facilitados los equipos de donación de cordón umbilical al servicio de Obstetricia, por problemas de fabricación, con lo cual no fue posible recoger más que 43 donaciones.

Análisis:

843 partos

Excluidos

248 Cesáreas

89 Riesgos infecciosos

196 No ofertados en origen

112 Embarazos de dudoso control

Total 645

Donaciones 2008: 105; donaciones 2009: 43 (- 41%)

843 partos – 645 exclusiones = 199 posibles

43 donaciones / 199 posibles = 21,61%

### **Controlar las infecciones nosocomiales:**

Competencia de elaboración:

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

Dirección de salud

Unidad de calidad

Sistema de vigilancia infección nosocomial documentada

- EPINE: Vigilancia de la infección nosocomial 2009 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 30 de octubre de 2009 los 20 enfermos ingresados con sonda vesical se ajustan al protocolo)
- 40 pacientes (sobre un total de 40) 100% 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)

$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)}}$

Periodo de estudio año 2009 completo  
Cirugía: 10; Tocología: 10; O.R.L.: 10; Traumatología: 10.

Resultado

$$\frac{\text{N}^\circ 40}{\text{N}^\circ 40} \times 100 = 100 \%$$

Pacto en el CG09 > al 80%..... Resultado alcanzado 100%

### Desarrollo y Evaluación de Procesos

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Procesos abordados en 2009:

- Proceso Nefrología Clínica
- Proceso Atención de enfermería a la Paciente Toco-Ginecológica
- Proceso Cocina y Restauración

Estableciendo:

Área organizativa  
Agentes y acciones  
Competencias  
Diagramación  
Documentación Asociada

### Potenciar la realización de autopsias clínicas

Competencia de elaboración:

Dirección Médica de Atención Especializada  
Secretaría de Anatomía Patológica

Aunque se ha realizado 1 en 2009 no se potencia la realización autopsias clínicas, según dictamen consultivo del Comité de Ética Asistencial.

(El número de autopsias clínicas propuesto puede ser alcanzado por un Hospital Universitario, como es el caso del H. Infanta Cristina de Badajoz; pero no es alcanzado en ninguna de las otras 7 Áreas de Salud del SES)

### Cumplimentar de forma exhaustiva los contenidos del informe de alta hospitalaria

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad  
Área de Documentación Clínica del Servicio de Admisión

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

Periodo de estudio: 01-03-2009 a 30-04-2009  
Población total del periodo de estudio: 430

Resultado:

$$\frac{\text{N}^\circ 9286 - 175}{\text{N}^\circ 430 \times 22} \times 100 = \frac{9111}{9460} \times 100 = 96,31 \%$$

Pacto en el CG 2009 > 90%. Resultado alcanzado 96,31%

<u>Criterios de calidad informe de alta</u>	<u>¿consta?</u>
Escrito a máquina o con letra legible .....	si
Nombre del hospital, domicilio y teléfono .....	si
Servicio clínico .....	si
Identificación del médico responsable .....	si
Nº de Historia Clínica .....	si
Nombre y apellidos del paciente .....	si -174
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 - 1
Otros procedimientos significativos (en su caso) .....	si
Recomendaciones terapéuticas .....	si

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

#### Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias

Observaciones: formalmente los IA están adecuadamente cumplimentados; pero es necesario mejorar la cantidad del contenido de la cumplimentación y diversificarla (AP, AF, toda la comorbilidad actual y todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos) además de los 22 criterios. 156 IA (90%) son de TOC, por lo que posiblemente haya un defecto sistemático en su mecanografía.

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

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad

Área de Documentación Clínica del Servicio de Admisión

Resultados: Meses octubre y noviembre 2009 / 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 160 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 48 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 41 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 2009

Población total del periodo de estudio: 277

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

Población estudiada:

Total: 245

Muestra: 125

Resultado:

$\frac{N^{\circ} 125}{N^{\circ} 125} \times 100 = 100 \%$

$\frac{N^{\circ} 125}{N^{\circ} 125}$

Pacto en el CG2009 > 90%..... Resultado alcanzado ...100%

#### Análisis y Resultados.

Hemos actualizado los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en Traumatología y hemos planificado la revisión sistemática en Oftalmología.

#### **Correlación clínico-diagnóstica en pruebas de alta tecnología**

Competencia de elaboración: 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*

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

$\frac{N^{\circ} \text{ de pruebas estudiadas}}{N^{\circ} \text{ de pruebas estudiadas}}$

Metodología: Se han estudiado los TAC's realizados del 15-04-09 al 15-06-09 y las RMN's realizadas del 15-02-09 la 15-06-09; 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 peticionario en la que se justifica la realización de la TAC o RNM.

Periodo de estudio TAC: 15-04-09 15-06-09.....	Periodo de estudio RMN: 15-02-09---15-06-09.....
Población total del periodo de estudio.270.....	Población total del periodo de estudio.57.....
Población estudiada: 270	Población estudiada: 57
Resultado	Resultado
<u>Indicados</u>	<u>Indicadas</u>
$\frac{N^{\circ} 259}{N^{\circ} 270} \times 100 = 95,9\%$	$\frac{N^{\circ} 41}{N^{\circ} 43} \times 100 = 95,3\%$
<u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>	<u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>
$\frac{N^{\circ} 241}{N^{\circ} 270} \times 100 = 89,3\%$	$\frac{N^{\circ} 40}{N^{\circ} 43} \times 100 = 93\%$
Pacto en el CG2009 > 80%	Pacto en el CG2009 > 80%

#### **Desarrollo de un protocolo clínico para la disminución del dolor postquirúrgico:**

Competencia de elaboración:

- Servicio de Anestesia y Reanimación
- Unidad de Calidad

Contenidos:

- Bloqueo Nervioso Periférico (Traumatología)
- Infiltraciones Epidurales Analgésicas (Traumatología)
- Catéteres Epidurales (Obstetricia y Ginecología)
- Catéteres Epidurales para Curas Dolorosas (Urología y Cirugía)

Creación de la Unidad Transversal de Dolor Crónico

#### **Notificación de prealtas a pacientes y y servicios relacionados**

Competencia de elaboración: en estudio

- Dirección Médica
- Dirección de Enfermería

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

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

- Mantenimiento del Comité de Ética Asistencial del Área con 3 reuniones en 2009.
- Planificación de los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en la especialidad de Oftalmología y Urología (2010).
- Preparación de las áreas de actuación del Plan de Calidad 2010-2014.
- Elaboración de la Memoria Anual de Calidad.
- Planificación del Plan de Comunicación.
- % informes de alta de Urgencias con los criterios de calidad de Hospitalización
  - o Estudiados 200 pacientes atendidos durante 14 días alternos en noviembre de 2009, con 22 criterios; con un porcentaje de cumplimentación del 99,68 %.  
**Fórmula:**  $(n^{\circ} \text{ criterios} \times n^{\circ} \text{ altas}) - n^{\circ} \text{ criterios incumplidos} / (n^{\circ} \text{ criterios} \times n^{\circ} \text{ altas}) \times 100$   
 $(200 \times 22) - 14 / (200 \times 22) \times 100 = 99,68\%$

- Observaciones: formalmente los IA de URG están adecuadamente cumplimentados; siendo un objetivo de mejora mantener la calidad del contenido de la cumplimentación (AP, AF, toda la comorbilidad actual y todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos) además de los 22 criterios.

### **Utilización de la telemedicina como herramienta que permita acercar ambos niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada):**

Equipos de atención Primaria con telemedicina operativa:

- Jaraíz de la Vera.
- Nuñomoral.
- Aldeanueva del Camino.

Especialidades abiertas a telemedicina:

- Cardiología
- Hematología
- Nefrología
- Neumología
- Reumatología
- Unidad de Columna (Zafra)

### **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 elaboración:

Gerencia de Área  
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 15% 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

Despliegue de las medidas diseñadas:

- 1.- Incluir sistemáticamente las propuestas de mejoras en la gestión de reclamaciones.
- 2.- Utilizar la Gestión por Procesos para identificar los puntos críticos.
- 3.- Diseñar el Manual de estilo desde el Comité de Ética asistencial.
- 4.- Mejorar la coordinación entre servicios.
- 5.- Mejorar la coordinación entre Primaria y Especializada.

## 6.- Análisis del Estudio Anual de Reclamaciones en la Comisión de Calidad Mantenimiento de las medidas abordadas en 2008

- 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 elaboración:

Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales

Desarrollar acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales. Se han realizado 308 acciones de mejora documentadas en 7 Centros de Salud y en el H. Virgen del Puerto.

### **Prevención de caídas de pacientes hospitalizados.**

Competencia de elaboración:

Dirección de Enfermería

Unidades de Enfermería de Hospitalización

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 2009.

No hay ninguna reclamación sobre caídas.

2009: 48declaraciones de caídas, según el Registro y debidamente cumplimentadas.

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

Competencia de elaboración:

Servicio de Farmacia  
Área de Enfermería de Seguridad Clínica  
Área de documentación Clínica  
Unidad de Calidad

Cero sucesos adversos en 2009

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

Unidad de Calidad y Servicio de Admisión

Diseño del Estudio "Efectos Adversos y Envenenamientos en el Uso Terapéutico de Medicamentos que Causan Ingreso Hospitalario". Ejecución en 2010.

**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 elaboración:

Dirección de RRHH del Área  
Unidad Básica de Prevención 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 2010 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 elaboración: 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. 0,07 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 sólidos urbanos –papel, vidrio y plástico- (tipo vidrio y plástico: no III y no IV), dentro del los circuitos municipales de reciclado de RSU.

### **Mejorar la seguridad de pacientes en el Área.**

Competencia de elaboración:

- Servicio de Farmacia
- Área de Enfermería de Seguridad Clínica
- Unidad de Calidad

Área de Enfermería de Seguridad Clínica

- Plan de Seguridad del Paciente en la Práctica Clínica
- Elaborado el documento-memoria: PLAN DE SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA
- 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
- 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)
- Planificación del Estudio de Bienestar Laboral 2009: Elaborada Encuesta de Calidad de Vida Laboral.
- Diseñadas las actuaciones para 2010.
- Planificación del Estudio de Reconocimiento del Desempeño Laboral 2009. Elaborada la Sistemática de Felicitaciones y Reconocimiento del Desempeño.

### **Creación y Desarrollo de una Unidad de Gestión de Riesgos del Área.**

Competencia de elaboración:

- Unidad de Calidad
- Área de Enfermería de Seguridad Clínica

Diseño y puesta en marcha de la Oficina de Gestión de Riesgos (adscrita a la Unidad de Calidad), que aborda:

- 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)

## **Colaborar en la mejora de la Gestión Medioambiental**

Competencia de elaboración:

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 elaboración: 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, plástico y vidrio

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

Competencia de elaboración:

Área de Enfermería de Seguridad Clínica  
Unidad de Calidad

Prácticas en seguridad.

- a. Prevención de la Infección Nosocomial.
  1. Actualización del Protocolo de Aislamientos Hospitalarios.
  2. Formación e información sobre la importancia de la adecuada higiene de manos entre los profesionales, pacientes y familiares.
- b. Identificación Inequívoca de Pacientes.
  1. 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.
  2. Desarrollo e implementación de medidas especiales de identificación de pacientes en

procesos que entrañen mayor riesgo

c. – Errores de Medicación.

1. Identificación de Medicamentos de Alto Riesgo.
2. Unificación de las bombas de medicación.
3. Elaboración del protocolo de uso de bombas de infusión.

d. Conocimiento de Efectos Adversos y factores favorecedores.

1. 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 elaboración: 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.

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
▪ % Altas hospitalarias codificadas .....	100 %	100 %
▪ Número de Altas hospitalarias codificadas.....	9.381	9.468
▪ GRDs inespecíficos: .....	0,27 %	0,44%
▪ Número de diagnósticos codificados por alta: .....	4,92	4,04
▪ Número de procedimientos codificados por alta: .....	5,55	5
▪ IEMA .....	1,07	1,17
▪ Peso medio .....	1,50	1,25



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	
		2008	2009	2008	2009
6	Liberación Del Tunel Carpiano	5-9	5-7	--	--
36	Procedimientos Sobre Retina	19-156	14-106	12-102	10-78
38	Procedimientos Primarios Sobre Iris	1-4	--	1-4	--
39	Procedimientos Sobre Cristalino Con O Sin Vitrec	10-45	9-35	5-24	5-21
40	Procedim.Extraoculares Excepto Orbita Edad > 17	--	3-10	--	1-1
41	Procedim.Extraoculares Excepto Orbita Edad < 18	1-10	--	--	--
42	Procedimientos Intraoculares Excepto Retina, Iri	12-63	9-22	3-8	5-8
55	Procedimientos Miscelaneos Sobre Oido, Nariz, Bo	62-170	59-142	13-39	6-12
59	Amigdalectomia &/O Adenoidectomia Solo, Edad>17	6-12	15-32	1-2	1-2
60	Amigdalectomia &/O Adenoidectomia Solo, Edad<18	31-65	38-68	--	--
61	Miringotomía Con Inserción De Tubo Edad > 17	1-2	4-10	--	--
119	Ligadura & Stripping De Venas	22-44	32-68	5-11	7-19
158	Procedimientos Sobre Ano & Enterostomia Sin Cc	86-305	89-243	15-87	15-33
160	Proc.Sobre Hernia Exce.Ingui.&Femoral>17 Sin Cc	45-195	55-243	12-74	23-118
162	Proc.Sobre Hernia Inguinal & Femoral >17 Sin Cc	95-238	103-239	52-144	55-131
163	Procedimientos Sobre Hernia Edad<18	--	1-3	--	--
225	Procedimientos Sobre El Pie	58-137	56-127	19-46	17-37
227	Procedimientos Sobre Tejidos Blandos Sin Cc	8-22	18-40	1-4	4-12
228	Proc.Mayor Sobre Pulgar O Artic., U Otros Con Cc	4-7	1-1	2-4	--
229	Pro.Sobre Mano O Muñeca,Exce.Proc.Mayores Sin Cc	30-65	27-53	8-17	6-11
231	Excis.Local&Elimin.Disp.Fijacion Int.Exc Cad&Fem	--	--	--	--
232	Artroscopia	8-14	8-16	2-3	1-2
262	Biopsia De Mama & Excision Local Por Proc.No Mal	5-20	14-27	--	1-2
267	Procedimientos De Region Perianal & Enfer.Piloni	8-13	10-20	--	--
339	Proc.Sobre Testiculo, Proceso No Maligno Edad>17	22-66	35-98	7-13	5-15
340	Proc.Sobre Testiculo, Proceso No Maligno Edad<18	3-8	5-18	--	--
342	Circuncision Edad>17	--	1-18	--	1-18
343	Circuncision Edad<18	--	--	--	--
351	Esterilizacion, Varon	--	--	--	--
361	Interrupcion Tubarica Por Laparoscopia & Laparot	8-25	11-33	--	1-5
362	Interrupcion Tubarica Por Endoscopia	3-9	2-5	--	--
364	Dilatacion & Legrado, Conizacion Excepto Por Neo	37-64	28-54	8-14	6-10
494	Colecistec.Lapar.Sin Explorac.Cond.Biliar Sin Cc	69-290	80-245	23-101	31-119
	TOTALES.....	659-2053	660-1982	189-697	201-654
	Diferencia Ingresos Totales—Estancias (%): 2008-2009	+ 0,15 / - 3,46		+ 6,35 / - 6,17	

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
▪ % de reingresos .....	4,74 %	4,74 %
▪ Índice de funcionamiento(EMC/EMN) .....	1,11	1,21
▪ I.E.M.A. (EM Selec/EMF) .....	1,07	1,17
▪ Casuística (EMF/EMN) .....	1,02	0,99
▪ Peso Medio GRDs cirugía ambulatoria programada .....	0,84	0,79
▪ Estancia media de las altas .....	6,09	6,54
▪ Estancia media ajustada por funcionamiento.....	5,51	5,42
▪ Estancia media ajustada por casuística .....	5,96	6,60
▪ Tasas de cesáreas.....	29,42 %	33,60 %
▪ Tasas de partos con anestesia epidural .....	25,04 %	20,86 %
▪ Codificación de Cirugía Ambulatoria .....	100,00 %	100 %
▪ Procesos de Cirugía Ambulatoria .....	3.435	3.324

## 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 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

## 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: 22 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 30 actuaciones

Impulso de Actividades y su Difusión: 16 actuaciones

Colaboración con la Comisión De Dirección: 19 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: conceptualización, 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. 22 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.

- Desarrollo del Protocolo de Investigación con 10 áreas: Introducción, Exposición del Tema, Hipótesis, Objetivos, material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Bibliografía.
- Desarrollo de la Guía de Elaboración del Plan de Comunicación del Área
- Diseño de Protocolos de Inclusión de Lista de Espera Quirúrgica en Oftalmología y Urología.
- Diseño del Estudio Desgarro vs Episiotomía.

Actuaciones de Colaboración en Proyectos. 2 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 . 17 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 18 actuaciones

Impulso De Actividades y Su Difusión: 19 actuaciones

Actividades Formativas: 8 actuaciones y 11 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.

### **Centros o Servicios en proceso de acreditación**

Competencia de elaboración:  
Unidad de Calidad

Gerencia del Área 7  
Centro de Salud San Miguel  
Servicio de Laboratorio

### **Desarrollo de mejoras en base a la Autoevaluación**

Competencia de elaboración:  
Unidad de Calidad

Mejoras en la Categoría 1: Dirección  
Mejoras en la Categoría 6: Gestión por Procesos

### **Desarrollo de medidas específicas de mejora en la autoevaluación y acreditación en el área sanitaria.**

Competencia de elaboración:  
Unidad de Calidad

Diseño de la Carta de Servicios  
Diseño de la Gestión por Procesos  
Diseño de los Grupos de Interés  
Diseño del Cuadro de Mandos  
Diseño de Auditorías Internas

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

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.

Página Web [www.areasaludplasencia.es](http://www.areasaludplasencia.es) > conoce el área> calidad.

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 2009

Turismo Interior-Parcem: Programa de Intervención Corporativa Medio Ambiental y de Compromiso Social (Acuerdo de Colaboración, Carteles 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.