



versión digital
ISSN: 1578-7516



Complejo Asistencial de Zamora
Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com



NuevoHospital

Vol. V - Nº 6 - Año 2005 - Nº edición: 100

Publicado el 28 de marzo de 2005

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA
HOSPITAL COMARCAL DE BENAVENTE

UNIDAD DE CALIDAD

MANUAL DE METODOLOGÍA 2005

EDICIÓN 2005

COPIA CONTROLADA

DESTINATARIO: Comisión de Dirección
 Comisión Central de Garantía de Calidad
 Unidad de Calidad

FECHA DE ENTREGA: 23 de marzo de 2005

NO CONTROLADA

Elaborado:

D. Jose Luis Pardal Refoyo
Coordinador del Calidad
Unidad de Calidad
23- marzo- 2005

Aprobado:

Comisión de Dirección
D. Rafael López Iglesias
Director Gerente

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

ÍNDICE

	pág
MANUAL DE METODOLOGÍA 2005	3
OBJETIVOS ASIGNADOS A LAS COMISIONES DEL HOSPITAL	4
Mejora de funcionamiento de las Comisiones del Hospital	
- Comisión de Dirección	5
El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.	6
Plan de Acogida al nuevo trabajador	7
Medidas sobre normas de uso del tabaco.	8
- Comisión Central de Garantía de Calidad – Unidad de Calidad	9
Mejora de funcionamiento de las comisiones clínicas	10
- Comisiones clínicas	
Comisión de Historias Clínicas	
Mejora de la documentación clínica: grado de implantación de los documentos de consentimiento informado	11
Mejora de la documentación clínica: Mejora de la calidad del informe de alta	13
Comisión de tumores, tejidos y mortalidad	
El Hospital optimiza el proceso de asistencia al paciente oncológico (adaptación de guías de oncología)	14
Comisión de infecciones y política antibiótica – Servicio de Medicina Preventiva	
El Hospital dispone de un sistema de alerta de la infección hospitalaria	15
Sistema de alerta	
Estudios de prevalencia e incidencia de la infección hospitalaria	
Medidas de prevención y control	
Comisión de formación continuada	
El Hospital garantiza la mejora y mantenimiento de la competencia de sus profesionales a través de la elaboración y desarrollo de un programa / plan de formación dirigido a todo el personal	19
Comité Asistencial de Ética	20
Comisión de Farmacia Hospitalaria – Servicio de Farmacia	21
ANEXO – OBJETIVOS ASIGNADOS A LAS COMISIONES CLÍNICAS	22
OBJETIVOS ASIGNADOS A LOS SERVICIOS y UNIDADES	36
Mejora de la documentación (general para todos los servicios y unidades)	36
- SERVICIOS y UNIDADES ASISTENCIALES	37
Dirección Gerencia	
Mejora de documentación en servicios centrales (SAU / Admisión)	37
Sº de Atención al Usuario: Mejora de información a los usuarios / calidad percibida	38
Dirección Médica	
Mejora de la documentación en servicios médicos	39-40
El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales (guías, vías y protocolos)	41
El Hospital optimiza los tiempos de asistencia en urgencias	43
Mejora de la asistencia psiquiátrica	44
Dirección de Enfermería	
Mejora de la documentación en unidades de enfermería	45
El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación integrado en un modelo de cuidados homogéneo.	46
- SERVICIOS y UNIDADES NO ASISTENCIALES	
Mejora de la documentación	47
El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales	48

MANUAL DE METODOLOGÍA 2005**Consideraciones generales**

- El manual recoge los objetivos que figuran en el Plan de Gestión Anual (PAG) relacionados con la gestión de calidad, medioambiental y salud laboral (no se incluyen aquí los objetivos relativos a gestión económica, gestión farmacéutica o concertación de servicios)
- Por ello el manual sirve de complemento, soporte y ayuda y no sustituye al PAG
- Se aconseja utilizar las hojas de cada objetivo como plantilla a la hora de enviar los resultados a la Unidad de Calidad
- Respecto al periodo de estudio, salvo que se indique otra cosa, se refiere al año natural 2005.

Responsable del objetivo

- Los objetivos son aprobados en la Comisión de Objetivos del servicio - unidad
- Se considera responsable del objetivo al jefe o responsable del servicio o unidad
- En las comisiones clínicas o comités se considera responsable al presidente
- En el caso de que las comisiones de objetivos determinen a otra-s persona-s como responsable-s de los objetivos deberán comunicarlo a la Unidad de Calidad

Difusión de la documentación de calidad (Manual de Calidad, Manual de Metodología, PAG)

- los documentos están disponibles en la revista Nuevo Hospital en la web <www.calidadzamora.com>
- en Cdrom se distribuyen los documentos completos en formato word, pdf y excel según el procedimiento recogido en el Manual de Calidad a través de las direcciones (Médica, Enfermería y Gestión) y a los miembros de la Comisión Central de Garantía de Calidad para su difusión todo el personal
- el Cdrom se acompaña de las hojas numeradas en papel que corresponden al documento word del objetivo concreto

Recopilación de datos

- El plazo máximo para entrega de resultados es el 15 de diciembre
- Los resultados se entregarán en la Unidad de Calidad en formato word utilizando este manual como plantilla

Nivel

- Se considera el nivel pactado en el PAG como el estándar

Referencias¹

- Manual de calidad 2005
- Manual de metodología 2005 (el presente manual)
- Plan Anual de Gestión 2005

La sistemática de trabajo, objetivos y plazos pueden consultarse en estos documentos

Registros y difusión de la documentación (guías, vías, protocolos, otros documentos)

- El procedimiento se recoge en el Manual de Calidad 2005
- Todos los documentos han de ser enviados para ser publicados en Nuevo Hospital en formato word según el formato que figuran en las normas
- Sólo se contabilizarán los documentos debidamente enviados y publicados

Niveles de cumplimiento para interpretar cocientes:

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

¹ Publicados en Nuevo Hospital (en <www.calidadzamora.com>)

OBJETIVOS ASIGNADOS A LAS COMISIONES DEL HOSPITAL

- Comisión de Dirección
- Comisión Central de Garantía de Calidad – Unidad de Calidad
- Comisiones clínicas

DOCUMENTOS:	Estructura del documento
FUNCIONES	
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO	Nombre de la Comisión Composición (miembros) Funciones de sus miembros Reglamento: sustituciones y renovaciones Sistemática de trabajo (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...)
MEMORIA ANUAL	Nombre de la Comisión Objetivos anuales Resultados obtenidos Número de reuniones Porcentaje de asistentes a las reuniones Comentarios - oportunidades de mejora Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones	

Comisiones:

Comisiones implicadas en la gestión de calidad: Comisión de Dirección Comisión Central de Garantía de Calidad
Comisiones clínicas recogidas en el Plan Anual de Gestión 2003-2005: Comisión Clínica de Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad. Comisión Clínica de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica. Comisión Clínica de Farmacia y Terapéutica. Comisión Clínica de Investigación, Docencia y Formación Continuada. Comisión Clínica de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
Otras comisiones creadas en el Complejo Asistencial de Zamora: Comité de Ética Asistencial Comisión de Biblioteca Comisión de Investigación Comisión de Catástrofes Comisión de Urgencias Comisión de Transfusiones

OBJETIVO: mejora de funcionamiento de las Comisiones del Hospital

COMISIÓN DE DIRECCIÓN

RESPONSABLE: Comisión de Dirección (Presidente)

OBJETIVOS:	Evaluación del Objetivo	EVALUACIÓN APORTADO
MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN	FUNCIONES	
	MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (estructura) Nombre de la Comisión Composición (miembros) Funciones de sus miembros Reglamento: sustituciones y renovaciones Sistemática de trabajo (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...)	
	MEMORIA ANUAL (estructura) Nombre de la Comisión Objetivos anuales Resultados obtenidos Número de reuniones Porcentaje de asistentes a las reuniones Comentarios - oportunidades de mejora Acciones prioritarias que se llevarán a cabo	
	Actas de reuniones	
SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN	Plan documentado Gestión de Calidad (Manual de Calidad, Metodología)	
	Plan documentado de Gestión Medioambiental	
	Plan documentado de Gestión de Salud Laboral	
	Plan documentado de Gestión de Emergencias	
	Plan documentado de Gestión de Recursos Humanos : plan de acogida al nuevo trabajador	
MEJORA DE LA INFORMACIÓN y COMUNICACIÓN	INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: petición de presupuestos y proyectos a empresas suministradoras	
	Plan documentado de Gestión de la comunicación interna (PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA)	
	Renovación del Comité Editorial de Nuevo Hospital en formato papel	
MEJORA DE LA GESTIÓN DE CALIDAD	Dotación de personal administrativo	
	Adecuación del espacio asignado a la Unidad de Calidad (administrativo y área de Comisiones Clínicas)	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

OBJETIVO: El Hospital desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro.

RESPONSABLE: Comisión de Dirección

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial desarrolla un Plan de Emergencias y Evacuación con objeto de minimizar los daños ante un posible siniestro

-
- 1 Documentos:
 - Plan de Emergencias y Evacuación
 - Informe en el que se especifican las actuaciones divulgativas y formativas.

 - 2 Informe en el que se especifican:
 - el/los simulacro/s desarrollados, el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

 - 3 Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas, plazos y responsables.
-

OBJETIVO: Plan de Acogida al nuevo trabajador**RESPONSABLE:** Comisión de Dirección**DOCUMENTACIÓN²**

- Documento de acogida al nuevo trabajador

- Nivel 1: general para todos los trabajadores (Unidad de Personal)
Derechos y deberes de los pacientes
Derechos y deberes de los profesionales
Organigrama directivo y organización interna
Listado de teléfonos y direcciones de unidades / servicios
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.
- Nivel 2: división correspondiente (médica, enfermería, gestión)
- Nivel 3: área, servicio, unidad

Grado de implantación

- ¿Están publicados los documentos de nivel 1 y 2 en Nuevo Hospital?: SI NO

Oportunidades y acciones de mejora más relevantes:

² Los documentos de los niveles 1 y 2 han de ser enviados a Nuevo Hospital para su registro y difusión según el procedimiento recogido en el Manual de Calidad

OBJETIVO: medidas sobre normas de uso del tabaco.

RESPONSABLE: Comisión de Dirección

Indicador 1

Existe plan documentado sobre uso del tabaco en el centro sanitario

- Si
- No

Indicador 2

Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios

- Si
- No

Indicador 3

Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

- Si
- No

Indicador 4

Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.

- Si
- No

Señalar las acciones llevadas a cabo:

1.....

2.....

3.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD – UNIDAD DE CALIDAD**RESPONSABLE:** Coordinador de Calidad

DOCUMENTOS	EVALUACIÓN APORTADO
MANUAL DE CALIDAD	
MEMORIA ANUAL	
Reuniones de la Comisión Central de Garantía de Calidad (Nº)	
Reuniones del Grupo Técnico de Calidad (Nº)	
Actualizaciones de la página web (Nº)	
Números publicados de Nuevo Hospital (digital- internet)	
Números publicados de Nuevo Hospital (papel)	

- 1 Documentación:
 - informe en el que concreta la designación de los miembros (Coordinador, responsable en el área de enfermería y de gestión).
 - manual de funcionamiento, metodología de trabajo y documento de aprobación por la Comisión de Dirección. (MANUAL DE CALIDAD 2005)
- 2 Documentos:
 - objetivos del año 2005 y su metodología de evaluación y seguimiento con las firmas de aprobación del Gerente y del Coordinador de Calidad). (MANUAL DE METODOLOGÍA 2005)
- 3 Documentación:
 - memoria. (realizada el 28 de febrero de 2006). (MEMORIA 2005)
 - Plan de divulgación en el que, al menos, conste a quién va dirigido y cronograma de actuaciones.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

OBJETIVO: mejora de funcionamiento de las comisiones clínicas

RESPONSABLES: todas las comisiones clínicas y comités representados en la Comisión Central de Garantía de Calidad

DOCUMENTOS	EVALUACIÓN APORTADO
FUNCIONES³	
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (estructura) Nombre de la Comisión Composición (miembros) Funciones de sus miembros Reglamento: sustituciones y renovaciones Sistemática de trabajo (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...)	
MEMORIA ANUAL (estructura) Nombre de la Comisión Objetivos anuales Resultados obtenidos Número de reuniones Porcentaje de asistentes a las reuniones Comentarios - oportunidades de mejora Acciones prioritarias que se llevarán a cabo	
Actas de reuniones ⁴	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

³ Se han de entregar los documentos actualizados en el año en curso con los apartados señalados. La memoria ha de ser breve. FORMATO WORD

⁴ Archivar en cada comisión y en Dirección Médica. No es necesario aportarlas a la Unidad de Calidad con la documentación

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

OBJETIVO: mejora de la documentación clínica
grado de implantación de los documentos de **consentimiento informado**

RESPONSABLE: Comisión de Historias Clínicas

DOCUMENTOS: documentos de consentimiento informado

ACREDITACIÓN DEL RESULTADO:

- Listado de los documentos⁵ de CI disponibles en el año (declarados por los servicios- unidades)

Metodología:

- La Unidad de Calidad solicitará con registro a cada jefe/ responsable de servicio/unidad el listado con los documentos de CI en uso en el año en curso

1- Elaboración de documentos de CI:

Para cada servicio- unidad:

- $\frac{\text{Número documentos de CI aprobados por el CAE}}{\text{Número total de procedimientos susceptibles de necesitar documento de CI documentos}} \times 100 = \%$

Para todo el hospital:

- $\frac{\text{Número documentos de CI aprobados por el CAE}}{\text{Número total de procedimientos susceptibles de necesitar documento de CI documentos}} \times 100 = \%$

2- Grado de implantación:

Muestreo aleatorio

- Escoger cuatro procedimientos que precisen CI (ejemplo: catarata, herniorrafia inguinal, prótesis de cadera, amigdalectomía, cesárea programada, anestesia, endoscopia digestiva)⁵

- Muestra: n=30 historias de cada procedimiento

- Los documentos han de cumplir todos los criterios siguientes (es decir se anota como no cumplido la ausencia de uno de ellos):

1. el documento de CI se encuentra en la historia clínica del paciente
2. el documento que figura es el aprobado por el CAE
3. se identifican claramente el médico y el paciente
4. se recogen claramente los riesgos individuales

- Resultados:

Para cada procedimiento estudiado

- Número total de historias revisadas:
- Número historias que cumplen todos los criterios:
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4):

Para todas las historias revisadas (de todos los procedimientos)

- Número total de historias revisadas:
- Número historias que cumplen todos los criterios:
- Causas de incumplimiento (1, 2, 3 y/o 4):

⁵ Los documentos han de reunir los requisitos de la documentación recogidos en el Manual de Calidad. Los documentos de CI han de seguir las normas indicadas en la "Guía de Consentimiento informado" publicado por la Junta de Castilla y León (acceso web en <www.calidadzamora.com>)

⁶ Extraer los mismos procedimientos que en 2004 para proceder a la comparación de resultados

OBJETIVO: mejora de la documentación clínica
Mejora de la calidad del informe de alta

RESPONSABLE: Comisión de Historias Clínicas

DOCUMENTOS: indicadores

- 1- informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.
- 2- Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.
- 3- Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.
- 4- Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producida el alta.

Indicador 1. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

$\frac{\text{Nº de informes de alta que cumplen los criterios de adecuación establecidos por el hospital} \times 100}{\text{Nº total de informes de alta evaluados}} = \%$

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

METODOLOGÍA:

Se recomienda un tamaño, al menos, aproximado a:

Nº de altas consecutivas producidas en 15 días en los hospitales del grupo 1,2,5

Nº de altas consecutivas producidas en 1 semana en los hospitales del grupo 3 y 4

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

La evaluación se ha hecho:

- Sólo con el Informe de alta
- Contrastando los datos del informe de alta con la HC

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

OBJETIVO: mejora de la documentación clínica
Mejora de la calidad del informe de alta

RESPONSABLE: Comisión de Historias Clínicas

Indicador 2- Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de HC evaluadas con IA definitivo que están disponibles en un periodo menor de 15 días desde el alta.} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta que son evaluadas}} = \text{\%}$$

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

Indicador 3- Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.

$$\frac{\text{Nº de HC con informe de alta definitivos que están disponibles en el Sº de Archivo a los 2 meses del alta} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta evaluadas}} = \text{\%}$$

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

Indicador 4- Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producida el alta.

$$\frac{\text{Nº de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivos que están disponibles a los 2 meses del alta} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes fallecidos evaluados}} = \text{\%}$$

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS y MORTALIDAD**OBJETIVO:** El Hospital optimiza el proceso de asistencia al paciente oncológico.**RESPONSABLE:** Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad**DOCUMENTACIÓN APORTADA⁷****Nivel 1 -**

El Hospital adapta progresivamente las guías elaboradas por el grupo de expertos de la Comunidad Autónoma sobre:

- Cáncer de pulmón.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de piel.
- Cáncer digestivo (colo-rectal y gástrico).
- Cáncer de cérvix uterino.
- Cáncer de próstata.
- Cáncer hematológico.
- Manejo de síntomas en cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.
- Consejo genético en cáncer de mama y ovario.
- Plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer.

Documentos⁸:

-
- guías adaptadas

Nivel 2

El Hospital implanta progresivamente las guías adaptadas hasta alcanzar la totalidad.

Documentos:

-
- Informe en el que se especifica el proceso de implantación

Nivel 3- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa la implantación de las guías adaptadas y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

-
- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 4 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas en la implantación.

Documentos:

-
- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

acciones precisas

plazos

responsables.

⁷ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

⁸ Los documentos han de ser enviados en formato word para su publicación en Nuevo Hospital como fase inicial para su implantación

**SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA
COMISIÓN DE INFECCIONES y POLÍTICA ANTIBIÓTICA**

OBJETIVO: El Hospital dispone de un sistema de alerta de la infección hospitalaria

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva

AUDITORÍAS

Control – inspección del área quirúrgica: cada 8 semanas, informe de deficiencias detectadas

SISTEMA DE ALERTA

- 1 Documentos:
 - Sistema de alerta para la detección de brotes y mecanismo de detección y/o vigilancia pasiva de la infección hospitalaria que contiene la fuente de información, el circuito de transmisión y el responsable operativo de su recepción, la actuación consecuente y la aplicación del sistema de alerta.
 - 2 Informes (al menos dos) en los que se especifica el análisis realizado sobre la aplicación del sistema de alerta y sus resultados y las conclusiones obtenidas sobre ambos.
 - 3 Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas, plazos y responsables.
-

ESTUDIOS DE PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

- 1 Informe en el que se especifican al menos 3 (2 para los hospitales del grupo I) de los siguientes indicadores
 - Prevalencia de infectados.
(Defina la metodología del estudio: EPINE u otras; y el numerador y denominador del indicador utilizado).
 - IA de infección quirúrgica en cirugía limpia.
 - IA de bacteriemia primaria de catéter venoso central en hospitalizados (excepto UCI y catéter de Nutrición Parenteral).
 - DI de infección respiratoria en pacientes sometidos a ventilación mecánica en UCI.
(Para estos tres últimos indicadores, defina el periodo de tiempo de vigilancia y el numerador y denominador de los indicadores utilizados).
 - 2 Informe en el que se especifica el análisis realizado sobre los resultado de los indicadores arriba señalados y las conclusiones obtenidas
 - 3 Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas, plazos y responsables.
-

MEDIDAS DE PREVENCIÓN y CONTROL

- 1 Documentos:
 - normas y protocolos de todos los procedimientos reseñados (MANUAL ACTUALIZADO)
 - Limpieza de las áreas críticas.
 - Gestión de la segregación, transporte y eliminación de residuos.
 - Medidas de Mantenimiento de la Bioseguridad Ambiental en áreas de riesgo y situación de obras.
 - Pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.
 - Limpieza, desinfección y esterilización del material reutilizable.
 - Lavado de las manos rutinario y quirúrgico.
 - Protección del personal frente a riesgos biológicos.
 - Actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.
 - Preparación de la piel y mucosas del enfermo quirúrgico.
 - Profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.
 - Inserción y mantenimiento del sondaje vesical, de los diferentes dispositivos intravasculares y del tubo endotraqueal.
 - Aislamiento de pacientes.
 - 2 Informe en el que para cada norma o protocolo implantado (al menos 9) se especifica el análisis de su aplicación y las conclusiones obtenidas.
 - 3 Informe en el que para cada norma o protocolo evaluado (al menos 9) se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
 - acciones precisas, plazos y responsables.
-

INDICADORES DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA**RESPONSABLE:** Servicio de Medicina Preventiva**Úlceras por presión** Fórmula del indicador (*Epine*)
$$\frac{\text{Número de pacientes con úlceras de decúbito}}{\text{Número de total de pacientes estudiados (EPINE)}} \times 100 = \quad \%$$
Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

$$\frac{\text{Número de casos de infección nosocomial en un día determinado}}{\text{Número total de pacientes estudiados en ese día}} \times 100 = \quad \%$$
Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.

$$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en pacientes intervenidos}}{\text{Número de enfermos intervenidos}} \times 100 = \quad \%$$
Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.

$$\frac{\text{Número de infecciones urinarias en pacientes sondados}}{\text{Número de pacientes sondados}} \times 100 = \quad \%$$
Cumplimiento de los protocolos de profilaxis antibiótica

En cirugía limpia
En cirugía contaminada
En cirugía sucia

$$\frac{\text{Número de pacientes a los que se aplicó correctamente el protocolo (para cada tipo de cirugía)}}{\text{Número total de intervenciones del mismo tipo}} \times 100 = \quad \%$$
Oportunidades de mejora detectadas:

Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.

RESPONSABLE: Servicio de Medicina Preventiva

Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimiento x 100 = %
Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento

Procedimiento Quirúrgico Estudiado	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

Si no se ha realizado el estudio por procedimiento quirúrgico, sino por tipo de cirugía, indicar:

	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
Limpia			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Limpia contaminada			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Contaminada			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Sucia			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).**RESPONSABLE:** Servicio de Medicina Preventiva - Comisión de Infección Hospitalaria - UCI

Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica x 1000 =
 Días totales de ventilación mecánica

Periodo estudiado.....

Criterios:

Infección respiratoria:

- Neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica.

Criterio de Infección Respiratoria
Sintomatología clínica + hallazgos radiológicos compatibles
Cavitación de un infiltrado radiológico previo
Cultivo + en líquido pleural concordante con broncoaspirado simple
Hemocultivo + concordante con broncoaspirado simple
Broncoaspirado simple
Broncoaspirado cuantitativo ($< 10^5$, de 10^5 a 10^6 , $> 10^6$ UFC)
Broncoaspirado con catéter telescopado ($< 10^3$, de 10^3 a 10^4 , $> 10^4$ UFC)
Lavado bronco alveolar ($< 10^4$, de 10^4 a 10^5 , $> 10^5$ UFC)
Hallazgos positivos en estudio anatomopatológico
Patógeno primario (Legionella o Micobacteria)
Serología positiva

Acciones de mejora:

COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA

OBJETIVO: El Hospital garantiza la mejora y mantenimiento de la competencia de sus profesionales a través de la elaboración y desarrollo de un programa / plan de formación dirigido a todo el personal

RESPONSABLE: Coordinadora de Formación Continuada

1- El Hospital / Complejo Asistencial realiza la identificación y priorización de necesidades formativas en concordancia con los objetivos institucionales para elaborar el Programa / Plan de Formación:

- Acta de aprobación del Programa / Plan de Formación por las Comisiones de Formación y de Dirección y presentación al Servicio de Formación.

2- El Programa / Plan de Formación será aprobado por los órganos competentes, presentado y divulgado para que llegue a toda la plantilla del centro:

- Informe del Gerente donde se especifican las actuaciones de presentación y divulgación del Programa / Plan de Formación.

3- El Hospital / Complejo Asistencial desarrolla y evalúa el Programa / Plan de Formación según los criterios metodológicos y de calidad establecidos en el Plan General de Formación:

- Evaluación realizada a través de indicadores de Estructura / Cobertura / Proceso / Satisfacción / Resultados de las actividades de formación y acreditación de las mismas.

COMITÉ ASISTENCIAL DE ÉTICA

OBJETIVO: El Hospital promueve la constitución y mejora del Comité de Ética Asistencial.

RESPONSABLE: Comité de Ética Asistencial

DOCUMENTACIÓN APORTADA^{9, 10}**Nivel 1 -****Documentos:**

- Funciones con las firmas de aprobación

Nivel 2 -**Documentos:**

- Acta de constitución del Comité
 reglamento

Nivel 3 -**Documentos:**

- Memoria

Nivel 4 -**Documentos:**

- Registro de Comités de Ética Asistencial de Área acreditados
 Informe en el que se especifican los objetivos, la metodología de evaluación y el calendario

Nivel 5 -**Documentos:**

- Composición
 Sistemática de actuación en los dos niveles asistenciales

Nivel 1 -**Documentos:**

- Registro de Comités de Ética Asistencial de área acreditados

⁹ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

¹⁰ Consultar el cuadro correspondiente del PAG 2004 en el que se especifican los distintos niveles hablados con el/la Presidente/a del Comité

**COMISIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA
SERVICIO DE FARMACIA**

OBJETIVO: El hospital desarrolla un modelo de gestión clínica de la farmacoterapia que contiene las herramientas necesarias para que la utilización de medicamentos sea eficaz, segura, coste-efectiva y de calidad.

RESPONSABLE: Servicio de Farmacia - Comisión de Farmacia y Terapéutica

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹¹

- Guía farmacoterapéutica¹²**
- Equivalentes terapéuticos**

Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.
siguiendo la codificación de principios activos del Nomenclator Oficial del SNS

- Informe con las oportunidades de mejora detectadas**
- Informe con las acciones de mejora que se planifican (objetivos, plazos, responsables)**
- Sistemática de adquisición de nuevos productos (informe)**

¹¹ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

¹² La guía farmacoterapéutica se publicará en el Nuevo Hospital según las normas establecidas y siguiendo las normas generales de elaboración y difusión de vías, guías y protocolos recogidos en el Manual de Calidad

ANEXO – OBJETIVOS ASIGNADOS A LAS COMISIONES CLÍNICAS¹³**COMISIÓN DE DIRECCIÓN****DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital Nº98)

El grupo técnico de trabajo en calidad, según se recoge en la Memoria de Calidad 2004¹⁴ (páginas 167 a 170), propone los siguientes objetivos:

- **MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN:**
 - **SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN:**
 - Plan documentado Gestión de **Calidad** (Manual de Calidad, Metodología)
 - Plan documentado de Gestión **Medioambiental**
 - Plan documentado de Gestión de **Salud Laboral**
 - Plan documentado de Gestión de **Emergencias**
 - Plan documentado de Gestión de **Recursos Humanos**: plan de acogida al nuevo trabajador
 - **MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS y UNIDADES** (asistenciales y no asistenciales)
 - **Servicios y unidades asistenciales** (área médica y de enfermería)

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

- **Servicios y unidades no asistenciales** (área de gestión y servicios generales)

Documentos	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales

¹³ Texto tomado del Manual de Calidad 2005

➤ ¹⁴ **Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Calidad:** "Memoria 2004". Nuevo Hospital (Internet). 2005. V / 3.
(En <http://www.calidadzamora.com>) (Nuevo Hospital Nº 97)

	3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

- **MEJORA DE LA INFORMACIÓN y COMUNICACIÓN:**

- INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: petición de presupuestos y proyectos a empresas suministradoras
- Plan documentado de Gestión de la comunicación interna
- Revista Nuevo Hospital:
 - Incentivar el registro de documentación, incentivar el envío de memorias y resultados para su archivo
 - renovación de comité editorial para el formato papel
 - publicación regular en formato papel

- **MEJORA DE LA GESTIÓN DE CALIDAD:**

- Dotar a la Unidad de Calidad de personal administrativo con formación en tecnología multimedia y web
- Adecuación del espacio asignado a la Unidad de Calidad para la actividad de: Coordinador de Calidad, Administrativo, Comisiones clínicas (espacio con ordenador, archivos y de reuniones) y revista Nuevo Hospital

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

- Diseño, implantación y mejora continua del Plan de Calidad del Complejo Asistencial
- Aprobar las FUNCIONES y MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS
- Coordinar los objetivos de las comisiones
- Control del cumplimiento de objetivos
- Elaboración de la memoria anual del plan de calidad del hospital

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital Nº98)

NIVEL 1	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba las funciones de las distintas Comisiones Clínicas.	Documentación: - acta
NIVEL 2	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba los manuales de funcionamiento de las distintas Comisiones Clínicas.	Documentación: - acta
NIVEL 3	La Comisión Central de Garantía de Calidad aprueba los programas anuales de objetivos de las distintas Comisiones Clínicas.	Documentación: - acta
NIVEL 4	La Comisión Central de Garantía de Calidad analiza y evalúa los informes de propuestas de mejora, elaborados por las distintas Comisiones Clínicas. Obtiene conclusiones que plasma en un informe global de propuestas de mejora y que eleva a la Dirección del Hospital.	Informe de propuestas
NIVEL 5	La Dirección del Hospital, a través de la Unidad de Calidad, analiza el informe de propuestas de mejora elaborado por la Comisión Central de Garantía de Calidad, en relación con los ámbitos de competencia de las distintas Comisiones Clínicas, e incorpora los contenidos viables y coherentes al Programa de Objetivos del ejercicio siguiente y al Programa de Calidad Total.	Informe firmado por el Gerente en el que se especifican: - las oportunidades de mejora - para cada una de ellas: - acciones precisas - plazos - responsables

UNIDAD DE CALIDAD:

- Elaboración y distribución del Manual de Calidad del Complejo Asistencial
- Integración de la gestión de calidad (área médica, enfermería, servicios generales, investigación y documentación)
- Mejora de la difusión del plan de calidad:
 - o Mantenimiento de la página web: www.calidadzamora.com
 - o Publicación trimestral de la revista de Calidad **NuevoHospital** en soporte papel
 - o Publicación de **NuevoHospital** digital (pdf)
- Normalización de la actividad investigadora en calidad
- Normalización de la utilización de la documentación propia del hospital
- Participar en la formación en calidad de todos los trabajadores mediante talleres, sesiones, publicación de artículos en **NuevoHospital** y en la página web
- AUDITORÍAS 2005:
 - Programa de Prevención de la Infección Hospitalaria: Control de normas de funcionamiento en área quirúrgica (control cada dos meses)
 - Control de la documentación y desarrollo del Programa de Prevención de la Infección Hospitalaria
 - Control de guías, vías, protocolos y manuales (publicación en **Nuevo Hospital**)
 - Control de la documentación obligatoria de los servicios y unidades (planes de información a pacientes y familiares, documentos de consentimiento informado en uso, manuales operativos en uso –guías, vías, protocolos y otros manuales-)
 - Plan documentado de acogida al trabajador
 - Calidad percibida:
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos durante la hospitalización:
 - Encuesta mensual del 15 al 30 de cada mes (Unidad de Calidad)
 - Encuesta por correo en abril y octubre (SAU)
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos en las áreas de actividad ambulatoria (SAU)
 - Encuesta sobre calidad de los servicios recibidos en las áreas de urgencias (SAU)
 - Control de registros de documentación del sistema de calidad:

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)**ÁREA DE GESTIÓN**

- Implantar protocolos en servicios no asistenciales
- Plan de comunicación interna
- Comisión de adquisiciones
- Informe a los servicios sobre contabilidad analítica
- Programa de acogida al nuevo trabajador (Plan documentado): - mantenerlo actualizado (ir actualizando cada capítulo según las modificaciones), - entregar una copia impresa a cada nuevo trabajador al hacer el contrato, - elaborar Información específica de cada área de trabajo
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS y POLÍTICA ANTIBIÓTICA**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Manual de profilaxis antibiótica: actualización y publicación
- MANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA
 - Capítulos (cada capítulo se corresponde con un objetivo del PAG)
 - La metodología para los estudios de incidencia, prevalencia y densidad de la infección hospitalaria es idéntica a la de años anteriores (ver manual de metodología)

5. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA	
5.1	El Hospital dispone de un sistema de alerta.
5.2	El Hospital realiza estudios de prevalencia de la infección hospitalaria.
5.3	El Hospital realiza estudio de incidencia de la infección hospitalaria.
5.4	El Hospital realiza una estimación de la densidad de incidencia de la infección hospitalaria.
5.5	El Hospital realiza una estimación de la incidencia acumulada y/o de la densidad de incidencia tras el alta médica.
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Instalaciones, Hostelería y Equipamiento	
6.1	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas críticas.
6.2	El Hospital gestiona la limpieza de las áreas no críticas.
6.3	El Hospital gestiona la eliminación de residuos.
6.4	El Hospital aplica medidas de mantenimiento de la bioseguridad ambiental.
6.5	El Hospital aplica pautas higiénicas para el bloque quirúrgico.
6.6	El Hospital gestiona la manipulación y almacenaje de ropa.
6.7	El Hospital gestiona la limpieza, desinfección y esterilización de material reutilizable.
7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Personal	
7.1	El Hospital normaliza el lavado de manos rutinario y el quirúrgico.
7.2	El Hospital gestiona la protección del personal frente a riesgos biológicos. Precauciones universales.
7.3	El Hospital normaliza la actuación ante exposición ocupacional frente a riesgos biológicos.
8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: Pacientes	
8.1	El Hospital normaliza la preparación de piel y mucosas del enfermo quirúrgico.
8.2	El Hospital normaliza la profilaxis antibiótica en enfermos quirúrgicos.
8.3	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vesical.
8.4	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular periférico.
8.5	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central.
8.6	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del catéter vascular central de inserción periférica.
8.7	El Hospital normaliza la inserción y mantenimiento del tubo endotraqueal.
8.8	El Hospital gestiona el aislamiento del paciente.

- Incorporación de miembro de la Unidad de Salud Laboral (servicio de Prevención):
 - Normas sobre uso del tabaco en el hospital
 - Plan documentado de Salud Laboral: exposición a riesgos biológicos
- Sistema de vigilancia de la infección nosocomial
 - Tasa de prevalencia de la infección nosocomial
 - Tasa de prevalencia de la infección de la herida quirúrgica
 - Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados
 - Incidencia acumulada de la infección de herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos
 - Infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)
 - SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA MÉDICA
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, TEJIDOS y MORTALIDAD**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

Tradicionalmente en el Hospital han funcionado dos comisiones:

- Comisión de Historias Clínicas
- Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Objetivos:
 - Promover la implantación de la historia clínica informatizada
 - Continuar con implantación de modelo de alta en todo el hospital
 - Mejorar la estructura y documentación de la historia clínica
 - Mantener actualizado el listado sobre los documentos de consentimiento informado en uso
 - Auditoría de Historias clínicas
 - Criterios de calidad del informe de alta hospitalaria
 - Consentimiento informado (según manual de metodología)
 - informes de alta hospitalaria:
 - porcentaje que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital
 - porcentajes de altas definitivos en < de 15 días
 - “ a los dos meses del alta
 - “ a los dos meses del exitus
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS y MORTALIDAD

- Objetivos comunes: funciones y Manual de Funcionamiento
- Mortalidad
 - Mortalidad potencialmente evitable
 - Mortalidad perioperatoria (fractura de cadera, bypass)
- Registro de tumores
- Comités de Oncología (impulsar y desarrollar actividad integrada)
 - Cabeza y cuello
 - Tórax
 - Abdominal
- Guías clínicas (adaptación de las Guías de práctica clínica en oncología propuestas por la Gerencia Regional. Capítulo IX del PAG 2003-2005; objetivo 3.2 del PAG 2004 que se resume). En la Comisión de Dirección se propuso que se realizasen desde los Comités de Oncología ya que integran a las unidades implicadas

Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE FARMACIA y TERAPÉUTICA

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Guía farmacoterapéutica
- Guía de equivalentes terapéuticos
- Modelo de informe técnico para evaluación de medicamentos
- Farmacovigilancia (protocolo de vigilancia efectos adversos producidos por los fármacos). Crear un grupo de farmacovigilancia (grupo de mejora).
- Evitar uso de fármacos no incluidos en la guía / Reducción de utilización de fármacos del grupo C
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

La Comisión de Farmacia y Terapéutica funciona en relación con el Servicio de Farmacia Hospitalaria y participa en los objetivos para este servicio recogidos en el PAG

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA y FORMACIÓN CONTINUADA**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital Nº98)

Tradicionalmente en el Hospital han funcionado tres comisiones:

- Comisión de Investigación y Protocolos
- Comisión de Docencia
- Comisión de Formación Continuada

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PROTOCOLOS:**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones
 - Censo de guías, vías clínicas y protocolos del hospital
 - Establecer sistemática para evaluar e implantar nuevos protocolos, guías y vías clínicas
 - Normalización de los criterios para investigación y utilización de documentos hospitalarios
 - Incrementar el número de vías, protocolos y guías de práctica clínica en el hospital
 - UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA
 - Función docente (desarrollar cursos de Epidemiología y Estadística y organizar conferencias sobre temas de investigación)
 - Extraer los artículos / comunicaciones relacionados con calidad para su re-publicación
 - presentar al menos un proyecto de investigación propio relacionado con Garantía de Calidad (relacionado con los objetivos del plan de calidad)
 - promocionar investigación en Enfermería
 - colaborar en proyecto de investigación con Atención Primaria
 - Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE DOCENCIA**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones
 - Número de sesiones generales del hospital y media de asistencia (médicos y enfermeras)
 - Elaborar una Guía de práctica clínica para médicos residentes (integración con otras guías del hospital y guía de urgencias)
 - Revisión, actualización, adaptación y difusión de los programas oficiales de formación de MIR
 - Revisión y adecuación del Libro de Evaluación del Residente
 - Supervisión de las rotaciones de los MIR de otros Centros en estancias de corta o larga duración
 - Evaluar la docencia del hospital y la calidad percibida de la docencia en los residentes
 - Enviar un resumen o artículo de cada actividad docente realizada para publicar en la revista NuevoHospital
 - Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO

- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones
 - Organizar al menos un curso anual relacionado con la gestión de calidad (incrementar el número de profesionales con formación en gestión de calidad)
 - Formación en seguridad y salud laboral (colaboración con el Servicio de Prevención)
 - Enviar un resumen o artículo de cada actividad docente realizada para publicar en la revista **NuevoHospital**
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE TECNOLOGÍA y ADECUACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS y TERAPÉUTICOS**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Protocolización de la adquisición de tecnología (elaboración de manual)
- Asesoramiento a la Dirección en adquisición de tecnología
- **Mejora de la Seguridad clínica de los pacientes – alertas:**
 - Difusión de alertas de seguridad clínica elaboradas y difundidas por la Fundación Avedis Donabedian
 - Establecer un modelo de mejora de la seguridad clínica de los pacientes:
 - Sistema de detección de fallos
 - Elaboración de notas preventivas propias dentro del hospital
- Evaluar la adecuada utilización de la tecnología:
 - evaluar que las peticiones de TC y RM se ajustan a protocolo
 - evaluar la petición de RX de tórax en el preoperatorio de pacientes ASA I
 - evaluación de la adecuada utilización de guías, vías y protocolos (evaluar la implantación de al menos cuatro procedimientos protocolizados)
- Valoración y simplificación de los circuitos de pruebas complementarias
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Objetivos propios del PAG 2005
- Asesoramiento
- Organizar un curso sobre bioética y gestión orientada al área de calidad
- Ampliación del Comité con representantes de Atención Primaria
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

GRUPO DE MEJORA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

- Plan Documentado de acogida al paciente
- Evaluación periódica de los programas de colaboración con ONG's
- Evaluación del riesgo social al ingreso del paciente
- Encuesta posthospitalización
- Reclamaciones
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE TRANSFUSIONES

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

- Actualización y difusión del Manual de Transfusión
- Mejora de los procesos de transfusión (evaluación de los puntos-problema y mejora)
- Participación en los programas de seguridad clínica de los pacientes (alertas de problemas)
- Mantenimiento de los documentos de consentimiento informado sobre transfusión

COMISIÓN DE BIBLIOTECA**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
 - MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
 - MEMORIA ANUAL
 - Actas de reuniones
- Analizar y mantener Bases de Datos Bibliográfica
 - Realizar cursos de Búsqueda de Bibliografía
 - Realizar una gestión de fondos bibliográficos adecuada
 - Determinar el grado de satisfacción del usuario de la biblioteca.
 - Dotar a la biblioteca de un área dedicada a calidad asistencial (con dotación de revistas y libros)
 - Encuadernar anualmente y tener disponibles los volúmenes de NuevoHospital en papel y en CD-ROM
 - Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)**COMISIÓN DE URGENCIAS****DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones

La Comisión de Urgencias no funcionó durante el año 2004. Tanto desde el grupo técnico de calidad como desde la CCGC se ha considerado conveniente que dicha comisión se reconstituya con el objetivo de coordinar a los servicios y unidades que participan en las urgencias y mejorar su funcionamiento y la documentación.

- Elaborar la Guía clínica de procesos atendidos en la unidad de Urgencias
- Retorno a urgencias a las 72 horas
- Tiempo de permanencia en los servicios de urgencias
- Adecuación de las vías venosas en urgencias
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

Capítulo X del PAG 2003-2005.

1. VISIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS	
1.1	El Hospital implanta el Plan Funcional del Servicio de Urgencias.
2. PRIORIZACIÓN EN LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES	
2.1	El Hospital implanta un sistema de clasificación de pacientes.
3. DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
3.1	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales internos.
3.2	El Hospital normaliza la gestión de procesos asistenciales compartidos.
4. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD	
4.1	El Hospital optimiza los tiempos de asistencia.

COMISIÓN DE QUIRÓFANOS**DOCUMENTOS:**

- FUNCIONES
 - MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
 - MEMORIA ANUAL
 - Actas de reuniones
- Programación de quirófanos
 - Participación en el programa de prevención de la infección quirúrgica: informar sobre la obligatoriedad de cumplir las normas de prevención
 - Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

COMISIÓN DE CATÁSTROFES

DOCUMENTOS:

- FUNCIONES
- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
- MEMORIA ANUAL
- Actas de reuniones
 - Elaborar el Plan de Emergencias y Evacuación
 - Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

OBJETIVOS PROPIOS RECOGIDOS EN EL PAG-2005 (Nuevo Hospital N°98)

OBJETIVOS ASIGNADOS A LOS SERVICIOS y UNIDADES**Objetivo: MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS y UNIDADES** (asistenciales y no asistenciales)**Servicios y unidades asistenciales** (unidades centrales, área médica, enfermería)

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	10. Nombre del Servicio-Unidad 11. Composición (miembros) 12. Funciones de sus miembros 13. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 14. Reglamento (Estatuto) 15. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 16. Plan de información a pacientes y familiares 17. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 18. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	6. Nombre del Servicio-Unidad 7. Objetivos anuales 8. Resultados obtenidos 9. Comentarios - oportunidades de mejora 10. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

Servicios y unidades no asistenciales (área de gestión y servicios generales)

Documentos	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	10. Nombre del Servicio-Unidad 11. Composición (miembros) 12. Funciones de sus miembros 13. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 14. Reglamento (Estatuto) 15. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 16. Plan de información a pacientes y familiares 17. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 18. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	6. Nombre del Servicio-Unidad 7. Objetivos anuales 8. Resultados obtenidos 9. Comentarios - oportunidades de mejora 10. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

SERVICIOS y UNIDADES ASISTENCIALES**Objetivo: MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS y UNIDADES****Responsable: DIRECCIÓN GERENCIA (Servicio de Atención al Usuario, Servicio de Admisión)**

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

MEJORA DE INFORMACIÓN A LOS USUARIOS**Responsable:** Servicio de Atención al Usuario (SAU)**Objetivo:** El Hospital / Complejo Asistencial informa adecuadamente al paciente y en su caso a su familia o allegados, sobre el proceso asistencial incluyendo el Consentimiento Informado cuando se precise

- | | |
|---|---|
| 1 | <p>Documentos:</p> <p>1. Planes de Información de los servicios</p> <p>Resultados de la Encuesta Regional de satisfacción de los usuarios de Atención Especializada:</p> <p>2. Porcentaje de personas que valoran positivamente la información recibida del personal sanitario.</p> |
| 2 | <p>Documento:</p> <p>- Plan de Información del Área de Urgencias.</p> |
| 3 | <p>Informe de evaluación sobre los documentos de Consentimiento Informado aplicados en el año 2005.</p> |

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial informa adecuadamente a pacientes y familiares sobre su funcionamiento

- | | |
|---|---|
| 1 | <p>Documentos:</p> <p>1. Manual de acogida y Procedimiento de entrega</p> <p>Resultados de la Encuesta Regional de satisfacción de usuarios de Atención Especializada:</p> <p>2. Porcentaje de personas que declaran haber recibido el Manual de acogida.</p> |
| 2 | <p>Documentos informativos sobre el funcionamiento y normas en el Servicio de Urgencias.</p> |
| 3 | <p>Documentos informativos sobre el funcionamiento y normas en Consultas Externas</p> |

CALIDAD PERCIBIDA**Objetivo:** El Hospital / Complejo Asistencial analiza las expectativas y necesidades de los usuarios y su opinión respecto de la calidad de los servicios recibidos.

- | | |
|---|--|
| 1 | <p>El Hospital / Complejo Asistencial ha implantado métodos para conocer las expectativas y necesidades de los usuarios y su opinión acerca de la calidad de la atención recibida:
Informe sobre los diferentes métodos implantados y metodología de aplicación.</p> |
| 2 | <p>El Hospital / Complejo Asistencial analiza la información y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora): Informe en el que se especifica el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.</p> |

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial gestiona correctamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios

- | | |
|---|---|
| 1 | <p>Reclamaciones / sugerencias atendidas en 2005 clasificadas por temas</p> |
|---|---|

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial dispone de un Plan de atención al cuidador principal

- | | |
|---|--|
| 1 | <p>Documentos:</p> <p>- Plan de atención al cuidador principal.</p> <p>Apartados: destinatarios, valoración y criterios de inclusión, plan de actuación, evaluación y coordinación con Atención Primaria</p> |
|---|--|

Objetivo: MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS y UNIDADES

Responsable: DIRECCIÓN MÉDICA (Todos los Servicios y unidades asistenciales)

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	10. Nombre del Servicio-Unidad 11. Composición (miembros) 12. Funciones de sus miembros 13. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 14. Reglamento (Estatuto) 15. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 16. Plan de información a pacientes y familiares 17. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 18. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	6. Nombre del Servicio-Unidad 7. Objetivos anuales 8. Resultados obtenidos 9. Comentarios - oportunidades de mejora 10. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

OBJETIVO: El Hospital define e implanta planes de trabajo en sus servicios médicos.

RESPONSABLE: Dirección Médica - Todos los Servicios y Unidades Médicas

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹⁵

Nivel 1 -

El Hospital define, implanta y mantiene actualizados los planes de trabajo para sus servicios médicos, de forma progresiva, hasta alcanzar al 100% del colectivo profesional. Dichos planes:

- se plasmarán por escrito
- incluirán todas las actividades, de todos los integrantes del servicio, a lo largo de toda la jornada laboral.

Documentos:

- planes de trabajo definidos

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa la adecuación de los planes de trabajo a la actividad desarrollada por cada servicio, y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

Envían sus planes de trabajo en 2004	Oportunidad de mejora 2005 (elaborar planes de trabajo)
Análisis Clínicos	
Anestesia-Reanimación	HOSPITALIZACION A DOMICILIO INFECTOLOGIA REUMATOLOGIA ONCOLOGÍA MÉDICA
Dermatología	ANATOMIA PATOLOGICA
Medicina Interna:	BIOQUIMICA
Alergología	CARDIOLOGIA
Medicina Interna	CIRUGIA
Digestivo	HEMATOLOGIA
Endocrinología	MEDICINA PREVENTIVA
Neumología	MICROBIOLOGIA
Neurología	NEFROLOGIA
Unidad de Cuidados Intensivos	NEUROFISIOLOGIA
Oftalmología	PEDIATRIA
Otorrinolaringología	REHABILITACION
Radiodiagnóstico	URGENCIAS
Ginecología	PSIQUIATRIA
Traumatología	
Urología	

INDICAR LOS SERVICIOS QUE TIENEN IMPLANTADO SUS PLANES DE TRABAJO

¹⁵ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

OBJETIVO: El Hospital avanza en la gestión de Procesos Asistenciales.

RESPONSABLE: Todos los Servicios y Unidades Médicas y Quirúrgicas

El Hospital / Complejo Asistencial normaliza (mediante la definición y adaptación de guías, vías, o protocolos de práctica clínica) e implanta al menos 1 proceso asistencial en cada especialidad médica y quirúrgica.

- 1 Se identifican los responsables de su implementación, de su revisión y actualización.
Documentos:
- guías, vías o protocolos
- informe en el que se especifica el proceso de implantación de todas las guías / vías / protocolos elaborados, identificando en cada una los responsables de su implementación, revisión y actualización.

- 2 El Hospital / Complejo Asistencial evalúa el grado de cumplimiento de las guías, vías o protocolos clínicos de los procesos asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).
Informe en el que se especifica el análisis realizado sobre el grado de cumplimiento de las guías / vías / protocolos en al menos 1 proceso asistencial por especialidad médica y quirúrgica.

- 3 El Hospital / Complejo Asistencial lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.
Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
- acciones precisas, plazos y responsables.
-

EVALUACIÓN DE GUÍAS VÍAS Y PROTOCOLOS
(una hoja para cada documento)**TÍTULO ó DENOMINACIÓN:****SERVICIO - UNIDAD:****Elaboración**

- Fecha de la primera versión:
- Fecha de la versión actual (en caso de revisiones):
- Número de revisiones / actualizaciones del documento:

Implantación

- ¿Ha sido enviado para su publicación en Nuevo Hospital?: SI NO
- ¿Ha sido ya publicado?: indicar número de edición _____

- Resultados de utilización / grado de cumplimiento:

$\frac{\text{Número de pacientes o procedimientos en los que se utilizó el documento}}{\text{Número total de pacientes o procedimientos atendidos}} \times 100 =$ % utilización

Oportunidades de mejora detectadas

OBJETIVO: El Hospital optimiza los tiempos de asistencia en urgencias.

RESPONSABLE: Servicio de Urgencias

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

Documentos:

- 1 - Descripción del Sistema de clasificación de pacientes
- cuadro de mandos (hora de llegada del paciente, de clasificación, de asistencia y tiempo total de permanencia en urgencias).

ANÁLISIS y OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS

- 2 Informe en el que se especifican el análisis realizado sobre la aplicación del sistema de clasificación y sobre la información del cuadro de mandos y las conclusiones obtenidas sobre ambos.

El Servicio de Urgencias lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas, tomando en consideración las siguientes referencias en cuanto al tiempo de asistencia:

- 3 Nivel 1: paciente con riesgo vital evidente, intervención inmediata.
Nivel 2: paciente emergente, intervención en menos de 15 minutos.
Nivel 3: paciente urgente no crítico, intervención en menos de media hora.
Nivel 4: paciente urgente demorable, intervención en menos de una hora.
Nivel 5: paciente no urgente, intervención en menos de dos horas.

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

- acciones precisas, plazos y responsables.

MEJORA DE LA ASISTENCIA EN PSIQUIATRÍA

Responsable: Dirección Médica – Servicio de Psiquiatría

Objetivo: La asistencia psiquiátrica se integra funcionalmente en Atención Especializada

1

- Programación anual de las actividades.
- Establecimiento de las funciones y tareas a realizar por los profesionales.
- Identificación de Responsables de los procesos de Hospitalización (incluida la parcial), Actividad Ambulatoria y Dispositivos de Rehabilitación (Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial y Unidad de Rehabilitación).

2

- El CRPS aumenta en un 10% el índice de rotación
- El 80% de los pacientes no supera 9 meses de estancia en la Unidad de Rehabilitación.

Objetivo: El Hospital / Complejo Asistencial mejora la atención psicogerítrica y la atención a personas con enfermedad mental grave y prolongada

1

Documento adaptado del programa de atención psicogerítrica y su aplicación por los ESM.

2

- Documento que incluye:
- actividades de seguimiento
 - atención organizada a familias
 - criterios de atención preferente
 - criterios de actuación ante abandonos de tratamiento.
 - criterios de coordinación con Atención Primaria.
 - fórmula de gestión de casos
 - número de gestores de casos y pacientes atendidos.
-

Objetivo: MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS y UNIDADES

Responsable: DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (Todas las unidades de Enfermería)
--

Documentos obligatorios	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo

OBJETIVO: El Hospital elabora el manual de cuidados de enfermería que unifica las pautas de actuación integrado en un modelo de cuidados homogéneo.

RESPONSABLE: Dirección de Enfermería

DOCUMENTACIÓN APORTADA^{16, 17}

(ver apartado correspondiente en el Plan Anual de Gestión 2005)

Nivel 1

Modelo de cuidados (homogéneo para el Servicio Regional de Salud)

Nivel 2

Planes de cuidados

Nivel 3

Registros de enfermería

Nivel 4

Procedimientos de enfermería

Nivel 5

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los planes de cuidados evaluados

Nivel 6

Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas en relación con los procedimientos evaluados

Nivel 7

Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:

Acciones precisas

Plazos

Responsables

¹⁶ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

¹⁷ Los documentos han de enviarse en formato word para su registro y publicación en la revista Nuevo Hospital. La Unidad de Calidad evaluará el número de documentos publicados en la revista Nuevo Hospital según las normas de publicación recogidas en el Manual de Calidad para las guías, vías y protocolos.

SERVICIOS y UNIDADES NO ASISTENCIALES**MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN****RESPONSABLE:** Dirección de Gestión

Documentos	Estructura del documento
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO (Manual de Procedimientos Generales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Composición (miembros) 3. Funciones de sus miembros 4. Planes de trabajo (semanal, mensual o anual) 5. Reglamento (Estatuto) 6. Sistemática de trabajo: asistencial, docente, investigador (objetivos anuales, periodicidad de las reuniones y orden de las mismas, convocatorias...) 7. Plan de información a pacientes y familiares 8. Documentos de Consentimiento Informado y listado actualizado 9. Manuales operativos: guías, vías, protocolos, manuales de procedimientos y listado actualizado
MEMORIA ANUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Servicio-Unidad 2. Objetivos anuales 3. Resultados obtenidos 4. Comentarios - oportunidades de mejora 5. Acciones prioritarias que se llevarán a cabo
Actas de reuniones de la Comisión de objetivos	

OBJETIVO: El Hospital avanza en la gestión de procesos no asistenciales.

RESPONSABLE: Dirección de Gestión

DOCUMENTACIÓN APORTADA¹⁸

Nivel 1 -¹⁹

El Hospital identifica al menos 6 procesos por cada servicio no asistencial, de los que persigue un diseño normalizado. Entre ellos deben encontrarse, como mínimo, cuatro de los siguientes procesos:

- Gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.
- Adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.
- Aplicación de criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.
- Gestión eficiente de las propuestas de pago.
- Gestión correcta de los mantenimientos correctivos.
- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos.
- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.
- Diseño e implantación de un plan de seguimiento del equipamiento médico.
- Priorización y racionalización de las inversiones hospitalarias.

Igualmente, normaliza e implanta los procesos no asistenciales identificados, de forma progresiva hasta conseguirlo en su totalidad al final del periodo.

Para cada proceso definido se identifica el responsable de su implementación, de la oportuna revisión bibliográfica y de su revisión y actualización.

Documentos:

- procesos identificados y normalizados.
- informe en el que se especifica el proceso de implantación.

Nivel 2- OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS:

El Hospital evalúa el grado de cumplimiento de los protocolos o criterios de los procesos no asistenciales normalizados e implantados en el ejercicio y obtiene conclusiones (oportunidades de mejora).

Documentos:

- Informe en el que se especifican el análisis realizado y las conclusiones obtenidas.

Nivel 3 - ACCIONES:

- El Hospital lleva a cabo las acciones precisas para hacer efectivas las oportunidades de mejora detectadas.

Documentos:

- Informe en el que se especifican las oportunidades de mejora y para cada una de ellas:
acciones precisas
plazos
responsables.

Documentos	Nuevo Hospital	pendientes
- Gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.	Nº: 85	
- Adquisición de bienes y la contratación de obras y servicios por procedimientos reglados.	Nº: 87	
- Aplicación de criterios de eficiencia y calidad en los procesos de adjudicación.	Nº: 87	
- Gestión eficiente de las propuestas de pago.	-	⇐
- Gestión correcta de los mantenimientos correctivos.	Nº: 89	
- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos preventivos.	-	⇐
- Gestión y planificación correcta de los mantenimientos legales.	-	⇐
- Diseño e implantación de un plan de seguimiento del equipamiento médico.	-	⇐
- Priorización y racionalización de las inversiones hospitalarias.	-	⇐

¹⁸ Indicar con un aspa (X) el recuadro de los documentos que se aportan

¹⁹ Los documentos han de ser enviados en formato word para su registro y publicación en Nuevo Hospital. La Unidad de Calidad evaluará el número de documentos publicados en la revista Nuevo Hospital según las normas de publicación recogidas en el Manual de Calidad



NORMAS DE PUBLICACIÓN

- **Objetivo:** difundir conocimientos sobre calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la calidad.

- **Tema:** cualquier tema relacionado con calidad asistencial (objetivos de calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.).

- **Formato:** NuevoHospital se publicará en formato digital (disponible en la web) y en papel (trimestralmente). Todos los trabajos serán publicados en el formato digital.

- Estructura de los trabajos:

- Título

- Autor/es

- Área - servicio ó unidad

- Función o cargo que desempeña/n

- RESUMEN

- Introducción (motivación, justificación, objetivos)

- Texto: según el tema que se trate

- en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
- en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión

- Conclusiones

- Bibliografía

- Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)

- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**

- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)

- pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)

- en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color

- **los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

- Modo de envío de los trabajos:

- por **correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo Nº 35. 49022 Zamora
- **depositándolos directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista del Hospital)
- por **correo electrónico:** ucalid@hvcn.sacyl.es (disponible en la web: www.calidadzamora.com)



HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA