



**MEMORIA DE CALIDAD 2000 DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO DE ALBACETE (CHAB):**

TABLA DE CONTENIDOS:

I INTRODUCCIÓN

II PLAN DE CALIDAD

III EVALUACIÓN

I.- INTRODUCCIÓN.

Presentamos por cuarto año consecutivo la Memoria de calidad del Complejo Hospitalario de Albacete, que intenta recoger las actividades que dentro del Plan de Calidad se plantearon, sus resultados y comentar las dificultades y deficiencias constatadas en su puesta en marcha.

II.- PLAN DE CALIDAD.

El programa de calidad común para todos los hospitales y la monitorización de indicadores se constituyó en el núcleo a partir del cual se elaboró el Plan de Calidad. Los resultados de la evaluación obtenidos en 1998 para nuestro hospital pusieron de manifiesto que había objetivos incluidos en el contrato de Gestión para todos los hospitales en los que era necesario profundizar, por lo que, al margen de otros objetivos propuestos por los Servicios, consideramos que estos debían ser incluidos también dentro del PGC del Hospital. Los objetivos de calidad para todos los hospitales y los planteados por los facultativos propios del Servicio se incluyeron en la discusión del Contrato de Gestión por servicios, además la dirección de enfermería pactó con las diferentes supervisiones objetivos específicos de enfermería. El desarrollo desde 1995 del Plan de Calidad para todos los hospitales ha permitido establecer una serie de estándares de calidad del INSALUD, que todos sus hospitales deben cumplir.

El Plan de Calidad del CHAB se fijó los siguientes objetivos:

Objetivo General: Involucrar a los trabajadores en la mejora continua de la calidad del hospital con el fin de satisfacer las necesidades de los clientes (internos y externos) de la manera más eficiente.

Objetivos específicos:

1. Difundir la filosofía de la Mejora continua de la calidad.
2. Aumentar la efectividad o eficiencia de los procesos.
3. Disminuir la variabilidad clínica.
4. Potenciar el enfoque hacia el paciente.
5. Potenciar el trabajo en equipo.
6. Favorecer la cultura de la evaluación.
7. Potenciar el enfoque hacía el profesional.

Líneas específicas del hospital para la mejora de la calidad

1. - Potenciar el enfoque hacía el paciente.
2. - Introducir la Metodología de la evaluación en los procesos.
3. - Desarrollo del Programa de control del Tabaquismo en el Complejo Hospitalario.

El Plan de Calidad se presentó a la comisión de dirección y se estableció un calendario para sus distintas actividades. Para coordinar y evaluar las diferentes actividades se dividió en tres grandes bloques, el bloque correspondiente a los

Memoria 2000

objetivos institucionales del INSALUD, el bloque correspondiente a los objetivos institucionales del CHAB, esto es objetivos de Calidad propuestos desde la dirección del Hospital y por último objetivos propios del Servicio, del área médica y del área de enfermería.

1. Objetivos Institucionales del INSALUD:

- Estándares de la organización.
- Objetivos e indicadores del Plan de Calidad para todos los Hospitales.
- Comisiones Clínicas.
- Grupos de Mejora.
- Monitorización de indicadores del Plan de Calidad para todos los Hospitales.

2. Objetivos Institucionales del CHAB.

- Conocer la cultura organizacional del Centro.
- Conocer la satisfacción de los usuarios/trabajadores en áreas diferentes a las incluidas en la encuesta de satisfacción anual:
 - Área de Urgencias.
 - Área de Suministros
- Formar a los trabajadores en contacto con los pacientes en técnicas de relación (Auxiliares, celadores, admisión...)
 - Varios Seminarios sobre la Calidad de Atención al Cliente.
- Formar a los facultativos en el uso de herramientas de trabajo utilizadas en el planteamiento de objetivos y/o evaluación de la calidad.
 - Seminario sobre la evaluación en la adecuación de estancias utilizando el AEP.
 - Curso de Calidad Asistencial.
- Evaluación externa del área de Urgencias.
- Introducir en los pactos para la productividad variable de 1999 los objetivos de Calidad.

3. Objetivos Propios del Servicio:

- Unidad Médica

Unidad de Enfermería.

III.- EVALUACIÓN:

Presentamos la evaluación en los tres grandes bloques ya comentados. En el bloque 3, de objetivos propios del servicio del área médica, se presentan los objetivos planteados en el contrato de gestión y solo se presenta la memoria detallada de los servicios que la enviaron a la Unidad de Calidad.

1. OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL INSALUD.

1.1 Estándares de la Organización

Estándar 1. Todas las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación.

Nivel de cumplimentación

1 X 3 4 5 6

Estándar 2. Todas las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso del parto.

Memoria 2000

Nivel de cumplimentación

1 X 3 4 5 6

Estándar 3. El Hospital tiene un Plan de Acogida a los pacientes, documentado e implantado.

Nivel de cumplimentación

1 2 X 4 5 6

Estándar 4. El hospital entrega a los pacientes una Guía del Hospital.

Nivel de cumplimentación

1 2 X 4 5 6

Estándar 5. El hospital facilita la hospitalización padres-hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan.

Nivel de cumplimentación

1 2 3 X 5 6

Estándar 6. El hospital gestiona las reclamaciones de los pacientes y familiares.

Nivel de cumplimentación

X 2 3 4 5 6

Estándar 7. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

Nivel de cumplimentación

1 2 X 4 5 6

Estándar 8. El hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.

Nivel de cumplimentación

1 2 3 4 5 6

Estándar 9. Donación y transplante de órganos.

Nivel de cumplimentación

X 2 3 4 5 6

Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

Nivel de cumplimentación

1 X 3 4 5 6

| Nivel de cumplimentación ¹ | |
|--|---|
| Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar. | 1 |
| Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de requisitos del estándar. | 2 |
| Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar. | 3 |
| Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar. | 4 |
| No cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar. | 5 |
| No aplicable. El estándar no es aplicable en el hospital. | 6 |

OBJETIVO 1. MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Objetivo 1.1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a los familiares de los pacientes tengan un Plan de Información

Responsable de la evaluación del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Don Ambrosio Pescador Valero, Supervisor de Calidad.

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo? :
Presentar los resultados de 1999.

El Nº de Servicios Clínicos, Secciones y/o Unidades funcionales del hospital que precisan informar a familiares de pacientes es de 36.

Indicador 1.1.1. ¿Se ha elaborado la Guía Hospitalaria de Información a pacientes y familiares?

No.

Indicador 1.1.2. Porcentaje de Servicios que precisan informar, que tienen un Plan documentado de Información a pacientes y familiares de acuerdo a las líneas de la Guía de Información.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº Servicios Clínicos con un plan documentado de información a pacientes y familiares}}{\text{Nº total de Servicios Clínicos que precisan informar}} \times 100$$

| |
|---|
| Resultado: |
| $\frac{\text{Nº } 8}{36} \times 100 = 22,22 \%$ |

¹ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Fundación Avedis Donabedian. SG Editores. Barcelona 1995. (Pag 267).

Memoria 2000

| |
|--|
| Nº 36 |
| Nivel pactado en el CG 2000. C.....Nivel alcanzado en la evaluación.....E..... |

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

Objetivo 1.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específicos

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

- Sí **X**
- No
- No precisa

Responsable de la evaluación del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Presidenta de la Comisión de H. Clínicas: Dra. Paloma Pulido.

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?
Envío de los resultados de 1999 a los servicios.

Indicador 1.2. Número de documentos implantados en el hospital que cumplen los criterios establecidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial sobre el CI o por el acuerdo del Grupo de Expertos formado en el Ministerio de Sanidad² que están avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital y están normalizados.

¿Por que comisión han sido avalados/validados? **Comisión de Historias Clínicas y Documentación Médica.**

| |
|---|
| Resultado |
| Nº de documentos de CI = 222 |
| Nivel pactado en el CG 2000. ANivel alcanzado en la evaluación....222 (.A) |

Para los grupos de hospitales 3 y 4:

| ¡Error! Marcador no definido. Niveles | Nº documentos |
|--|---------------|
| A | 40 o más |
| B | 30-39 |

²Noviembre 1997. Documento difundido por el MSC y también publicado por Diario Médico 22 Diciembre 1997. Está accesible en Internet.

Memoria 2000

| | |
|---|-------------|
| C | 20-29 |
| D | 10-19 |
| E | Menos de 10 |

Objetivo 1.3. Implantar el documento de consentimiento informado específico

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

Sí **X**

No

No precisa

Indicador 1.3.1. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico que tienen en su HC el documento de CI correctamente firmados por el médico y el paciente o representante en caso de incapacidad}}{\text{Nº total de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico, que son evaluados}} \times 100$$

Muestra

Muestreo aleatorio ponderado por Servicios de todas las altas del mes de junio para los procedimientos más frecuentes.

Periodo de estudio: Mes de Junio de 2000.

Resultado

Intervenciones quirúrgicas

| Servicio | Intervención | Periodo estudiado | Nº intervenciones en ese periodo | Num / Den | Resultado % |
|--------------------|--|-------------------|----------------------------------|-----------|-------------|
| Cirugía Gral. | Apendicectomia 47.09 Colecist. Laparo 51.23 | Junio | 44 | 12/14 | 85,71% |
| Cirugía Pediátrica | Herniorrafia Apendicectomia 47.09 | Junio | 7 | 3/4 | 75% |
| Trauma | Protesis rodilla 81.54 Protesis de cadera | Junio | 41 | 10/13 | 76,92% |
| ORL | Microc. Laringe Adenoidec: Dacriocistitis | Junio | 14 | 5/5 | 100% |
| Oftalmología | Desprendimient o retina Adenoidec: Dacriocistitis | Junio | 12 | 3/5 | 60% |
| Toco-gine | Cesarea Legrado | Junio | 79 | 35/39 | 89,74% |
| Urología | RTU vejiga 57.49 | Junio | 10 | 2/3 | 66.67% |

Memoria 2000

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------|-----|-------|--------|
| Neurocirug | Laminectomia 80.51 Artrodesis | Junio | 12 | 2/4 | 50% |
| Cirugía Torácica | No se evalua | | | | |
| Cir. Cardiovascul. | Varices By-Pass | Junio | 8 | 3/5 | 60% |
| Total cirugía | | | | 75/92 | 81,52% |
| Anestesia | | Junio | 100 | 79/88 | 89,77 |

Procedimientos diagnósticos

| Prueba diagnóstica | Periodo estudiado | Nº pruebas realizadas en ese periodo | Num / Den | Resultado % |
|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Gastroscofia(*) 44.13 | Junio | | 4/5 | 80% |
| PAAF | Junio | | 1/2 | 50% |
| Arteriografía | Junio | | 5/5 | 100% |
| Conc hematíes | Junio | | 1/4 | 25% |
| Quimioterapia | Junio | | 1/2 | 50% |
| Suma | | | 12/18 | 66,67% |

(*) Especificar cada una de las pruebas

Resultado global (suma de los numeradores y denominadores de todos los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos)

Nº 166 X 100 = 83,84%

Nº 198

Nivel pactado en el CG 2000 **B** Nivel alcanzado en la evaluación **B**

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

Indicador 1.3.2. Porcentaje de documentos de CI, firmados por el médico, en los cuales el médico está correctamente identificado.

Fórmula del indicador:

$\frac{\text{Nº de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico que tienen en su HC el documento de CI correctamente identificado el médico}}{\text{Nº total de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico, que son evaluados}} \times 100$

Muestra

Muestreo aleatorio ponderado por Servicios de todas las altas del mes de junio para los procedimientos más frecuentes.

Periodo de estudio: **Mes de Junio de 2000.**

Resultado

Intervenciones quirúrgicas

| Servicio | Intervención | Periodo estudiado | Nº intervenciones | Num / Den | Resultado |
|----------|--------------|-------------------|-------------------|-----------|-----------|
|----------|--------------|-------------------|-------------------|-----------|-----------|

Memoria 2000

| | | | en ese periodo | | % |
|-----------------------|--|-------|----------------|-------|--------|
| Cirugía Gral. | Apendicectomía 47.09 Colecist. Laparo 51.23 | Junio | 44 | 7/14 | 50% |
| Cirugía Pediátrica | Herniorrafia Apendicectomía 47.09 | Junio | 7 | 3/4 | 75% |
| Trauma | Protesis rodilla 81.54 Protesis de cadera | Junio | 41 | 9/13 | 69,23% |
| ORL | Microc. Laringe Adenoidec: Dacriocistitis | Junio | 14 | 2/5 | 40% |
| Oftalmología | Desprendimient o retina Adenoidec: Dacriocistitis | Junio | 12 | 2/5 | 40% |
| Toco-gine | Cesarea Legrado | Junio | 79 | 13/39 | 33,33% |
| Urología | RTU vejiga 57.49 | Junio | 10 | 3/3 | 100% |
| Neurocirug | Laminectomía 80.51 Artrodesis | Junio | 12 | 1/4 | 25% |
| Cirugía Torácica | No se evalúa | | | | |
| Cir. Cardiovascul. | Varices By-Pass | Junio | 8 | 0/5 | 0% |
| Total cirugía | | | | 40/92 | 43,48% |
| Anestesia | | Junio | 100 | 55/88 | 62,5% |

Procedimientos diagnósticos

| Prueba diagnóstica | Periodo estudiado | Nº pruebas realizadas en ese periodo | Num / Den | Resultado % |
|--------------------------|-------------------|---|-----------|----------------|
| Gastroscofia(*) 44.13 | Junio | | 5/5 | 100%80% |
| PAAF | Junio | | 0/2 | 0% |
| Arteriografía | Junio | | 0/5 | 0% |
| Conc hematíes | Junio | | 1/4 | 25% |
| Quimioterapia | Junio | | 1/2 | 50% |
| Suma | | | 7/18 | 38,89% |

(*) Especificar cada una de las pruebas

Resultado global (suma de los numeradores y denominadores de todos los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos)

Nº 102 X 100 = 51,51%

Nº 198

Nivel pactado en el CG 2000 Nivel alcanzado en la evaluación D

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

OBJETIVO 2. MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

**Dra. Adelaida González,
Dr. Jesús Martino**

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Dotación de cassettes de dictado.

Objetivo 2.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días

Indicador 2.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Fórmula del indicador:

Nº de HC evaluadas con informe de alta definitivo que están disponibles en un periodo menor de 15 días desde el alta. x 100

Nº total de HC de pacientes dados de alta que son evaluadas

Muestra

Informes de alta desde el 8/11/2000 al 24/11/2000, revisando si el informe de alta con su HC estaba presente en archivo a los quince días del alta.

Periodo de estudio: Altas del 8/11/2000 al 24/11/2000.

Población total del periodo de estudio: 1426

Población estudiada: 771

Total X

Muestra

Resultado.

$\frac{N^{\circ} 668}{N^{\circ} 771} \times 100 = 86,64\%$

Nº 771

Nivel pactado en el CG 2000. A.....Nivel alcanzado en la evaluación.... **B**

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

Objetivo 2.2. Disponer de los IA en todas las HC a los 2 meses del alta

Indicador 2.2.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivos disponible en el Servicio de Archivo a los 2 meses de producida el alta.

Memoria 2000

Fórmula del indicador:

Nº de HC evaluadas con informe de alta definitivo que están disponibles en el servicio de Archivo a los 2 meses del alta. x 100

Nº total de HC de pacientes dados de alta que son evaluadas

Muestra

Informes de alta desde el 15/9/00 al 22/9/00, revisando si el informe de alta con su HC estaba presente en archivo a los 2 meses del alta.

Periodo de estudio: Altas del 15/9/00 al 22/9/00.

Población total del periodo de estudio: 582

Población estudiada: 509

Total **X**

Muestra

Resultado.

$\frac{N^{\circ} 491}{N^{\circ} 509} \times 100 = 96,46\%$

Nº 509

Nivel pactado en el CG 2000. A.....Nivel alcanzado en la evaluación.... **A**

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

Indicador 2.2.2. Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivos disponible a los 2 meses de producida el alta.

Fórmula del indicador:

Nº de HC evaluadas de pacientes fallecidos con informe de alta definitivos disponible a los 2 meses de producida el alta . x 100

Nº total de HC de pacientes fallecidos que son evaluadas

Muestra

Informes de alta desde el 15/9/00 al 30/9/00, revisando si el informe de alta con su HC estaba presente en archivo a los 2 meses del alta.

Periodo de estudio: Altas del 15/9/00 al 30/9/00.

Población total del periodo de estudio: 35

Población estudiada: 33

Total **X**

Muestra

Resultado.

$\frac{N^{\circ} 30}{N^{\circ} 33} \times 100 = 90,91\%$

Nº 33

Nivel pactado en el CG 2000.....Nivel alcanzado en la evaluación.... **A**

| Niveles | Rango (%) |
|---------|-----------|
| A | 90-100 |
| B | 80-89 |

Memoria 2000

| | |
|---|-------|
| C | 70-79 |
| D | 50-69 |
| E | < 50 |

Objetivo 2.3. Mejorar la calidad del informe de alta

Indicador 2.3. Porcentaje de informes que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

Fórmula del indicador:

Nº de informes de alta que cumplen los criterios de adecuación establecidos por el hospital. x 100

Nº total de informes de alta que son evaluados

Muestra

Informes de alta desde de la 2ª semana de junio del 2000.

Periodo de estudio: Altas de la 2ª semana de junio.

Población total del periodo de estudio:

Población estudiada: 167

Total **X**

Muestra

Resultado.

$\frac{\text{Nº } 104}{\text{Nº } 167} \times 100 = 62,28\%$

Nº 167

Nivel pactado en el CG 2000. B.....Nivel alcanzado en la evaluación.... **D**

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

OBJETIVO 3. MEJORAR LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

Sí **X**

No

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Antonio Sánchez, Facultativo de admisión

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Implantación de la Guía de Gestión.

Indicador 3. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen los criterios de la Guía de Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica.

Memoria 2000

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo a la guía de gestión} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Población a estudio

Pacientes incluidos en lista de espera para procedimientos quirúrgicos.

Periodo de estudio: **junio de 2000.**

Población total del periodo de estudio: 1505

Población estudiada: 1505

Total **X**

Muestra

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 1505}{\text{Nº } 1505} \times 100 = 100 \%$$

Nº 1505

Nivel pactado en el CG 00.....A.....Nivel alcanzado en la evaluación.....A.....

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

OBJETIVO 4. MEJORAR LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS

Objetivo 4.1. Mejorar la aplicación del protocolo de profilaxis antibiótica.

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

- Sí **X**
- No
- No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
Dra. Máxima Lizán, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?
Envío de los resultados e incentivar la implantación de la profilaxis intraquirófano

Indicador 4.1.1 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo.

Fórmula del indicador

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

Población a estudio

Pacientes intervenidos quirúrgicamente, exceptuando la cirugía sucia.

Periodo de estudio: de enero a noviembre de 2000.

Población total del periodo de estudio:
Población estudiada: 1117
Total **X**
Muestra

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 718}{\text{Nº } 1117} \times 100 = 64,28 \%$$

Nivel pactado en el CG 00.....B.....Nivel alcanzado en la evaluación.....D.....

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

Indicador 4.1.2. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.

Fórmula del indicador

Memoria 2000

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta. x 100
Nº pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)

Población a estudio

Pacientes intervenidos quirúrgicamente, sometidos a cirugía limpia.

| |
|--|
| Periodo de estudio: de enero a noviembre de 2000. |
| Población total del periodo de estudio: Población estudiada: 627 Total X Muestra |
| Resultado |
| $\frac{N^{\circ} 404}{N^{\circ} 627} \times 100 = 64.43\%$ |
| Nivel pactado en el CG 00.....Nivel alcanzado en la evaluación..... |

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

Indicador 4.1.3. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada.

Fórmula del indicador

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta. x 100
Nº pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)

Población a estudio

Pacientes intervenidos quirúrgicamente, exceptuando la cirugía sucia y la limpia.

| |
|--|
| Periodo de estudio: de enero a noviembre de 2000. |
| Población total del periodo de estudio: Población estudiada: 627 Total X Muestra |
| Resultado |
| $\frac{N^{\circ} 687}{N^{\circ} 1037} \times 100 = 66.25\%$ |
| Nivel pactado en el CG 00.....Nivel alcanzado en la evaluación..... |

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

Objetivo 4.2. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

Sí **X**

No

No precisa

¿En qué cuidados de enfermería se ha decidido diseñar / implantar un protocolo?

Cuidados de las vías vasculares periféricas

¿Por qué razones?

Falta de registros y uniformidad de los cuidados.

Responsable del objetivo:

Ambrosio Pescador Valero

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Diseño del protocolo por un grupo de mejora

Indicador 4.2 Porcentaje de pacientes con cuidados de enfermería adecuados a protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes con cuidados de acuerdo a protocolo.} \times 100}{\text{Nº de pacientes evaluados}}$$

Población a estudio

Pacientes portadores de una vía vascular periférica.

| |
|---|
| Periodo de estudio: 11 al 17 de diciembre de 2000. |
| Población total del periodo de estudio: Población estudiada: 30 |
| Total X Muestra |
| Resultado |
| $\frac{\text{Nº } 27}{\text{Nº } 30} \times 100 = 90 \%$ |
| Nivel pactado en el CG 00.....A.....Nivel alcanzado en la evaluación.....A..... |

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

¿Se envió el modelo de hoja de recogida de datos utilizado en la evaluación del protocolo?

Sí.

¿Se ha incluido el protocolo de cuidados de enfermería dentro de un protocolo general de un proceso o de una vía clínica?

No

Memoria 2000

Objetivo 4.3. Mejorar la implantación de las guías de las Sociedades Científicas, con los criterios de indicación quirúrgica en procedimientos frecuentes.

4.3a. Protocolo Cataratas

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

Si **X**

No

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dar M^a Angeles Claramunt

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Envío de los resultados del año anterior al Servicio

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

SI

NO **X**

Indicador 4.3.1. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio: junio de 2000
Población total del periodo de estudio: 127

Población estudiada:

Total

X Muestra

Resultado : 30/30x 100 = 100%

Nivel alcanzado en la evaluación.....**A**

4.3b. Protocolo de amigdalectomía y adenoidectomía.

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

Sí **X**

No

Memoria 2000

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. Dr. Javier Diaz Fernandez

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Envío de los resultados de 1999.

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Sí **X**

NO

Indicador 4.3.2. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio: Enero a noviembre de 2000.

Población total del periodo de estudio 42

Población estudiada:

X Total

Muestra

Resultado : 36/36 x 100= 100%

Nivel alcanzado en la evaluación **A**

4.3c. Protocolo hiperplasia benigna de próstata

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

Sí **X**

No

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. Ibrahim Hernández, médico adjunto del Servicio de Urología

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

¿Ha sido difundido el protocolo en el hospital?

Sí **X**

NO

Indicador 4.3.3. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Período de estudio: **2000**.
Población total del periodo de estudio 83

Población estudiada: 21

Total

X Muestra

Resultado : 15/21= 71,43%

Nivel alcanzado en la evaluación C

4.3d. Protocolo prótesis total de rodilla

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

Sí

No X

No precisa

4.3e. Protocolo prótesis total de cadera

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

Sí

No X

No precisa

4.3f. Protocolo hallux valgus

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo? :

Sí

No X

No precisa

Indicador 4.3 Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo a los distintos protocolos.

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados

Memoria 2000

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio: **2000**.
Población total del periodo de estudio

Población estudiada: 87

Total

X Muestra

Resultado : 81/87= 93,1%

Nivel pactado en el CG 00.....B.....Nivel alcanzado en la evaluación **A**

Objetivo 4.4. Utilizar la alta tecnología de acuerdo a protocolo

4.4a. Protocolo de utilización de RNM

De acuerdo a las tasa de utilización y características del hospital, ¿ se evalúa este objetivo? :

Sí

No **x**

No precisa

4.4b. Protocolo de utilización de TAC

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo? :

Sí

No **X**

No precisa

4.4c. Protocolo de utilización de oxigenoterapia.

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo? :

Sí

No **X**

No precisa

4.4d. Protocolo de utilización de litotricia.

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo? :

Sí **X**

No

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Ibrahim Hernandez, médico adjunto de urología.

Indicador 4.4.4. Litotricia. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una litotricia, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes a los que se les ha realizado litotricia de acuerdo a los criterios del protocolo} \times 100}{\text{Total de pacientes a los que se les ha realizado una litotricia evaluados}}$$

Enviar modelo de hoja de recogida de datos empleada en la evaluación del protocolo

| | | |
|---|----|----------------|
| Período de estudio. | | |
| Población total del periodo de estudio 32 | | |
| Población estudiada: 30 | | |
| Total | | |
| Muestra X | | |
| Resultado | | |
| Nº | 25 | x 100 = 83.33% |
| Nº | 30 | |

Objetivo 4.5. Implantar otros protocolos de procesos o procedimientos en los Servicios

Indicador 4.5.2. Número de vía / vías clínicas implantadas y evaluadas en el hospital.

0

OBJETIVO 5. IMPLANTAR OBJETIVOS DE CALIDAD POR SERVICIOS

No se evalúa

OBJETIVO 6. CUMPLIR LA NORMATIVA SOBRE PROHIBICIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS HOSPITALES

Indicador 6.1. Existe señalización en las entradas del hospital la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.

X Sí
No

Indicador 6.2. Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando las de pacientes y familiares, de las del personal sanitario.

X Sí

Memoria 2000

No

Indicador 6.3. Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.

Sí

No

Señalar las acciones llevadas a cabo:

Evaluación de donde se fuma en el hospital

Concurso de ideas para la señalización. Jornadas de presentación de recursos para dejar de fumar.

OBJETIVO 7. REALIZAR LA MEMORIA DEL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL

Indicador 7.1. El hospital ha realizado la memoria de 1999.

Sí

No

1.3. Comisiones Clínicas.

¿Cuántas Comisiones Clínicas, están formalmente constituidas y en funcionamiento en el hospital en diciembre de 1999?.

12

| COMISIONES | Nº reuniones Enero-diciembre 00 | Señalar los 2 objetivos más relevantes pactados por las Comisiones en este periodo |
|--|---------------------------------|--|
| Farmacia y Terapéutica | 7 | 1.- Revisar todas las solicitudes de inclusión de nuevos fármacos con una demora máxima de dos meses. 2.-Diseño de un plan para el uso racional del Omeprazol y la Ranitidina en el Hospital. |
| Infección Hospitalaria Profilaxis y Política Antibiótica | 9 | 1.- Revitalización de la Subcomisión de Infección de la Herida Quirúrgica. 2.- Conocer la etiología de las infecciones en el Hospital y su patrón de resistencia. 3.- Valorar el consumo de antimicrobianos con el fin de establecer patrones de "normalidad" dentro del hospital y alertar en caso de posibles desviaciones de estos patrones . |
| Historias Clínicas | 10 | 1.- Revisión semestral de la calidad de la Historia Clínica de acuerdo a los items establecidos. La primera revisión se realiza en junio y la segunda en diciembre. 2.- Evaluación sobre consentimiento informado. Este año además de recoger los procesos más frecuentes establecidos por el INSALUD se valorará la existencia del proceso más grave. Evaluación en el mes de noviembre. |
| Tejidos, Tumores y Mortalidad/ Morbilidad | 6 | 1.- De forma mensual se estudiará, por medio de la HC, la secuencia previa al fallecimiento de una muestra seleccionada de exitus del mes anterior. 2.- Elaboración y análisis anual del Informe de Mortalidad del Complejo Hospitalario de Albacete. |
| Biblioteca | 6 | 1.-Impartir cursos de búsqueda automatizada de información (se han formado 43 trabajadores). 2.- Aumentar las fuentes documentales (nueva base Best Evidence). |
| Docencia | 4 | |
| Enfermedad Tromboembolica venosa | 7 | .1.- Valoración y difusión hospitalaria del protocolo de profilaxis de la ETEV. .2 – Actualización y difusión del protocolo de diagnóstico, profilaxis y tratamiento de la ETEV de esta Comisión con la finalidad de plantear la creación de una vía clínica en el Complejo Hospitalario. |

Memoria 2000

| | | |
|---|----|--|
| Ético de Investigación Clínica | 16 | 1.-Monitorizar el circuito de revisión de ensayos clínicos con el fin de detectar desviaciones en los plazos marcados. |
| Hemoterapia/Transfusión | 2 | 1.-Revisión y actualización de los documentos que acompañan a las normas de transfusión sanguínea. 2.- Implantación de un protocolo de Hemovigilancia para el control exhaustivo de los efectos adversos de la transfusión. |
| Trasplantes | 2 | 1.- Cumplimiento de la nueva ley de trasplante. 2.- Mantenimiento de las tasas de donación de órganos lograda en 1999. |
| Comisión Central de Garantía de Calidad | 1 | |

1.4 Grupos de Mejora de la Calidad 2000

| | |
|---|--|
| <p>GRUPOS DE TRABAJO EN MEJORA DE LA CALIDAD Señalar el objetivo más relevante pactado con cada grupo</p> | |
| <p>PLAN DE MEJORA DEL AREA DE URGENCIAS: Grupos de Trabajo:</p> <p>Grupo 1: Cuidados de enfermería al ingreso: Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo2: Cuidados de enfermería en el traslado del paciente. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 3: Cuidados de enfermería al alta. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 4: Cuidados de enfermería en la higiene y piel. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 5: Cuidados de enfermería en pacientes con problemas respiratorios. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 6: Cuidados de enfermería en la alimentación. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 7: Cuidados de enfermería en la eliminación. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 8: Cuidados de enfermería en la seguridad. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 9: Cuidados de enfermería en la movilización. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 10: Cuidados generales de enfermería. Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.</p> <p>Grupo 11: La cumplimentación del informe de valoración al ingreso y al alta. Objetivo: Tras la evaluación de la cumplimentación de los items se planteó el rediseño de los documentos</p> | |

¿Cómo es la dedicación del coordinador al Programa de Calidad?. (Marque lo que proceda).

- Dedicación a tiempo completo.
- X** Dedicación a tiempo parcial.

Si la dedicación es a tiempo parcial, ¿cuántas horas semanales como promedio se dedica a la coordinación del Plan de calidad?
25 horas

1.5 Monitorización de Indicadores 2000

Indicador 2.2. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.

Memoria 2000

Tiene el hospital informatizados los registros en urgencias

Sí.

No

Periodo de tiempo estudiado : 1 de mayo de 2000 a 31 de mayo de 2000

Total población: 9836

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 408}{N^{\circ} \quad 9836} \times 100 = 4,15\%$$

Indicador 2.2. Tasa de Prevalencia de pacientes con úlceras (estudio EPINE).

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 12}{N^{\circ} \quad 347} \times 100 = 3,46\%$$

Indicador 2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

Metodología

Señalar si el estudio fue:

EPINE

Otro

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 25}{N^{\circ} \quad 347} \times 100 = \dots 7,20\%$$

Indicador 2.4. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.

Fórmula del indicador

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 6}{N^{\circ} \quad 113} \times 100 = 5,31$$

Indicador 2.5. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 3}{N^{\circ} \quad 53} \times 100 = ..5,66$$

Indicador 2.6. Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.

| Procedimiento Quirúrgico Estudiado | Periodo de estudio | Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador % | Resultado estratificado % |
|------------------------------------|--------------------|--|--|
| HISTERECTOMIA ABDOMINAL | | 1/78 = 1,28% | ASA 1 0/20 = 0% ASA 2 0/45 = 0% ASA 3 1/12 = 8,33% ASA 4 |
| LAMINECTOMIA | | 0/110 = 0% | ASA 1 0/43 = 0% ASA 2 0/55 = 0% ASA 3 0/9 = 0% ASA 4 0/1 = 0% |
| COLECISTECTOMIA. LAPAROSCOPICA | | 3/152 = 1,97% | ASA 1 0/51 = 0% ASA 2 3/77 = 3,90% ASA 3 0/19 = 0% |
| COLECISTECTOMIA ABDOMINAL | | 8/72 = 11,11% | ASA 1 1/3 = 33,33% ASA 2 3/27 = 11,11% ASA 3 4/36 = 11,11% ASA 4 0/6 = 0% |
| RTU | | 0/51 = 0% | ASA 1 0/13 = 0% ASA 2 0/32 = 0% ASA 3 0/4 = 0% ASA 4 0/2 = 0% |
| LARINGUECTOMÍA | | 3/16 = 18,75% | ASA 1 0/0 = 0% ASA 2 2/9 = 22,22% ASA 3 1/7 = 14,29% ASA 4 0/0 = 0% |
| COLECTOMÍA | | 9/62 = 14,52% | ASA 1 1/3 = 33,33% ASA 2 3/25 = 12,0% ASA 3 4/30 = 13,33% ASA 4 1/4 = 25,0% |

TASAS DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRURGICA POR GRADO DE CONTAMINACIÓN DE LA CIRUGIA Y ASA.:

| | Periodo de estudio | Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador % | Resultado estratificado % |
|--------------------|--------------------|--|---|
| Limpia | | 10/627 = 1,59% | ASA 1 2/96 = 2,08% ASA 2 6/283 = 2,12% ASA 3 2/216 = 0,93% ASA 4 0/22 = 0% |
| Limpia contaminada | | 15/371 = 4,04% | ASA 1 0/84 = 0% ASA 2 10/200 = 5% ASA 3 5/79 = 6,33% ASA 4 0/5 = 0% |
| Contaminada | | 13/115 = 7,2% | ASA 1 1/6 = 16,67% ASA 2 3/57 = 5,26% ASA 3 8/47 = 17,02% ASA 4 1/5 = 20% |
| Sucia | | 6/32 = 18,75% | ASA 1 1/2 = 50% ASA 2 1/8 = 12,5% ASA 3 4/11 = 36,36% ASA 4 0/3 = 0% |

