

Memoria del Plan de Calidad 2002



Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete

Unidad de Calidad

Índice

Introducción

1. Estándares de la Organización

1.1. Estándares de calidad percibida y derechos de los pacientes

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

Estándar 2. El hospital dispone de un plan de acogida a los pacientes.

Estándar 3. El hospital entrega a los pacientes una guía del hospital.

Estándar 4. El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.

Estándar 5. El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.

Estándar 6. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.

1.2. Estándares de calidad científico-técnica

Estándar 7. El hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección nosocomial.

Estándar 8. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

Estándar 9. Se realiza correctamente el proceso de donación y transplante de órganos.

1.3. Estándares de liderazgo y cultura de la calidad

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

2. Programa de mejora de la calidad común a todos los hospitales

2.1. Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes

OBJETIVO GENERAL 1. Mejorar la información a pacientes y familiares.

OBJETIVO OPERATIVO 1.

OBJETIVO OPERATIVO 1.1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un plan de información.

OBJETIVO GENERAL 2. Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

OBJETIVO OPERATIVO 2.1. *Utilizar alguna encuesta de satisfacción en los hospitales.*

OBJETIVO OPERATIVO 2.2. *Aumentar la implantación de la receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de Urgencias)*

2.2. Objetivos de calidad científico-técnica

OBJETIVO GENERAL 3. Mejorar la calidad y la eficiencia de procesos.

OBJETIVO OPERATIVO 3.1. Implantar protocolos en los servicios asistenciales.

OBJETIVO OPERATIVO 3.2. Mejorar los protocolos de profilaxis antibiótica.

OBJETIVO OPERATIVO 3.3. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

OBJETIVO OPERATIVO 3.4. Mejorar la implantación de las guías de las Sociedades Científicas.

OBJETIVO OPERATIVO 3.5. Elaborar una guía de práctica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General.

OBJETIVO OPERATIVO 3.6. Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos.

OBJETIVO OPERATIVO 3.7. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.

OBJETIVO GENERAL 4. Utilización de alta tecnología en base a la evidencia científica disponible.

OBJETIVO OPERATIVO 4.1. Mejorar la utilización de RNM de acuerdo a protocolo.

OBJETIVO OPERATIVO 4.2. Mejorar la utilización de TAC de acuerdo a protocolo.

OBJETIVO OPERATIVO 4.3. Aplicar la oxigenoterapia a domicilio de acuerdo a la Circular 4/00 del INSALUD.

OBJETIVO GENERAL 5. Reducir los sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria.

OBJETIVO OPERATIVO 5.1. Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados.

OBJETIVO OPERATIVO 5.2. Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos.

OBJETIVO GENERAL 6. Mejorar la calidad de la prescripción.

OBJETIVO OPERATIVO 6. 1. Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel (y soporte electrónico allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica.

OBJETIVO OPERATIVO 6.2. Disponer de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimentará para todos los fármacos que vayan a ser incluidos en la guía farmacoterapéutica.

OBJETIVO OPERATIVO 6.3. Minimizar la prescripción de principios activos de reciente comercialización de baja o nula aportación terapéutica.

OBJETIVO OPERATIVO 6.4. Disponer de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos, para su utilización en el momento de la prescripción, tanto al ingreso como al alta hospitalaria.

2.3. Objetivos de gestión clínica

OBJETIVO GENERAL 7. Implantar guías de gestión.

OBJETIVO OPERATIVO 7. *Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD.*

OBJETIVO GENERAL 8. Mejorar los sistemas de información.

OBJETIVO OPERATIVO 8.1. *Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a quince días.*

OBJETIVO OPERATIVO 8.2. *Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta.*

OBJETIVO OPERATIVO 8.3. *Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del éxitus.*

OBJETIVO OPERATIVO 8.4. *Mejorar la calidad del informe de alta.*

OBJETIVO GENERAL 9. Mejorar la contabilidad analítica.

OBJETIVO OPERATIVO 9. *Lograr que los servicios reciban puntualmente el informe sobre contabilidad analítica.*

OBJETIVO GENERAL 10. Divulgar la experiencia del Plan de Calidad del hospital.

OBJETIVO OPERATIVO 10.1. *Realizar la Memoria del Plan de Calidad del hospital.*

OBJETIVO OPERATIVO 10.2. *Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc.*

OBJETIVO GENERAL 11. Aumentar la participación de los profesionales en el Plan de Calidad.

OBJETIVO OPERATIVO 11. *Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora.*

OBJETIVO GENERAL 12. Mejorar el funcionamiento de la Unidad de Calidad del hospital.

OBJETIVO OPERATIVO 12. *Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.*

OBJETIVO GENERAL 13. Mejorar la gestión de los suministros.

OBJETIVO OPERATIVO 13. *Mantener una comisión de adquisiciones bien estructurada y operativa.*

2.4. Objetivos de satisfacción del cliente interno

OBJETIVO GENERAL 14. Potenciar la formación continuada del personal sanitario.

OBJETIVO OPERATIVO 14. *Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial*

OBJETIVO GENERAL 15. Reducir el tabaquismo en el personal sanitario.

OBJETIVO OPERATIVO 15. *Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.*

OBJETIVO GENERAL 16. Mejorar la incorporación de nuevos trabajadores.

OBJETIVO OPERATIVO 16. *Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador*

OBJETIVO GENERAL 17. Mejorar la comunicación interna en la organización.

OBJETIVO OPERATIVO 17. *Establecer un plan de comunicación interno.*

2.5. Objetivos socio-sanitarios

OBJETIVO GENERAL 18. Implantación y desarrollo del Programa de Voluntariado.

OBJETIVO OPERATIVO 18. *Lograr la implantación del Programa de Voluntariado en todos los centros del Sescam que desarrollan actualmente el programa de colaboración social con objetores de conciencia.*

OBJETIVO GENERAL 19. Detectar los pacientes con riesgo social al ingreso

OBJETIVO OPERATIVO 19. *Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.*

3. Monitorización de indicadores

1. Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD y otras bases de datos.

- 1.1. *Mortalidad potencialmente evitable.*
- 1.2. *Tasa de mortalidad neonatal.*
- 1.3. *Mortalidad perioperatoria por procesos (bypass coronario, fractura de cadera).*
- 1.4. *Altas y estancias potencialmente ambulatorias.*
- 1.5. *Tasa de cesáreas.*
- 1.6. *Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).*
- 1.7. *Estancias prequirúrgicas.*
- 1.8. *Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.*

2. Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales

- 2.1. *Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.*
- 2.2. *Sistema de vigilancia de las úlceras por presión.*
- 2.3. *Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.*
- 2.4. *Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.*
- 2.5. *Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.*
- 2.6. *Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.*
- 2.7. *Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).*
- 2.8. *Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.*
- 2.9. *Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.*
- 2.10. *Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.*
- 2.11. *Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.*
- 2.12. *Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.*
- 2.13. *Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.*
- 2.14. *Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital y media de asistentes (médicos y enfermeras).*
- 2.15. *Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.*
- 2.16. *Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la guía*
- 2.17. *Porcentaje de coste asignado a paciente sobre el coste total en medicamentos del hospital (excluyendo los derivados de la prescripción a través de receta).*

Introducción

Se presenta la memoria del Plan de Calidad 2002 del Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete.

Este documento aporta los resultados de dicho Plan y la metodología de evaluación de:

1. Estándares del Sescam.
2. Objetivos comunes.
3. Monitorización de indicadores.

1. Estándares de la Organización

El Plan de Calidad del Contrato de Gestión del INSALUD incluyó, en años anteriores, objetivos en los que se consiguieron buenos resultados en la mayoría de los hospitales. Por tanto, estos objetivos alcanzados se consideran estándares de calidad que el Sescam desea mantener.

La medición del cumplimiento de estos estándares se basa en la autoevaluación, que es una de las herramientas más importantes en la mejora de la calidad asistencial. Para ello, el hospital aplicará una escala cualitativa, señalando en qué nivel se encuentra. Dicha escala se basa en la utilizada por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* en la evaluación de sus estándares.

El nivel que se adjudique el hospital en la evaluación final deberá estar basado en argumentos sólidos y mostrarse debidamente documentado. Ambos serán requeridos si el hospital es objeto de una auditoría para verificación de los resultados.

Se adjunta la escala del nivel de cumplimiento. Cada hospital lo debe cumplimentar según su interpretación en función del número de requisitos por cada estándar y del grado de cumplimiento de cada requisito.

Se mantiene la categorización en los niveles tomados de la Joint Commission, aunque habitualmente los resultados se polarizan en 2 o 3 de las categorías. Pero además de aportar una información más desagregada permiten la comparabilidad con años anteriores.

Nivel de cumplimiento 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

Los Servicios de Inspección del Sescam evaluarán la implantación del CI dentro del Plan Anual de Inspección Sanitaria correspondiente al año 2002, tal como venía haciendo el INSALUD.

Al final de cada estándar o indicador se incluye un espacio para las explicaciones, análisis y sugerencias al respecto.

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

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del estándar: **Servicio de Obstetricia.**

Criterios:

-El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante la dilatación y parto.

-El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso de dilatación y parto, si la mujer quiere estar acompañada.

-Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico), o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.

-Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos.

-Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la Historia Clínica.

-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.

-Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

1 **X2** 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: _____

El único criterio que no se cumple es el de la evaluación documentada del estándar.

Estándar 2. El hospital tiene un Plan de Acogida a los pacientes.

Datos 2001

Datos 2002 **X**Responsable del estándar: **Servicio de Admisión.**

Criterios:

- El Plan de Acogida tiene el objetivo de ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.
- Es un plan que se ha elaborado con participación multidisciplinar de profesionales y se ha aprobado por el órgano hospitalario correspondiente.
- Establece el servicio/s del hospital que tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo.
- Asigna responsabilidades claras a las personas encargadas de llevarlo a cabo.
- Es de aplicación para todos los pacientes que ingresan en el hospital.
- Está documentado.
- Se acompaña de la entrega al paciente de una Guía con información escrita sobre el hospital, relevante para el paciente.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

1 **X2** 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: _____

Estándar 3. El hospital entrega a los pacientes una Guía del hospital.

Datos 2001

Datos 2002 **X**Responsable del estándar: **Servicio de Admisión.**

Criterios:

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

-La Guía se actualiza con la periodicidad necesaria.

Contiene información sobre:

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

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

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

-Cómo identificar a los distintos profesionales sanitarios.

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

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

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

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

Nivel de cumplimiento

1 **X**2 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:_____

Estándar 4. El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del estándar: **Servicio de Pediatría.**

Criterios:

-El hospital facilita que los padres estén alojados con sus hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan.

-Si existen problemas estructurales que lo impiden parcialmente, el hospital tiene elaborados unos criterios que priorizan las circunstancias para la hospitalización de uno de los padres (Ej. edad del niño, gravedad, lejanía del domicilio, etc.)

-Cuando no se pueda ofrecer esta hospitalización a uno de los padres, total o parcialmente, el hospital ofrece a los padres las máximas comodidades posibles (sillones reclinables, lugar de aseo, comidas, una habitación de estar, etc.)

-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.

-Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

1 **X2** 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: _____

El único criterio que no se cumple es el de la evaluación documentada del estándar.

Estándar 5. El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del estándar: **Servicio de Atención al Paciente.**

Criterios:

- El hospital tiene asignado el servicio responsable de la gestión de las reclamaciones.
- El servicio cuenta con un sistema que garantiza que se contestan en un plazo menor de 30 días.
- Las contestaciones a las reclamaciones son motivadas y se adaptan, como mínimo, a los criterios establecidos en el manual de funciones del Servicio de Atención al Paciente.
- Se evalúan las causas de reclamación más frecuentes. Dicha evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de esta evaluación se difunden a las personas implicadas y se llevan a cabo las medidas necesarias para mejorar.

Nivel de cumplimiento

1 **X2** 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: _____

Estándar 6. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.

Datos 2001 **X** Datos 2002

Responsable del estándar: **Equipo de Inspección Sanitaria.**

Criterios:

-Ante intervenciones o pruebas diagnósticas de riesgo, se utiliza el documento de consentimiento informado (DCI) específico.

-Los DCI se han adaptado a las características del hospital, y han sido aprobados por la comisión correspondiente.

-Los DCI están correctamente firmados por médico y paciente, y ambos están identificados.

-En el DCI están reflejados los riesgos personalizados de la intervención o prueba diagnóstica.

-Los documentos elaborados por el hospital se adaptan a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, o del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo.

Metodología de evaluación: El trabajo de campo será realizado por equipos de inspección sanitaria que entregarán al coordinador del centro el resultado de cada uno de los criterios estipulados. A partir de esa valoración, corresponderá al coordinador de cada hospital realizar la autoevaluación de acuerdo con los niveles propuestos para los estándares.

Nivel de cumplimiento

1 2 **X3** 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:

- 1.- Falta el nombre y la firma del Médico en un porcentaje próximo al 24%.
- 2.- Los riesgos personales no se rellenan de forma sistemática.

Estándar 7. El Hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.

Datos 2001

Datos 2002 **X**Responsable del estándar: **Servicio de Medicina Preventiva.**

Criterios:

- El hospital tiene implantado un sistema de vigilancia y prevención de la infección.
- El sistema de vigilancia ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
- El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.
- En el se define el servicio y/o personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
- Se monitorizan los riesgos, las tasas de infección (prevalencia y/o incidencia) y las tendencias.
- Se difunde la información a todos los implicados.
- Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorarlas.

Nivel de cumplimiento

1 **X2** 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: _____

Estándar 8. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del estándar: **Dirección de Enfermería.**

Criterios:

-Existe un protocolo escrito sobre criterios de sondaje (inicio y retirada) y los cuidados de enfermería del paciente sondado, que ha sido consensuado multidisciplinariamente.

-El protocolo se ha difundido en todas las unidades y a todos los profesionales implicados (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.)

-El hospital utiliza sistemas de sondaje cerrados, salvo para aquellas circunstancias en que no son precisos y que constan explícitamente en el protocolo.

-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esa evaluación se encuentra documentada.

-Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas.

-En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

X1 2 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: _____

Estándar 9. Donación y el trasplante de órganos.

Datos 2001

Datos 2002 **X**Responsable del estándar: **Comisión de Trasplantes.**

Criterios:

-El hospital tiene implantado el protocolo de la ONT para mejorar el proceso y aumentar la tasa de donaciones.

-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y la evaluación se encuentra documentada.

-Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

-El hospital envía los datos en plazo a la ONT.

Nivel de cumplimiento

X1 2 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: _____

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

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del estándar: **Director Gerente.**

Criterios:

-La Gerencia dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.

-Cuando se detecta un problema de calidad, el Gerente pone los recursos y adopta las medidas necesarias para solucionarlo.

-Convoca de forma sistemática reuniones del Comité¹ de Calidad del hospital.

-Conoce todas aquellas iniciativas de mejora de la calidad que se están llevando a cabo en el hospital.

-Celebra como mínimo una sesión hospitalaria anual para mostrar los objetivos y resultados del Plan de Calidad.

-Acuerda y firma los objetivos con cada uno de los responsables de los servicios del hospital.

-Facilita el personal, tiempo y la formación necesarios para que los profesionales puedan participar en actividades de planificación, evaluación y mejora de la calidad de la asistencia.

-Los resultados de calidad de los servicios han dado lugar a variaciones en la distribución de la productividad variable.

-Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del hospital.

-Ha acordado con el coordinador un cronograma de reuniones y método de trabajo con los distintos servicios y unidades del hospital.

-El profesional de enfermería responsable de calidad está integrado en la Unidad de Calidad.

-Mantiene de forma periódica reuniones con el Coordinador de Calidad.

-Ha asignado recursos a la Unidad de Calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, etc...

Nivel de cumplimiento

1 **X2** 3 4 5 6

Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias: _____

¹ CCGC o aquel comité multidisciplinar que participa en el Plan de Calidad.

2. Programa de Mejora de la Calidad común a todos los hospitales

OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES
--

Mejorar la información es una de las metas del Plan de Calidad, de acuerdo con la línea estratégica de la Institución de orientar los servicios al ciudadano. La información permite al paciente participar con el médico en la toma de decisiones, adecuar sus expectativas, mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, etc., lo que redundará en una mayor calidad técnica y percibida de la atención sanitaria.

Los hospitales deben elaborar una Guía con los criterios que se deben seguir en el proceso de información a pacientes y familiares (Guía Hospitalaria sobre la Información a Pacientes y Familiares). Esta Guía debe incluir todos aquellos aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la calidad de la información, como: información acerca de los derechos y deberes del paciente, señalización del servicio, existencia de lugares y horarios definidos para informar a los familiares, proceso de información al paciente (evolución, pruebas, procedimientos, alta), procedimiento de consentimiento informado cuando sea necesario, material informativo de apoyo, etc.

La Guía ha de orientar ante problemas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los equipos asistenciales. Es importante que en la elaboración de esta Guía participen, junto con otros profesionales del hospital, miembros del Servicio de Atención al Paciente, del Comité de Ética y Coordinador de Calidad. Una vez elaborada, la Guía debe ser adecuadamente difundida en el hospital. Además, se elaborarán los planes de cada Servicio, teniendo en cuenta sus características y las necesidades del Servicio y de los pacientes.

Asimismo, la Guía debe servir para la elaboración del Plan de Información de los servicios. Este Plan debe plasmarse por escrito y ha de ser conocido y aceptado por todos los miembros del servicio.

BIBLIOGRAFÍA:

- Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. Med Clin 1995; 104: 218-220.
- Fernández Martín J, Viana Alonso A, Sáinz Rojo A, Moral Iglesias L. Valoración de los planes de información en una red de hospitales públicos. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Granada, octubre 2000.
- Sáinz A, Quintana O. Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento. Rev Calidad Asistencial 1994; 2: 72-74.
- Silberman CE. Quality improvement: A patient's perspective. En: Graham NO. Quality in Health Care. Aspen Publishers Inc. USA 1995.

Objetivo operativo 1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un Plan de Información

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Servicio de Admisión / Dirección Medica.

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

.....

Indicador 1. 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 Hospitalaria sobre la Información a pacientes y familiares.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº Sº clínicos que tienen un plan documentado para la información de acuerdo a la Guía} \times 100}{\text{Nº total de servicios clínicos que precisan informar a pacientes y familiares}}$$

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Para considerar que un Servicio dispone de Plan de Información, este deberá constar por escrito, y se ajustará en líneas generales a la Guía Hospitalaria para la información a pacientes y familiares.

Resultado:

Nº **8** x 100 = **22,22** %
 Nº **36**

Pacto en el CG 01 ..**E**..... Resultado alcanzado**E**.....

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 2. MEJORAR LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN RECIBIDA
--

Los pacientes tienen unas expectativas sobre la calidad de la atención sanitaria, basadas en su experiencia, la información recibida de otras personas y de los medios de comunicación, así como de la oferta realizada por el sistema sanitario. La relación entre la calidad esperada y la percibida condiciona el grado de satisfacción. El Plan de Calidad Total del INSALUD proponía el objetivo de reducir las diferencias entre expectativas y percepciones. Conocer la opinión de los pacientes permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados.

El desarrollo y la implantación de la última encuesta de satisfacción del INSALUD ha sido un proceso azaroso. Por ello, en estos momentos conviene abrir un periodo de reflexión y discusión acerca de qué sistema de medición de la satisfacción nos parece más conveniente.

BIBLIOGRAFÍA:

-Bohigas LL. La satisfacción del paciente. Gac Sanit 1995;9:283-286.

-Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. Med Clin (Barc) 1998;111:211-215.

-Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care?. Health Expectations 1998;1:37-49.

-Mira JJ. El paciente también contribuye a la mejora del Sistema Sanitario. Gestión Clínica y Sanitaria 2000;2(1):15. Comentario sobre: Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care?. Health Expectations 1998;1:37-49.

-Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez Martín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. Medicina Preventiva 1998;4:12-18.

Objetivo operativo 2.1. Utilizar encuestas de satisfacción en los hospitales

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Servicio de Atención al Paciente. Servicio de Admisión.

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

.....

Indicador 2.1. ¿Utiliza el hospital algún tipo de encuesta de satisfacción?

X Si
No

Indicador 2.2. ¿Qué encuesta? (describir brevemente)

La encuesta se entrega en un tríptico en el que se pregunta por el grado de satisfacción del paciente respecto a la limpieza, habitación, comida, información recibida, trato del personal, control de sus molestias, tiempo de respuesta a sus llamadas, el acompañamiento por familiares, los tiempos de espera para el ingreso y las pruebas, el momento de recibir el informe de alta y el resultado del tratamiento sobre su estado.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo operativo 2.2. Aumentar la implantación de la receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de Urgencias)

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si X
No

Datos 2001 X Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Unidad de Calidad. Supervisión de enfermería. Supervisora de Consultas Externas.

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

.....

¿Disponen todos los médicos que firman altas en su hospital de talonario de recetas?

Si X
No

Indicador 2.2. Porcentaje de pacientes que han recibido todas las primeras recetas al alta y en consultas externas respecto del total de pacientes que debían recibir primeras recetas.

Fórmula del indicador

Nº pacientes a los que se les ha facilitado la totalidad de primeras recetas que necesitaban al alta y consultas externas
Nº total de pacientes (alta y en consultas externas) que precisaron al menos alguna primera receta

METODOLOGÍA: Muestreo estratificado en función de si son pacientes al alta o de consultas externas. Por tanto se exige representatividad para ambas categorías.

En cada control de enfermería del hospital (o en algunos que representen todas las áreas) y en las consultas externas, mediante una hoja de registro se recogerá la información necesaria para obtener el indicador en la que constará para cada alta / consulta durante ese día:

1º.- ¿Se le ha prescrito algún tratamiento nuevo?

2º.- Si es así: ¿Se le han suministrado a paciente la totalidad de primeras recetas correspondientes?

Los datos se recogerán de martes a jueves cada semana, durante el periodo de tiempo necesario para completar el tamaño muestral necesario. Se sugiere utilizar una prevalencia del 50%, alfa=0'05 y error máximo aceptable un 10%.

CONSULTAS EXTERNAS

Resultado:	
Nº	96
$\frac{\quad}{\quad} \times 100 = \dots\dots 100\%$	
Nº	96
Pacto en el CG 01 B Resultado alcanzado..... A	

PLANTA

Resultado:	
Nº	85
$\frac{\quad}{\quad} \times 100 = \dots\dots 88,55\% \dots\dots \%$	
Nº	96
Pacto en el CG 01 B Resultado alcanzado..... B	

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: El numerador debe estar constituido sólo por aquellos pacientes que recibieron la totalidad de las primeras recetas que se le habían prescrito.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 3. MEJORAR LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA DE PROCESOS

La Medicina Basada en la Evidencia trata de que la toma de decisiones clínicas e institucionales se fundamente en la mejor información científica disponible. Su éxito se debe a la constatación de la gran variabilidad de la práctica clínica, no explicable por diferencias en la población, la búsqueda de prácticas seguras y efectivas, y el creciente gasto sanitario. Las instituciones responsables de la asistencia sanitaria deben promover que la práctica clínica esté basada en evidencia y los profesionales sanitarios deben considerar como una responsabilidad ética la actualización de sus conocimientos y el consenso con otros profesionales.

La mejora de la calidad de la asistencia conlleva, entre otros aspectos, definir la práctica correcta, aplicarla adaptándola al contexto y evaluar posteriormente su aplicación y resultados. Ello permitiría aumentar la satisfacción de los pacientes, disminución del riesgo de complicaciones, mejora de los resultados clínicos y adecuación del gasto sanitario.

El programa de calidad ha tenido en el ámbito de los protocolos dos objetivos sobre aspectos muy concretos de la práctica asistencial y en los que ya se lleva un tiempo trabajando en los hospitales: la profilaxis antibiótica quirúrgica y la protocolización de los cuidados de enfermería. Ambos son aspectos asistenciales bien delimitados, frecuentes, con grandes beneficios de un uso apropiado. Aparte de este beneficio, la sencillez en su aplicación contribuye a crear y extender entre los profesionales la necesidad de disponer de pautas de actuación correctas, evaluar su aplicación y contrastar con los resultados clínicos.

Los servicios deben proseguir con la implantación de protocolos en procesos frecuentes, tratando de integrar todos los aspectos relacionados (organizativos, médicos, cuidados de enfermería, pruebas diagnósticas, etc). Es conveniente que parte de dichos objetivos estén integrados en las vías clínicas. Los protocolos deben ser actualizados, basarse en evidencia científica, y asegurar la continuidad de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA:

-Peiró S, Bernal E, Moliner J. Mejora de la calidad y medicina basada en la evidencia. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 82-84.

-Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Churchill Livingstone España. Madrid 1997.

-Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.

-Delgado R. "La variabilidad de la práctica clínica". Revista de Calidad Asistencial, 1996; 11(4):177-183.

-Peiró S. La Medicina Basada en la Evidencia y la calidad asistencial. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.

Objetivo operativo 3.1. Implantar protocolos en los servicios asistenciales

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Dirección Médica. Unidad de Calidad.

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

Indicador 3.1. Nº de protocolos / guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en los servicios asistenciales del hospital.

Pacto CG 01...**5**.....
 Nº protocolos documentados, implantados y evaluados en el hospital...**5**.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Protocolos que están siendo utilizados por los servicios, que han sido aceptados y evaluados. No se incluirán aquellos desarrollados, pero todavía no implantados.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

Objetivo operativo 3.2. Mejorar los protocolos de profilaxis antibiótica

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**
 No
 No precisa

Datos 2001 **X** Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Dra. Máxima Lizán. Unidad de Medicina Preventiva.

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

Indicador 3.2.1 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo.

Fórmula del indicador

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

Periodo de estudio...**enero-octubre 2001**.....

Resultado

Nº **720** x 100 = **..69,6%**..... %

Nº **1035**

Pacto en el CG01.....**C**..... Resultado alcanzado.....**D**.....

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

METODOLOGÍA: Se incluyen todos (o muestra aleatoria) los pacientes intervenidos (salvo cirugía sucia), durante el periodo de tiempo de estudio que determine el hospital.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Se considerará profilaxis antibiótica correcta (de acuerdo a protocolo), si se cumplen los criterios siguientes:

- Indicación de la profilaxis
- Tipo de antibiótico utilizado correcto.
- Dosis correcta.
- Via de administración adecuada.
- Duración de la profilaxis correcta.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

Para tener un mejor conocimiento de las causas de la probable inadecuación del uso de la profilaxis, este indicador se desdobra en dos:

Indicador 3.2.2 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados (solo cirugía limpia sin implantes)}}$$

Nº	85	x 100 = ...80,9%.....	%
Nº	105		

Indicador 3.2.3. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados (solo cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada)}}$$

Nº	666	x 100 = ...68,5%.....	%
Nº	971		

Objetivo operativo 3.3. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Los protocolos asistenciales se establecen para evitar la variabilidad en la práctica asistencial, garantizando así al enfermo una asistencia homogénea, independientemente del profesional que le trate. Los protocolos permiten normalizar los cuidados enfermeros, disminuir la variabilidad de los mismos, mejorar la calidad de los servicios al definir los cuidados prestados y establecer los criterios para evaluarlos. Asimismo facilita la adaptación al personal de nueva incorporación.

Cada hospital determinará los protocolos a desarrollar. Es aconsejable protocolizar cuidados que afecten a un gran volumen de pacientes, o que tengan fuerte impacto (sea en relación a posibles efectos yatrogénicos como económicos). Además (en la línea estratégica de mejorar la continuidad de cuidados) es recomendable que los hospitales que no tengan desarrollado el protocolo de continuidad de cuidados/alta enfermera lo desarrolle como objetivo prioritario.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Dirección de enfermería.

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

.....

Indicador 3.3. Nº de protocolos enfermeros desarrollados, implantados y evaluados en el hospital.

Pacto CG 01...**3**.....

Nº protocolos desarrollados, implantados y evaluados en el hospital...**3**.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Se excluyen de este indicador los protocolos de UPP, sondaje vesical y planes de cuidados incluidos en las vías clínicas.

- Denominación de los protocolos:

1. Informe de alta de enfermería.
2. Vías venosas.
3. Plan de Acogida del paciente y familiares en las unidades de hospitalización.

- Criterios utilizados para la evaluación de la adecuación a los protocolos enfermeros implantados en el hospital:

1. Criterios de evaluación del informe de alta de enfermería.
 - a. Existencia del alta por unidades de hospitalización.
 - b. Cumplimentación datos de :
 1. Filiación.
 2. Desarrollo del proceso.
 3. Recomendaciones de cuidados.
 4. Identificación del profesional.
 5. Teléfono de contacto.

2. Criterios de evaluación del protocolo de vías venosas.
 - a. Existencia del registro.
 - b. Cumplimentación adecuada.
3. Criterios de evaluación del Plan de Acogida del paciente y familiares en las unidades de hospitalización. La evaluación se realiza con la Encuesta de Plan de Acogida elaborada cuando se implantó dicho plan. La encuesta consta de 16 ítems: las preguntas 1 a 7 y la 15 evalúan la acogida del paciente; de la 8 a la 12, cuidados de enfermería; la pregunta 13, la confidencialidad; y la pregunta 16, grado de satisfacción (trato e información).

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

1. Resultados de evaluación del informe de alta de enfermería.

Existencia del alta por unidades de hospitalización (UH): 12,98 % de altas/Unidad de Hospitalización

2. Resultados de evaluación del protocolo de vías venosas.

En todas las historia (100 %, n=30) existe registro de la vía venosa utilizada. Si se señala y registra de acuerdo a protocolo.

3. Resultados de evaluación del Plan de Acogida del paciente y familiares en las unidades de hospitalización.

Podemos destacar:

- Los pacientes expresan que en el 50 % (n=36) de los casos el personal de enfermería acompaña al paciente a la habitación y además se presenta al enfermo.
- En el 88,88 % (n=64) de los casos los enfermos saben donde se encuentran (habitación, planta).
- En el 94,44 % (n=68) de los pacientes saben cómo llamar al personal de enfermería.
- El 91,66 % (n=66) de los pacientes no ha recibido el folleto informativo.
- En relación al trato recibido por el personal de enfermería, el 73,61% (n=53) dice que es correcto. Al igual que la información con un 73,61% (n=53).
- De los enfermos encuestados, el 69,44 % (n=50) expresan el uso de medidas (hablar en voz baja, a solas y con la cortina corrida) para mantener la confidencialidad.

Objetivo operativo 3.4. Mejorar la Implantación de las guías de las sociedades científicas

Las guías diseñadas en colaboración con la Sociedades Científicas (SS.CC.) implantadas en 1998 se mantienen para el año 2001/2002. Dichas guías son:

- Cataratas.
- Amigdalectomía/adenoidectomía.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Prótesis total de rodilla.
- Prótesis total de cadera.
- Hallux valgus.

A pesar de que la evaluación del cumplimiento de estos protocolos ha tenido unos resultados altos, en 2001 se mantuvo este objetivo por dos razones fundamentales:

- Las tasas de depuración de la lista de espera continúan siendo altas, y uno de los motivos de depuración está relacionado con la indicación, por lo que aún quedan aspectos por mejorar. El protocolo debe ser conocido por todos los facultativos que incluyen pacientes en lista de espera.
- Estos protocolos de las SSCC deben ser vistos como el germen de protocolos de procesos asistenciales frecuentes. A su vez estos pueden ser el punto de partida de vías clínicas, o cualquier otra herramienta para gestionar con calidad los procesos asistenciales.

Aquellos hospitales que por sus características no puedan aplicar estos protocolos deben sustituir este objetivo por el diseño y la evaluación de protocolos de otros procesos atendidos en el hospital.

3.4.1. Protocolo de Cataratas

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

Si **X**

No

No precisa

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dra. M^a Angeles Claramunt (FEA Servicio de Oftalmología).

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

.....

Indicador 3.4.1. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de cataratas de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes de ese procedimiento incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio....**octubre 2001**.....

Población total del periodo de estudio..**256**...

Población estudiada: **30**

Total

X Muestra

Resultado

$\frac{\text{Nº } \mathbf{30}}{\text{Nº } \mathbf{30}} \times 100 = \dots\dots\dots \mathbf{100} \dots\dots\dots \%$

Nº **30**

Pacto en el CG01 ...**A**..... Resultado alcanzado**A**.....

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

3.4.2. Protocolo de amigdalectomía y adenoidectomía

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

Si **X**

No

No precisa

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. Javier Díaz Fernández (FEA Servicio de Otorrinolaringología).

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

.....

Indicador 3.4.2. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de amigdalectomía/ adenoidectomía de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio...**enero-octubre 2001.**

Población total del periodo de estudio: **277.**

Población estudiada: **50 (Población estudiada final n = 41)**

Total

X Muestra

Resultado

Nº **41** x 100 =**100**..... %

Nº **41**

Pacto en el CG01**A**..... Resultado alcanzado**A**.....

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

3.4.3. Protocolo de hiperplasia benigna de próstata

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

Si **X**

No

No precisa

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. M Segura (FEA Servicio de Urología).

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

.....

Indicador 3.4.3. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de Hiperplasia benigna de próstata de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

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

Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio: **enero-octubre 2001.**

Población total del periodo de estudio. **221...**

Población estudiada: **30**

Total

X Muestra

Resultado

Nº **24** X100 = ...**80**.....%

Nº **30**

Pacto en el CG01**C**..... Resultado alcanzado**B**.....

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

3.4.4. Protocolo de prótesis total de rodilla

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

Si **X**

No

No precisa

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. F Doñate (FEA Servicio de Traumatología).

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?
.....**Indicador 3.4.4a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de prótesis total de rodilla de acuerdo al protocolo.***Fórmula del indicador*
$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo}}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}} \times 100$$
Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio: **enero-octubre 2001**.....Población total del periodo de estudio: **374**.....Población estudiada: **46**

Total

X Muestra**Resultado**
$$\frac{\text{Nº } \mathbf{46}}{\text{Nº } \mathbf{46}} \times 100 = \dots \mathbf{100} \dots \%$$
Nº **46**Pacto en el CG01**B**..... Resultado alcanzado**A**.....

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....
.....

Indicador 3.4.4b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de prótesis total de rodilla de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes intervenidos evaluados}}$$

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio: enero-octubre 2000
Población total del periodo de estudio: 148
Población estudiada: 28
Total
X Muestra
Resultado
Nº 30 x 100 = .. 100 %
Nº 30
Pacto en el CG01 ... B Resultado alcanzado A

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

3.4.5. Protocolo de prótesis total de cadera

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

Si **X**

No

No precisa

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. F Doñate (FEA Servicio de Traumatología).

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

.....

Indicador 3.4.5a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de prótesis total de cadera de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio: **enero-octubre 2001**.....

Población total del periodo de estudio: **201**.....

Población estudiada: **53**

Total

X Muestra

Resultado

$\frac{\text{Nº } \mathbf{53}}{\text{Nº } \mathbf{53}} \times 100 = \dots \mathbf{100} \dots \%$

Nº **53**

Pacto en el CG01**B**..... Resultado alcanzado**A**.....

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Indicador 3.4.5b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de prótesis total de cadera de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes intervenidos evaluados}}$

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio: **enero-octubre 2001**.....
 Población total del periodo de estudio: **99**.....
 Población estudiada: **26**
 Total
X Muestra
Resultado
 Nº **28** x 100 =**93,31**..... %
 Nº **30**
 Pacto en el CG01**B**..... Resultado alcanzado**A**.....

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

3.4.6. Protocolo de hallux valgus

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

Si **X**

No

No precisa

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. F Doñate (FEA Servicio de Traumatología).

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

Indicador 3.4.6. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de hallux valgus de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes incluidos en lista de espera evaluados}} \times 100$

Población y muestra de estudio

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

Periodo de estudio: enero-octubre 2001
Población total del periodo de estudio: 188
Población estudiada: 33
Total
X Muestra
Resultado
$\frac{\text{N}^\circ \text{ 31}}{\text{N}^\circ \text{ 33}} \times 100 = \text{.....93,93..... \%}$
Pacto en el CG01 B Resultado alcanzado A

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Nivel pactado global para todos los protocolos:B

Nivel alcanzado global para todos los protocolos:A

El resultado global de todos los protocolos se obtiene de la suma de numeradores partido por la suma de denominadores de todos los protocolos de las SSCC.

Protocolo	Numerador	denominador	Alcanzado	Pactado
Cataratas	30	30	A	A
Amigdalectomía	41	41	A	A
HBP	24	30	B	C
Indicación Prótesis de rodilla	46	46	A	B
Cirugía Prótesis de rodilla	30	30	A	B
Indicación Prótesis de cadera	53	53	A	B
Cirugía Prótesis de cadera	28	30	A	B
Hallux valgus	31	33	A	B
GLOBAL	283	293	96% (A)	B

Objetivo 3.5. Elaborar una guía de práctica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General

Los servicios de urgencia hospitalarios tienen la misión fundamental de responder a la demanda sanitaria urgente de la población ofertando una asistencia que, además de eficaz, eficiente y equitativa, tenga en la calidad uno de sus componentes principales. A pesar de las características que los diferencia claramente de otros niveles y servicios hospitalarios no deben escapar de las técnicas de evaluación de la calidad. Los Servicios de Urgencia deben desarrollar una guía de práctica clínico-terapéutica de patologías frecuentes (generen o no ingreso), por ejemplo: síndromes coronarios agudos (angina, infarto), infecciones respiratorias, infecciones urinarias, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. Medicina Clínica 2001. Vol 116 (3):22-26.
2. Soler W, Chasco F, Ezpeleta E, Serrano S. Tiempos de espera en urgencias. Control de calidad interno y externo. Todo hospital 1996, 129:7-13.
3. Ibáñez R. Estudio de la satisfacción de los pacientes atendidos en un servicio de urgencias. Rev calidad asistencial 1995; 2: 60-63.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si X
 No
 No precisa

Datos 2001 Datos 2002 X

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Servicio de Urgencias.

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

.....

Indicador 3.5. ¿Se ha elaborado una guía de práctica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General?

X Si
 No

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo 3.6. Aumentar la implantación y evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos

Las vías clínicas son una herramienta de mejora de la calidad que tienen el objetivo de mejorar el trabajo multidisciplinar en equipo. Son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico previsible. Tienen la ventaja de integrar las guías y protocolos que han sido introducidos en la práctica clínica. Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados por los profesionales sanitarios (calidad científico-técnica y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (información y ajuste de las expectativas) y además, aspectos de eficiencia y gestión de costes.

Las vías clínicas ofrecen los mecanismos para revisar los procesos, prácticas, estándares y resultados de la asistencia sanitaria, resultando una mejora de la calidad de la asistencia y de los resultados para los pacientes. Su diseño y puesta en marcha es una oportunidad para revisar de forma crítica la práctica asistencial existente, introduciendo los cambios necesarios para adecuar dicha práctica a la evidencia científica actual.

BIBLIOGRAFÍA:

- Coffey RJ et al. "An introduction to critical paths". En: O'Graham N. "Quality in Health Care". Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg 1995. 139-156.
- Johnson S. Pathways of Care. Blackwell Science. Gran Bretaña 1997.
- Schriefer J. The Joint Commission. "The synergy of Pathways and Algorithms: Two tools work better than one". Journal of Quality Improvement, Septiembre 1994; 20(4).
- Cuesta Gómez A, Moreno Ruiz JA; Gutiérrez Martí R. La calidad de la asistencia hospitalaria. Ediciones Doyma. Barcelona 1986.
- Hofmann PA: Critical Path Method: An important tool for coordinating clinical care. Journal of Quality Improvement, 1993; 19:235-246.
- Litwin MS; Shpall AI; Dorey F: Patient satisfaction with short stays for radical prostatectomy. Urology, 1997 Jun, 49:6, 898-905
- Gregor C, Pope S, Werry D, Dodek P. Reduced length of stay and improved appropriateness of care with a clinical path for total knee or hip arthroplasty. Journal on Quality Improvement 1996 22:617-627
- Grimshaw JM, Russell IT: Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993; 342:1317-1322.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed?. En: Quality in health care. Theory, application and evolution. Aspen Publishers Inc. Gaithersburg, Maryland 1995.
- García Caballero J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías clínicas. Medicina Preventiva 1999;5:28-39.
- Altamore Caruso G, Álvarez Rodríguez AF, Lorenzo Martínez S. Implantación de la gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital Alcorcón. Rev Calidad Asistencial 1999;14:307-311.
- Lorenzo Martínez S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria?. Rev Calidad Asistencial 1999;14:243-244.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Dirección Médica.

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

.....

Indicador 3.6. Nº de vías clínicas / sistemas de gestión de procesos implantadas y evaluadas en los servicios asistenciales del hospital.Pacto en el CG 02...**4**.....Nº vías clínicas /sistemas de gestión de procesos implantados y evaluados en el hospital...**0**.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Las vías deben estar implantadas y evaluadas.

ESTÁNDARES: Se considerará que en total deben estar implantadas y evaluadas al menos 4 vías clínicas.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo 3.7. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.

El Plan de Calidad incluido dentro del Contrato de Gestión de los hospitales del INSALUD se había centrado tradicionalmente en los servicios asistenciales. Para ir avanzando en la introducción de la cultura de la mejora continua en toda la organización, ya en 1999 se decidió incorporar el resto de servicios del hospital a dicho Plan. Para este año, los servicios no asistenciales deben continuar estableciendo sus propios objetivos, pero además dentro de los protocolos no asistenciales los correspondientes al área de cocina y lencería tendrán que ser realizados por todos los hospitales.

Independientemente que cada hospital disponga de una estructura normalizada para la realización de protocolos y de las características propias de este servicio hospitalario, sugerimos una serie de contenidos mínimos que deberían estar incluidos en el diseño de este protocolo:

Unidades de lencería/lavandería hospitalaria (propia o concertada)

Contenidos mínimos del protocolo:

1.- Descripción del circuito de ropa sucia y ropa limpia.

2.- Contenidos relacionados con el mantenimiento y provisión de ropa limpia:

- Sistema de provisión de ropa limpia y su aseguramiento (stock de ropa que tiene que disponer cada servicio de lencería para dar respuesta a la demanda diaria y ante posibles contingencias).
- Sistema de distribución de ropa limpia (si se dispone de sistema de registro, de control).
- Sistema de almacenamiento de ropa limpia para evitar posibles contaminaciones.

3.- Contenidos relacionados con el proceso o manipulación de todo tipo de ropa sucia

- Sistema de recogida de ropa sucia.
- Sistema de identificación de bolsas de recogida de ropa sucia y de ropa contaminada.
- Sistema de tratamiento específico para ropa contaminada. (ver referencias legales y evidencia científica antes de la inclusión de este epígrafe).

Unidades de Cocina

Deberá contener aspectos relacionados con:

- Pedido de víveres
- Almacenamiento.
- Elaboración de dietas
- Emplatado
- Circuito de distribución de las dietas solicitadas.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Dirección de Gestión.

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

.....

Indicador 3.7. Nº de protocolos / guías de actuación documentadas implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales en el hospital.

Pacto en el CG 01...**1**.....

Nº protocolos / guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales en el hospital...**0**.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Detallar relación de servicios no asistenciales y denominación de los protocolos.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 4. UTILIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA EN BASE A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE

El sistema sanitario actual está determinado por un desarrollo tecnológico cada vez más complejo. La evaluación de las tecnologías médicas es fundamental, para conocer el efecto de las nuevas técnicas sobre los pacientes, los estilos de práctica clínica, y el coste sanitario.

Desde 1998, los hospitales con una tasa de utilización por encima de la media de su grupo en RNM, TAC y oxigenoterapia, han venido trabajando en la implantación de protocolos con los criterios de utilización y en su evaluación. De esta forma, se cumple con el objetivo de promover la utilización adecuada de los recursos, contenido en el Plan de Calidad Total del INSALUD. En el caso de que el hospital no disponga de la tecnología no es razón para no implantar el protocolo, ya que realiza la indicación, y estos protocolos hablan de criterios de indicación.

BIBLIOGRAFÍA:

-Jovell AJ. Métodos y agencias de evaluación. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.

-Circular 4/00 del INSALUD de 9 de mayo de 2000, sobre regulación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio.

Objetivo operativo 4.1. Mejorar la utilización de RNM de acuerdo a protocolo.

El uso de una técnica puede ser apropiado, cuando tiene una base científica, es una técnica segura y técnicamente válida, económicamente posible, produce resultados positivos y es aceptada por los profesionales y usuarios. El uso equívoco se produce cuando existe incertidumbre en cuanto a resultados, riesgos y costes. Y, por último, el uso inapropiado se produce cuando los resultados pueden ser obtenidos por medios más sencillos y baratos, cuando el diagnóstico de la exploración no modifica el tratamiento, o cuando no existe tratamiento eficaz. Las tasas de utilización de ciertas pruebas diagnósticas de alta tecnología siguen mostrando bastante variabilidad, como muestran los siguientes datos. Por ello, la implantación de protocolos con criterios de utilización adecuada sigue siendo necesaria.

Con respecto a las tasas de utilización, se observa un aumento de las tasas de utilización, con un incremento global para el territorio INSALUD del 54,5%, pasando de una tasa de 8,7 estudios por 1000 habitantes en 1996 a 13,5 estudios por 1000 habitantes en 1999. Sin embargo, la variabilidad entre comunidades ha disminuido como lo demuestra la disminución del coeficiente de variación y la desviación estándar entre las tasas de utilización de las diferentes Comunidades Autónomas. La desviación estándar ha pasado de 3,3 en 1996 a 2,6 en 1999. Lo mismo ocurre con el coeficiente de variación que relativiza el valor de la desviación estándar al valor de la media obtenidos, que ha pasado de 39,6 a 21,0 en el periodo temporal estudiado.

BIBLIOGRAFÍA:

- Memoria 1999. Plan de Calidad. Atención Especializada. INSALUD.

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

X Si

No

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

No precisa, pero evalúa

No tecnología

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Servicio de Radiodiagnóstico. Servicio de Admisión.

Indicador 4.1. Porcentaje de pruebas de RNM realizadas con indicación de acuerdo a protocolo.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de pruebas clasificada como indicacion A y B}}{\text{Nº de pruebas estudiadas}} \times 100$$

METODOLOGÍA: Muestreo aleatorio simple sobre número de pruebas realizadas en un periodo no inferior al mes natural, con un error alfa del 5% , una precisión del 10% y una prevalencia de 75%.

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Uso en relación con indicación clasificada como RNM técnica de elección (A) o bien es catalogada como complementaria y es utilizada como complementaria. (B)
- Uso en relación con una indicación no incluida en protocolo (C) o bien es catalogada como complementaria y utilizada como de elección (D).

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

Periodo de estudio.....**junio 2001**.....

Población total del periodo de estudio...**371**.....

Población estudiada:

Total

Muestra **X**

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 52}{\text{Nº } 60} \times 100 = \dots\dots**88,67**\dots\dots \%$$

Nº 60

Pacto en el CG01 ...**B** Nivel alcanzado: ... **B**

¿Qué protocolo se ha utilizado? ... Protocolo de Indicaciones RMN propio del CHyUA.

Causa principal de inadecuación:...Indicación o sospecha clínica no establecida en el protocolo.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo operativo 4.2. Mejorar la utilización de la TAC de acuerdo a protocolo.

Con respecto a las tasas de utilización, se observa un aumento destacable en las tasas de utilización de la TAC en el periodo 96-99, con un incremento global para el territorio INSALUD del 31,5%, pasando de una tasa de 34,7 estudios por 1000 habitantes en 1996 a 45,6 estudios por 1000 habitantes en 1999. Este incremento en los últimos años era esperable, dado que se han instalado nuevos equipos en hospitales que no disponían de ellos. Concretamente, en el año 97, existían 90 equipos de TAC instalados, mientras que el el año 2000, los equipos de TAC son 97. Además, se han ido sustituyendo TAC convencionales por helicoidales, capaces de aumentar el rendimiento en un 30% aproximadamente. Todo ello ha aumentado considerablemente el número de exploraciones.

La variabilidad entre comunidades autónomas ha aumentado. La desviación estándar de las tasas de utilización entre Comunidades Autónomas ha pasado de 7,2 en 1996 a 10,5 en 1999. Así mismo, el coeficiente de variación ha pasado de 20,9 a 25,1 en el periodo temporal estudiado.

Los datos publicados por Osteba son coincidentes en el crecimiento del mismo periodo temporal, un 27%. Pero ellos partían de unas tasas superiores a las del INSALUD. Concretamente, 44 estudios por 1000 habitantes en 1996, hasta 56 estudios por 1000 habitantes en 1999.

BIBLIOGRAFÍA:

- Memoria 1999. Plan de Calidad. Atención Especializada. INSALUD.
- Tomografía Axial Computerizada: Equipamientos y utilización en la CAPV. Indicaciones de uso adecuado. Osasunerako Teknologien Ebaluaketa. Julio 2000.

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

X Si

No

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

No precisa, pero evalúa

No tecnología

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Servicio de Radiodiagnóstico. Servicio de Admisión.

Indicador 4.2. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de pruebas clasificada como indicación A y B}}{\text{Nº de pruebas estudiadas}} \times 100$$

METODOLOGÍA: Muestreo aleatorio simple sobre número de pruebas realizadas en un periodo no inferior al mes natural, con un error alfa del 5% y una precisión del 10% y una prevalencia de 75%.

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Uso en relación con indicación clasificada como TAC técnica de elección (A) o bien es catalogada como complementaria y es utilizada como complementaria. (B)
- Uso en relación con una indicación no incluida en protocolo (C) o bien es catalogada como complementaria y utilizada como de elección (D).

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

Periodo de estudio....**Noviembre 2001**..
 Población total del periodo de estudio.....597.....
 Población estudiada: 63
 Total
 Muestra **X**
Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 60}{N^{\circ} \quad 63} \times 100 = \dots\dots\dots**95,24**\dots\dots\dots \%$$

 Pacto en el CG01 ...**B**..... Nivel alcanzado: ... **A**

¿Qué protocolo se ha utilizado? ... Establecido por el Servicio de Radiología.

Causa principal de inadecuación:... No descripción del motivo de exploración o diagnóstico no incluido en el protocolo.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

Objetivo operativo 4.3. Protocolo de utilización de oxigenoterapia.

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

X Si

No

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

No precisa, pero evalúa

No tecnología

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Servicio de Neumología.

Indicador 4.3. Porcentaje de pacientes a los que se les ha tratado con oxigenoterapia, de acuerdo a la circular 4/00 del INSALUD.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados con O}_2 \text{ de acuerdo a los criterios de la circular 4/00}}{\text{Total de pacientes tratados con O}_2 \text{ evaluados}} \times 100$$

METODOLOGÍA: Todos los pacientes tratados con oxigenoterapia en un periodo de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio...**2001**.....
Población total del periodo de estudio..**768**.....
Población estudiada: **77**

Total
Muestra **X**
Resultado

$$\frac{\text{Nº } 75}{\text{Nº } 77} \times 100 = 97,4 \dots \dots \dots \%$$

Pacto en el CG01**A**..... Nivel alcanzado: **A**

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....
.....

OBJETIVO GENERAL 5. REDUCIR LOS SUCESOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR LA ASISTENCIA SANITARIA

Objetivo 5.1 Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados

Las caídas de los pacientes hospitalizados son consideradas como un efecto yatrogénico del proceso asistencial. Su incidencia oscila mucho de unos centros a otros (2-6%), dependiendo no solo de las condiciones estructurales del centro, sino también de los perfiles de los pacientes incluidos en los estudios. Si bien la mayoría de las caídas no provocan daños graves, (generalmente las fracturas se presentan en menos del 5% de las ocasiones), pueden contribuir a la pérdida de la confianza y de movilidad del paciente, ocasionando una reducción de la calidad de vida.

Muchos de los hospitales tienen implantado un programa de prevención de caídas, llevando a cabo el registro y monitorización de las mismas. Son bien conocidos los problemas relacionados con la cumplimentación de estos registros, fundamentalmente por el carácter voluntario de la notificación. Consideramos que este suceso adverso de la asistencia sanitaria ha de ser evaluado para la posterior implantación de acciones de mejora que conlleven una disminución de las caídas producidas durante el periodo de hospitalización.

Proponemos para aquellos hospitales que no tengan implantado la monitorización de este objetivo, un sistema de registro que contenga los siguientes datos:

-Datos relativos al paciente:

- 1.-nº de H.C.
- 2.-Sexo
- 3.-Edad
- 4.-Fecha de la caída
- 5.-Diagnóstico médico

-Datos relativos al estado general del enfermo:

- 1.- Orientado
- 2.- Agitado
- 3.- Inestabilidad motora
- 4.- Postoperatorio inmediato
- 5.- Mala visión
- 6.- Otros (independiente, deprimido, no cooperativo etc.)

-Datos relativos a la circunstancia de la caída:

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

-Persona que encuentra al paciente

-Persona informada inmediatamente después del accidente

-Medidas inmediatas para garantizar la seguridad del paciente

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si

No

Datos 2001

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

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

.....

Indicador 5.1. ¿Ha realizado el hospital estudios sobre la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados?

Si

No

Pacto CG 01... Si	Resultado alcanzado... Si
--------------------------------	--

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo operativo 5.2 Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos
--

Un número importante de pacientes sufren efectos adversos producidos por el tratamiento hospitalario. Gran parte de dichos sucesos se deben a reacciones a medicamentos. Una parte de los incidentes por medicamentos no son prevenibles (reacciones adversas), pero otra parte puede ser evitada. Las consecuencias sobre la salud de los pacientes son muy importantes.

Los errores del sistema sanitario son una causa importante de efectos adversos sufridos por los pacientes, y tienen consecuencias graves sobre los propios profesionales. Un error de medicación es "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor". Esos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. Es necesario contar con sistemas que detecten a tiempo dichos errores, para evitar o mitigar sus efectos. Existen métodos que pueden reducir su frecuencia.

Se debe realizar un abordaje preventivo, que no busque la culpabilización, sino la concienciación y participación del personal sanitario. No se debe buscar quién causó el error, sino analizar qué circunstancias lo motivaron. Para ello, desde el Plan de Calidad se propone que el hospital realice al menos una acción para reducir los efectos adversos de los medicamentos: por ejemplo, estudios específicos que cuantifiquen su frecuencia y causas; estudios sobre la calidad de la prescripción, implantación de sistemas de prescripción electrónicos, implantación de un sistema estandarizado de notificación de los errores de medicación, establecimiento de algún grupo de mejora que estudie el tema, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

-A call to action: Eliminate handwritten prescriptions within 3 years. Institute for Safe Medication Practices. April 2000.

-Hilfiker D. Facing our mistakes. NEJM 1984;310:118-122.

-Christensen JF, Levinson W, Dunn P. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med 1992;7:424-431.

-Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994;272:1851-1857.

-Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Por la prevención de los acontecimientos adversos a medicamentos y de los errores de medicación. www.ismp.org.

-James BC. Quality management for health care delivery. The Hospital Research and Educational Trust. Chicago 1989.

-Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T et al. Systems analysis of adverse drug events. JAMA 1995;274:35-43.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Comisión de Farmacia.

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

.....

Indicador 5.2. ¿Ha implantado el hospital, al menos, una medida de mejora para reducir los efectos adversos producidos por los medicamentos?

Si
 No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Se considerarán medidas de mejora alguna de las siguientes:

- estudios específicos que cuantifiquen su frecuencia y causas
- estudios sobre la calidad de la prescripción
- implantación de sistemas de prescripción electrónicos
- implantación de un sistema estandarizado de notificación de los errores de medicación
- establecimiento de grupos de mejora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 6. MEJORAR LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN
--

<p>Objetivo operativo 6.1 Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel y soporte electrónico (allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica.</p>
--

La Guía Farmacoterapéutica ha de ser elaborada de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende según criterios de eficacia, seguridad, coste y necesidad.

La Guía Farmacoterapéutica debe estar disponible en formato de base de datos que se actualiza después de cada modificación tanto para su difusión a través de los sistemas informatizados de prescripción como para la evaluación de la adhesión de la prescripción. Los principios activos y especialidades farmacéuticas que la conforman se codifican según el Nomenclator Oficial del INSALUD.

La actualización en soporte papel tendrá una actualización mínima anual, mediante la forma que el hospital estime oportuno (nueva edición, anexo a una edición anterior, etc.)

BIBLIOGRAFÍA:

-Guía para la evaluación y mejora de los servicios de farmacia hospitalaria. INSALUD. Madrid 1998.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Comisión de Farmacia.

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

.....

Indicador 6.1. ¿Dispone el hospital de una guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel (y soporte electrónico allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica?

X Si

No

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: La edición impresa de la Guía Farmacoterapéutica debe contemplar la farmacoterapia del área de ambulantes.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo operativo 6.2 Disponer de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimentará para todos los fármacos que vayan a ser incluidos en la guía farmacoterapéutica.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Comisión de Farmacia.

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

.....

Indicador 6.2. ¿Dispone el hospital de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimente cada vez que se vaya a incluir un fármaco en la guía farmacoterapéutica?

Si

No

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: El modelo de informe técnico debe contemplar, al menos, los siguientes apartados:

1. Identificación del fármaco y autores del informe
2. Solicitud de indicaciones y servicios
3. Área descriptiva del medicamento
4. Área de farmacología
5. Evaluación de la eficacia
6. Evaluación de la seguridad
7. Evaluación económica
8. Indicaciones y servicios aprobados.
9. Condiciones de uso en el hospital especificando si la inclusión del fármaco va acompañada con la propuesta de retirada de algún otro fármaco
10. Bibliografía.

El hospital establecerá unos criterios para cumplimentar cada apartado de este modelo.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

<p>Objetivo operativo 6.3 Minimizar la prescripción de principios activos de reciente comercialización de baja o nula aportación terapéutica</p>

El MSC realiza una clasificación de todas las nuevas moléculas comercializadas en los últimos años con las siguientes categorías:

- A. Importante mejora terapéutica.
- B. Modesta mejora terapéutica.
- C. Nula o muy pequeña mejora terapéutica.
- D. Sin calificación.

Es importante insistir en el hecho de no confundir "utilidad" (ligado al concepto de UTB) con "aportación" que es el adjetivo ligado a la clasificación "C". Efectivamente, un fármaco "C" es un fármaco de baja o nula aportación al arsenal terapéutico, no de baja utilidad. Los fármacos "C" tienen igual eficacia, menor experiencia y mayor precio (con excepciones). Los incluidos en el epígrafe "C" son fármacos cuya prescripción sería necesario evitar porque no cubren una nueva indicación clínica, no aportan una mejora significativa sobre las opciones disponibles y tienen un impacto negativo en la utilización de recursos en el hospital. Hay dos razones para que los fármacos clasificados "C" no sustituyan a los anteriores: una es la experiencia y seguridad que una molécula "vieja" ya ha demostrado y otra es el precio.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Servicio de Farmacología Clínica.

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

.....

Indicador 6.3. Porcentaje de nuevos principios activos prescritos clasificados como C (según la clasificación de la dirección General de Farmacia).*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº principios activos nuevos (incluidos desde 1998) del tipo C, prescritos durante el año 2001} \times 100}{\text{Nº total de principios activos nuevos (incluidos desde 1998) prescritos durante el año 2001}}$$

METODOLOGÍA: La Dirección Territorial/Provincial envía a cada Gerencia de Atención Especializada los datos de prescripción a través de receta en formato electrónico. Estas tablas se envían mensualmente al hospital en formato Access (Base de Datos Galeno), cruzándolas con otras tablas: la Guía del Hospital (codifica todos los principios activos de la guía), y con una tabla de clasificación de los principios activos comercializados en los últimos tres años. Esta base de datos Access (Galeno), tiene una consulta (descarga de indicadores), que permite descargar los indicadores de prescripción a través de receta desagregados por Servicio. Algunos de estos indicadores de prescripción son:

- Importe medio por envase.
- Porcentaje de adhesión a Guía.
- Prescripción de nuevos principios activos de baja aportación terapéutica (Tipo C)

El hospital debe de mantener su Tabla Guía actualizada, y enviarla a la DT/DP después de cada actualización. Debe enviar información actualizada a las Unidades Asistenciales/Servicios Clínicos sobre todos los nuevos principios activos desde el año 1998, con la clasificación que de aportación terapéutica que les adjudica el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La clasificación del MSC está disponible en la página web del Ministerio de Sanidad:

www.msc.es/farmacia/infmedic/home.htm → Por tema→

-Nuevos principios activos. Revisión 1998. 6ª parte.

-Nuevos principios activos. Revisión 1999. 4ª parte.

Para los años 2000 y 2001, en el caso de que no se disponga del resumen en la página web citada, se deberá comprobar la clasificación de cada uno de los nuevos principios activos incluidos en las monografías disponibles en dicha página web.

Lo que se solicita es el porcentaje de principios "C" acumulado del año 2001.

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} \quad 6078}{N^{\circ} \quad 116602} \times 100 = \dots 5,2 \dots \dots \dots \%$$

Pacto en el CG 01< 1%.. Resultado alcanzado **5,2%**.

ESTANDAR: El porcentaje debe ser inferior al 1%.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo operativo 6.4 Disponer de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos, para su utilización en el momento de la prescripción, tanto al ingreso como al alta hospitalaria.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si
No **X**

Datos 2001 **X** Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Comisión de Farmacia.

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

.....

Indicador 6.4. ¿Dispone el hospital de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos para al menos un grupo terapéutico?

Si
X No

Enumerar los grupos terapéuticos para los cuales se dispone de un Protocolo de Equivalentes:

.....
.....
.....
.....
.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....
.....

OBJETIVO GENERAL 7. IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE GESTIÓN

Los profesionales del INSALUD han colaborado de forma multidisciplinar en la elaboración de guías que desarrollan criterios para una gestión integrada y de calidad. Los hospitales deben implantar estas guías y establecer los mecanismos necesarios para su difusión y utilización.

Las guías desarrolladas son:

- Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica.
- Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada.
- Guía para la evaluación y mejora de los servicios de Farmacia Hospitalaria.
- Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión.
- Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos.
- Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

- Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. INSALUD. Madrid 1998.
- Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada. INSALUD. Madrid 2000.
- Guía para la evaluación y mejora de los servicios de farmacia hospitalaria. INSALUD. Madrid 1998.
- Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. INSALUD. Madrid 1996.
- Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos. INSALUD. Madrid 1998.
- Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica. INSALUD. Madrid 2000 .

Objetivo operativo 7. Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD
--

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**
No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

Servicio de Admisión.

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

.....

→ Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica

Indicador 7.1. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.1 sobre implantación y evaluación de la guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

Criterios 7.1. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	SI	NO
1.- ¿Existe en el hospital un documento de inclusión en LEQ con los parámetros definidos en la guía?	X	
2.- ¿Dispone el hospital de una Comisión de Programación Quirúrgica?	X	
3.- ¿Dispone el hospital de un Catálogo de Procedimientos de cada especialidad quirúrgica?	X	
4.- Al incluir un paciente en LEQ ¿se le da la información indicada en el Anexo 2 de la Guía?	X	
5.- ¿Está centralizada en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica la gestión de pacientes en LEQ?	X	

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } 5}{\text{Nº } 5} \times 100 = \dots \mathbf{100} \dots \%$$

Pacto en el CG 02**A**..... Resultado alcanzado**A**.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

→ Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada

Indicador 7.2. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.2 sobre implantación y evaluación de la guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

Criterios 7.2. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	SI	NO
1.-¿Está informatizada la citación de las consultas externas en el Hospital?	X	
2.-¿Está informatizada la citación de las consultas externas en los Centros de Especialidades Periféricos?	X	
3.-¿Dispone el hospital de un documento de autorización para solicitar la desprogramación de consultas externas?		X
4.- ¿Son citadas las consultas sucesivas en la propia consulta del especialista?	X	
5.- ¿Existe un protocolo documentado para las llamadas de recordatorio telefónico de cita?		X

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} \quad 3}{N^{\circ} \quad 5} \times 100 = \dots \mathbf{60} \dots \%$$

Pacto en el CG 02**A**..... Resultado alcanzado**D**.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

→Guía para la evaluación y mejora de la Farmacia Hospitalaria

Indicador 7.3. Puntuación obtenida en la evaluación del servicio de farmacia hospitalaria siguiendo las pautas de la guía para la evaluación y mejora de la Farmacia Hospitalaria.

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} \quad 78}{N^{\circ} \quad 100} \times 100 = \dots \mathbf{78} \dots \%$$

Pacto en el CG 01**A**..... Resultado alcanzado**C**.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

→ Guía de cuidados enfermeros (Úlceras por presión)

Indicador 7.4 Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.4 sobre implantación y evaluación de la guía de gestión de cuidados enfermeros (Úlceras por presión).

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

Criterios 7.4. GUÍA DE CUIDADOS ENFERMEROS (Úlceras por presión)	SI	NO
1.-¿Se realiza la valoración de riesgo/no riesgo de UPP a los pacientes ingresados según la escala de Norton?	X	
2.-¿Dispone el hospital de registros donde se especifique el tipo y localización las úlceras por presión?	X	
3.-¿Utiliza el Hospital los planes de cuidados descritos en la Guía de cuidados enfermeros para la prevención y tratamiento de las UPP?	X	
4.- ¿ Realiza el hospital estudios de incidencia de las úlceras por presión?	X	

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } 4}{\text{Nº } 4} \times 100 = \dots \mathbf{100} \dots \%$$

Pacto en el CG 01**A**..... Resultado alcanzado**A**.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

→ Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos

Indicador 7.5 Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.5 sobre implantación y evaluación del catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

Criterios 7.5. CATÁLOGO DE PRUEBAS DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS	SI	NO
1.-¿La Cartera de servicios de los laboratorios se adapta al catálogo en cuanto a Nomenclatura?	X	
2.-¿La Cartera de servicios de los laboratorios se adapta al catálogo en cuanto a Codificación?	X	

Resultado:
$\frac{N^{\circ} \quad 2}{N^{\circ} \quad 2} \times 100 = \dots\dots\dots 100 \%$
Pacto en el CG 02 A Resultado alcanzado A

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

→ Guía de gestión de los servicios de Admisión y Documentación Clínica

Indicador 7.6. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.6 sobre implantación y evaluación de la Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC).

Fórmula del indicador

$$\frac{N^{\circ} \text{ criterios cumplidos} \times 100}{N^{\circ} \text{ total de criterios}}$$

Criterios 7.6. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (SADC)	SI	NO
1.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de pacientes?	X	
2.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de la documentación clínica?	X	
3.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de la información asistencial?	X	
4.- ¿Son autorizados los traslados por el SADC?	X	
5.- ¿Gestiona el SADC el estudio preoperatorio de los pacientes de LEQ?	X	
6.- ¿Gestiona el SADC la citación de pruebas diagnósticas?	X	
7.- ¿Existe una única historia clínica por paciente en el hospital?	X	
8.- ¿Existen archivos de Historias Clínicas periféricos en el hospital?		X
9.- ¿Está centralizado el proceso de codificación en el SADC?	X	
10.- ¿Elabora el SADC los cuadros de mando de actividad asistencial?	X	

Resultado:
$\frac{N^{\circ} \quad 9}{N^{\circ} \quad 10} \times 100 = \dots\dots\dots 90 \%$
Pacto en el CG 02 A Resultado alcanzado A

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 8: MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN
--

Los sistemas de información se han consolidado como una herramienta de gestión básica, y por lo tanto, como una herramienta útil para la mejora de la calidad del Sistema Sanitario. En este sentido el informe de alta constituye la fuente para la realización del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD), sistema de información fiable, integrado y eficiente que recoge los datos correspondientes a los episodios de hospitalización producidos en cada uno de los hospitales del INSALUD. De acuerdo a la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984, el informe de alta debe contener los datos administrativos y clínicos necesarios para la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

La calidad del informe de alta es por lo tanto imprescindible para que en la posterior codificación del proceso queden reflejados todos los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, complicaciones etc. que permitirá el análisis de la actividad real del hospital y de la calidad de la asistencia llevada a cabo en dicho centro.

Los objetivos planteados en el Plan de Calidad de la SGAE relativos a la mejora de los informes de alta hospitalarios, en las dos vertientes, la relativa al tiempo de emisión y la referida al contenido del mismo, tienen como justificación el que el informe de alta supone el derecho a la información del paciente sobre su proceso. De igual forma permiten la continuidad asistencial, son el origen del CMBD, permiten la asignación de costes en función de la complejidad, permiten la posibilidad de realizar estudios epidemiológicos, son esenciales para la evaluación de las tecnologías y son necesarios para la evaluación de la utilización de los servicios.

BILIOGRAFÍA:

-Delgado Vila R, Suñol Sala R. La información clínica para el control de calidad asistencial. Todo Hospital 1990. Mayo: 39-43.

-Sardá N, Vilà R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. Med Clin (Barc) 1993;101:241-244.

-Orden 6 septiembre 1984. Sanidad. Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios. BOE 14 de septiembre de 1984 (num 221).

-Manresa Presas JM. El informe de alta hospitalaria: la cenicienta del clínico. Med Clin (Barc) 1993;101:253-254.

Objetivo operativo 8.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.
--

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Servicio de Archivos.

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

.....

Indicador 8.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Fórmula del indicador:

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

METODOLOGÍA: Historias clínicas de pacientes dados de alta, o informes de alta, que serán recogidas del Archivo de Historias Clínicas o del lugar a donde deban ser enviadas tras el alta del paciente. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.

El periodo de tiempo se determinará por el propio hospital.

Se recomienda un tamaño muestral, al menos, aproximado a:

-Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1, 2, 5.

-Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

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

Periodo de estudio..	22 marzo - 22 de abril de 2002
Población total del periodo de estudio..	1033
Población estudiada:	1003
Total	X
Muestra	
Resultado.	
Nº	893
$\frac{\quad}{\quad} \times 100 = \dots \mathbf{83,64} \dots \%$	
Nº	1003
Pacto en el CG 02	A Resultado alcanzado B

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

Objetivo operativo 8.2. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Servicio de Archivos.

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

.....

Indicador 8.2 Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.

Fórmula del indicador:

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

METODOLOGÍA: Historias clínicas de pacientes dados de alta, o informes de alta, que serán recogidas del Archivo de Historias Clínicas o del lugar a donde deban ser enviadas tras el alta del paciente. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.

El periodo de tiempo se determinará por el propio hospital.

Se recomienda un tamaño muestral, al menos, aproximado a:

-Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1, 2, 5.

-Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

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

Periodo de estudio... 22 marzo - 22 de abril de 2002
Población total del periodo de estudio.... 1033
Población estudiada: 1003
Total X
Muestra
Resultado.
$\frac{\text{Nº } 1001}{\text{Nº } 1003} \times 100 = \dots\mathbf{99,8}\dots\dots\dots \%$
Pacto en el CG 02 A Resultado alcanzado A

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

Objetivo operativo 8.3. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del éxitus.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Servicio de Archivos.

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

.....

Indicador 8.3 Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producida el alta.

Fórmula del indicador:

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

METODOLOGÍA: Historias clínicas de pacientes fallecidos. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.

El periodo de tiempo y el tamaño muestral se determinará por el propio hospital.

Periodo de estudio.... **22 marzo - 22 de abril de 2002**

Población total del periodo de estudio....**1033**.....

Población estudiada: **30**

Total **X**

Muestra

Resultado.

$$\frac{\text{Nº } 21}{\text{Nº } 30} \times 100 = \dots\mathbf{70}\dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 02**A**..... Resultado alcanzado**C**.....

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

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo operativo 8.4. Mejorar la calidad del informe de alta.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Servicio de Archivos / Comisión de Historias Clínicas.

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

.....

Indicador 8.4. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

Fórmula del indicador:

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

METODOLOGÍA: A partir de los informes de alta de pacientes dados de alta durante el año 2002, y durante el periodo que determine el hospital. 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

Periodo de estudio.....	24-30 de septiembre 2001
Población total del periodo de estudio....	512
Población estudiada: 113	
Total	
Muestra X	
Resultado.	
Nº 100	x 100 = ... 88,5 %
Nº 113	
Pacto en el CG 01 ... A	Resultado alcanzado B

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A pesar de que el indicador habla de los criterios establecidos en cada hospital y teniendo en cuenta los problemas que se han producido en la evaluación de este objetivo, para unificar criterios sugerimos la utilización de la siguiente planilla con el fin de considerar los ítems a estudiar.

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	

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

*items añadidos desde la SGAE INSALUD en 2001

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 9: MEJORAR LA CONTABILIDAD ANALÍTICA

La contabilidad analítica permite la planificación y el control de la actividad productiva de la empresa. La información que proporciona la contabilidad analítica es útil para la dirección del centro, pero también para las unidades que generan los costes. Por ello es necesario que los servicios reciban los informes correspondientes para poder evaluar y gestionar su actividad.

Existen diferentes aplicaciones informáticas de Contabilidad Analítica implantadas en los hospitales del INSALUD dentro del proyecto GECLIF (SPIGA, GESCOT). Sería conveniente que la División de Gestión y su Unidad de Control de Gestión informara a los distintos jefes de servicio de la disponibilidad de información que se les puede proporcionar con la aplicación informática utilizada en el hospital. En función de la fase de implantación en la que se halle, se debería pactar cual es la que ellos precisan. Es relevante para evaluar la calidad de la asistencia prestada en la Unidad correspondiente, de tal forma que se pudiera realizar un tipo de informe para cada servicio.

Objetivo operativo 9. Lograr que los servicios reciban puntualmente el informe sobre contabilidad analítica.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dirección de Gestión.

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

.....

Indicador 9. Porcentaje de servicios que reciben el informe sobre contabilidad analítica con periodicidad semestral.

Formula del indicador:

Nº de servicios asistenciales que reciben semestralmente el informe sobre contabilidad analítica x 100

Nº total de servicios asistenciales

Resultado:

0/39 = **0**

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 10: DIVULGAR LA EXPERIENCIA DEL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL

Es un objetivo del Sescam que todos los hospitales de la red tengan para el año 2002 elaborado el Plan de Calidad de su hospital. El contenido de dicho plan no ha de ser un resumen de los objetivos del Contrato de Gestión y los pactos por servicios, sino, que tiene que reflejar un enfoque global de cómo está el hospital en relación a la calidad del servicio prestado y hacia donde quiere dirigir sus esfuerzos de mejora continua. Para ello, es necesario realizar una autoevaluación de la organización identificando los puntos fuertes y áreas de mejora, los procesos clave fundamentales para que la organización funcione, y priorizando las áreas de mejora a abordar, definiendo y desarrollando los proyectos de mejora para poder alcanzar los objetivos o metas planteados

La realización de la memoria del Plan de Calidad del hospital tiene como principal objetivo divulgar el Plan de Calidad del hospital en su ámbito: profesionales, ciudadanos, etc. Además, permite al Sescam conocer con más detalle las actividades de calidad realizadas en los hospitales.

Además, la publicación de las experiencias de los hospitales del Sescam en revistas científicas y congresos es útil para divulgar el trabajo realizado a nivel regional (otros Servicios de Salud) e internacional.

BIBLIOGRAFÍA:

-Bohigas L. La memoria anual del hospital. Todo Hospital 1997;133:68-71.

Objetivo operativo 10.1. Realizar la memoria del plan de calidad del hospital.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si

No

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Coordinador de Calidad.

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

.....

Indicador 10.1. ¿Ha realizado el hospital la memoria del Plan de Calidad 2001?

Si

No

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: La memoria debe contener como mínimo una introducción, descripción del Plan de Calidad del hospital, resultados, valoración de los mismos, medidas de mejora a adoptar, y conclusiones.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

Objetivo operativo 10.2. Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc...

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si

No

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Coordinador de Calidad.

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

.....

Indicador 10.2. Nº de publicaciones relacionadas con la calidad realizadas.

Nº de publicaciones relacionadas con la calidad realizadas durante el año 2001 ... 2
--

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 11: AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL PLAN DE CALIDAD

La participación de los profesionales es una de las claves en el éxito del Programa de Calidad. De lo contrario, los profesionales experimentan los cambios organizativos como algo externo e impuesto. Las Comisiones no se deben considerar como un instrumento de control, sino como grupos de expertos para mejorar la gestión.

Las comisiones clínicas son órganos de participación multidisciplinar de los profesionales para la mejora de la calidad. Están formadas por grupos de expertos, y facilitan la labor directiva. El Real Decreto 521/87 definió un mínimo de comisiones clínicas que han de establecerse en los centros.

El valor de las comisiones clínicas es incuestionable por las siguientes razones:

- Están recogidas en textos legales de obligado cumplimiento.
- Tienen un carácter permanente en el tiempo, con las renovaciones oportunas.
- Coordinan e integran profesionales que pertenecen a distintos departamentos con funciones diferentes.
- Suministran opinión y consejo con una perspectiva amplia, para tomar decisiones con una base segura.

Aun reconociendo la importancia de las comisiones clínicas del hospital como instrumento de la Dirección en la gestión de la calidad, puede ser positivo extender la medición de este indicador de participación a otros grupos menos formales (círculos de calidad, grupos de mejora). Estos grupos tienen las siguientes características:

- Estructuras menos formales, sin continuidad temporal que puede ocuparse de problemas puntuales.
- Se pueden circunscribir a un ámbito más reducido. Por ejemplo, un servicio con un problema definido, en el desarrollo de una vía clínica, o la reingeniería de determinado proceso.
- Integradas por profesionales de distintas categorías dentro de un departamento, con lo cual el compromiso por la calidad se extiende a ámbitos más amplios que los facultativos (la calidad concierne a todos).
- Pueden utilizar metodologías muy prácticas para realizar mejoras continuas, como el ciclo PDCA.

BIBLIOGRAFÍA:

- El papel de las comisiones clínicas hospitalarias. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 28-30 de septiembre de 1994.
- Garrido Cantarero G. Comisiones clínicas de calidad. En: Garrido Cantarero G. Manual de Medicina Preventiva. MSD. Madrid 1998.
- Varó J. Las comisiones clínicas: instrumento directivo en la gestión de la calidad. En: Varó J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid 1993.
- RD 521/1987. Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- Reinertsen JL. Physicians as leaders in the improvement of health care systems. Ann Intern Med 1998;128:833-838.
- Secretary of State for Health. The New NHS. Stationary Office. Reino Unido 1997.
- Lorenzo S, Álvarez F, Altamore G, Pombo N. Hacia la gestión de la calidad total. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- Barba R, Delgado R, Humert C, Suñol R, Vilanova F. La participación de los profesionales en la mejora de la calidad. Rev Calidad Asistencial 1997;12:48-49.
- Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership on health system reform. JAMA 1994;272:797-802.
- Las comisiones clínicas: instrumento directivo en la gestión de la calidad. En: Varo J. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Ediciones Díaz de Santos. Madrid 1993.

Objetivo operativo 11. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dirección Médica.

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

.....

Indicador 11. Nº de reuniones anuales de las comisiones clínicas obligatorias y de los grupos de mejora.

Nº de reuniones anuales de las comisiones clínicas obligatorias y de los grupos de mejora ...**80**.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

OBJETIVO GENERAL 12: MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL

En algunos hospitales, en las Unidades de Calidad existen áreas de trabajo separadas y falta de integración de los profesionales médicos, de enfermería, y profesionales no sanitarios. Es necesario desarrollar una verdadera Unidad de Calidad con objetivos comunes, y objetivos específicos de área, coordinados entre si, con dependencia funcional del Coordinador de Calidad y bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue. Progresivamente deberá incorporarse a la Unidad de Calidad un profesional no sanitario.

Objetivo operativo 12. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Director Gerente.

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

.....

Indicador 12 . N° de componentes de la Unidad de Calidad

N° de componentes de la Unidad de Calidad	2
---	----------

La Unidad de Calidad está integrada por:

Personal medico	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Personal de enfermería	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Personal de la División de Gestión (excluyendo personal auxiliar administrativo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 13: MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS SUMINISTROS

Facilitar a los profesionales clínicos los productos precisos para realizar su labor asistencial constituye una labor muy compleja, ya que hay que programar los productos que se deben comprar y en qué cantidades, todo ello de acuerdo al marco jurídico vigente, que en aras a los principios de objetividad y transparencia conlleva numerosos trámites. Una vez acordada la compra se recepciona, almacena, se realiza la distribución interna y un posterior almacenaje previo a su utilización final.

A esta complejidad descrita se unen otras circunstancias que la incrementan todavía más, como es el elevado número de productos utilizados en un hospital, el funcionamiento durante todas las horas del año y el elevado gasto de recursos que suponen.

Estas dificultades sólo serán superadas si existe una mínima estructuración del Área de Suministros, con el fin de llevar a cabo una gestión interna eficiente y dar un servicio de calidad al resto de las unidades del hospital.

En este sentido se considera que la existencia de una Comisión de Adquisiciones bien estructurada y operativa, que se reúne sistemáticamente, es uno de los elementos fundamentales en la gestión de los suministros, al constituir la misma el foro de coordinación y toma de decisiones adecuado.

Objetivo operativo 13. Mantener una comisión de adquisiciones bien estructurada y operativa.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si
No

Datos 2001 Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Supervisión de nuevas tecnologías y nuevas adquisiciones.

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

.....

Indicador 13.1 ¿Existe comisión de adquisiciones?

Si
No **X**

Indicador 13.2 Número de reuniones anual de la comisión de adquisiciones.

Nº de reuniones anuales de la comisión de adquisiciones
Pacto en el CG02..... Resultado alcanzado.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 14: POTENCIAR LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL SANITARIO
--

Una de las líneas maestras del Plan de Calidad Total del INSALUD era el desarrollo de la formación del personal en métodos efectivos de la gestión de la calidad. La formación en calidad trata de lograr que el personal sanitario mejore los servicios que presta, respecto a la manera de tratar, informar, diagnosticar, curar y cuidar a los pacientes. Además, la formación consigue mejorar la participación de los profesionales sanitarios en los planes de calidad total. Por desgracia, una parte considerable de los profesionales observa el desarrollo de la calidad asistencial con escepticismo, o rechazo. Para lograr que la participación sea lo más efectiva posible, hay que aumentar el nivel de formación y compromiso del personal en el campo de la calidad asistencial. Para ello, hay que ofertar cursos de formación adecuados, e incentivar la formación continuada y la investigación de calidad.

La formación en calidad debe ir dirigida a los componentes de los equipos directivos, a los profesionales sanitarios, y en general, a todo el personal de la organización, debiendo ser además multidisciplinar. En el año 2000, 44 hospitales del INSALUD tenían previsto organizar un curso o más de calidad asistencial. El objetivo para el año 2002 es que todos los hospitales del Sescam deberían organizar, al menos, un curso de calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

-Medrano Heredia J. La formación de los profesionales ante los nuevos retos de la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.

-Moses H, Heysell RM. Clinical quality. The effective relationship of hospital management and the medical staff. En: Wenzel RP. Assessing Quality Health Care. Williams & Wilins. Baltimore 1992.

Objetivo operativo 14. Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**
No

Datos 2001 **X** Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Coordinador de Calidad.

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

.....

Indicador 14.1 Nº cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial.

Nº de cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial

Pacto en el CG01...1..... Resultado alcanzado...1.....

Indicador 14.2 Nº de profesionales que asistieron a los cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial.

Nº de profesionales que asistieron

Pacto en el CG01..... Resultado alcanzado...18.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 15: REDUCIR EL TABAQUISMO EN EL PERSONAL SANITARIO
--

El tabaquismo es la primera causa de morbilidad y mortalidad evitable en nuestra sociedad. A nivel mundial, se calcula que un tercio de la población adulta es fumadora. El tabaco produce 4 millones de muertes anuales en el mundo. En España, el tabaquismo es un grave problema de salud pública, produciendo unas 40.000 muertes anuales. También se ha demostrado que la inhalación de humo ambiental, tabaquismo pasivo, supone un riesgo para las personas no fumadoras. Los costes sanitarios y sociales ocasionados por las muertes prematuras y las enfermedades atribuibles al tabaquismo son muy elevados.

Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la importancia de su participación activa en la reducción del hábito tabáquico de la población, por las cuatro funciones que desempeñan: modélica, social, educadora y de apoyo.

El objetivo incluido en el Plan de Calidad del año pasado, y que continua en el Plan de Calidad del 2000, es mejorar la implantación en los hospitales de las medidas establecidas en el Real Decreto 192/88 sobre normas de uso del tabaco y que están basadas en la normativa de la OMS, refrendadas por los países europeos:

- Señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios.
- Habilitar áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

La meta final es conseguir "hospitales sin tabaco".

BIBLIOGRAFÍA:

-Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-11.

-Hurt RD. Tratar el tabaquismo e invertir la tendencia. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos nº1, 1999. www/oms.ch*

-Rodríguez Artalejo F, Hernández Vecino R, Graciani A, Banegas JR, Del Rey Calero J. La contribución del tabaco y de otros hábitos de vida a la mortalidad por cáncer de pulmón en España de 1940 a 1988. *Gac Sanit* 1994;8:272-279.

-González Svatetz CA. No al tabaco, sí a la vida. *Med Clin (Barc)* 1997;108:141-142.

-González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997;109:577-582.

Salvador-Llivina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Pub* 1990;64:585-588.

González Enríquez J, Salvador Llivina T. Profesionales de la salud y tabaco: avances en España. *Gaceta Sanitaria* 1996;10:1-3.

-Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, por el que se establecen limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población (BOE num 59, de 9 de marzo de 1988).

Objetivo operativo 15. Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Unidad de Medicina Preventiva, Dra. M Lizán.

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

.....

Indicador 15.1. Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.

X Si

No

Indicador 15.2. Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

X Si
No

Indicador 15.3. Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.

X Si
No

Señalar las acciones llevadas a cabo:

1 Desarrollo de un curso para dejar de fumar.

2 Sesión clínica para facultativos sobre el abordaje del tabaquismo desde el punto de vista del médico ante el paciente fumador.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 16: DESARROLLAR UN PROGRAMA DE ACOGIDA AL NUEVO TRABAJADOR
--

Toda organización tiene que ser capaz de satisfacer las expectativas iniciales de los profesionales que se incorporan a ella por primera vez. Superar las barreras existentes generadas por el desconocimiento del entorno al que se enfrentan los profesionales facilitará la integración de los mismos en la organización.

La incorporación de un trabajador a un centro sanitario es un momento clave en la vida laboral. Para el nuevo trabajador, supone un momento de gran tensión. Para beneficio de los trabajadores y la institución, es conveniente que se establezcan claramente las actividades de acogida. Estas actividades pueden consistir en un acto de bienvenida, una charla en la que se oriente a los recién incorporados acerca de las características del hospital y del área, de la cultura de la organización, sistema retributivo, normas, etc. También es importante ofrecer información práctica, como accesos, documentación interna, etc. Es recomendable elaborar una guía con la información por escrito.

El Plan de Acogida se perfila como una herramienta útil para el conocimiento de la misión y valores de la organización, para la identificación de los profesionales con su organización y para la generación de un clima de confianza y seguridad que facilitará el ejercicio profesional de las distintas profesionales.

BIBLIOGRAFÍA:

-Plan de Calidad 2000-2004. Hospital de Calatayud. Calatayud 2000.

-Nuestra empresa, nuestro proyecto. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón 1998.

Objetivo operativo 16. Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dirección de Gestión.

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

.....

Indicador 16. ¿Dispone el hospital de un programa de acogida al nuevo trabajador?

Si

No **X**

Datos 2001

Datos 2002 **X**

¿Dispone el hospital de una guía documentada sobre el programa de acogida?

Si

No **X**

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Las áreas a abordar en la guía tendrán que estar orientadas hacia:

- ✓ Derechos y deberes de los pacientes
- ✓ Derechos y deberes de los profesionales
- ✓ Organigrama directivo y organización interna
- ✓ Estructura del Hospital (localización de los distintos servicios)
- ✓ Normativa interna del centro hospitalario (permisos y licencias, ayudas sociales, tarjeta identificativa, parking, cafetería, comedor, taquillas vestuarios, lencería lavandería, comités y comisiones etc.)
- ✓ Normativa de Prevención de Riesgos Laborales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 17: MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA ORGANIZACIÓN
--

La comunicación interna dirigida a los profesionales debe mejorar. Para ello, el Plan de Calidad Total del INSALUD proponía una serie de acciones, como son: difundir las iniciativas de mejora, y establecer un plan de comunicación interna y externa (ciudadanos, medios de comunicación).

Así, las gerencias deben adoptar las medidas necesarias para que las decisiones tomadas por los órganos ejecutivos (Comisión Paritaria A.P-A.E) lleguen a todos los profesionales implicados.

Se deben combinar las formas de comunicación clásica con algunas nuevas, como la utilización de la intranet, allí donde sea factible, que está resultando muy útil.

BIBLIOGRAFÍA:

- Comunicación hospitalaria. Todo Hospital 1999; 154 :

Objetivo operativo 17. Establecer un plan de comunicación interno.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**
No

Datos 2001 Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dirección de Gestión.

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

.....

Indicador 17. El hospital ha establecido un plan de comunicación interno.

Si
No **X**

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 18: IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DEL VOLUNTARIADO

La acción voluntaria se ha convertido hoy en día en uno de los instrumentos básicos de participación de la sociedad. Para regular esa participación se promulgó la Ley 6/1996 de Voluntariado y se elaboró el Plan Estatal de Voluntariado 1997-2000.

Los servicios sanitarios han experimentado un gran aumento de la demanda, en estos últimos años, debido a factores como el progresivo envejecimiento de la población y la exigencia de una mayor calidad de vida. Por ello y por lo expuesto con anterioridad, el INSALUD participó activamente en el diseño y desarrollo del Plan Estatal de Voluntariado. El INSALUD ha adquirido compromisos que ya ha ejecutado y otros que deberá cumplir en un futuro próximo, como permitir dar continuidad a las prestaciones que vienen desarrollando los objetores de conciencia.

La aplicación del Plan de Voluntariado en el INSALUD seguía una serie de criterios generales, ya elaborados desde los servicios centrales y difundidos en sus centros. Entre los compromisos adquiridos, está el establecer convenios de colaboración con las ONGs. Será necesario realizar una evaluación periódica de su desarrollo, para detectar posibles fallos y aplicar las medidas de mejora oportunas.

BIBLIOGRAFÍA:

-La incorporación de Organizaciones de Voluntariado en el INSALUD. INSALUD. Madrid 1998.

Objetivo operativo 18. Lograr la implantación del Programa del Voluntariado en todos los centros del Sescam que desarrollan actualmente el programa de colaboración social con objetores de conciencia.
--

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Relaciones Públicas.

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

.....
Indicador 18. ¿Se ha establecido algún convenio de colaboración con ONG's?

Si **X**

No

Datos 2001

Datos 2002 **X**

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

OBJETIVO GENERAL 19: DETECTAR A LOS PACIENTES CON RIESGO SOCIAL AL INGRESO

La Guía de organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada, incluye en su apartado 5.2 que los Servicios de Trabajo Social pueden recoger en su Cartera de Servicios la implantación de un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente. Este objetivo es relevante desde el punto institucional debido a su influencia sobre los ingresos y estancias innecesarias que pueden evitarse. El hospital debe coordinarse con los recursos sociosanitarios del Área para evitar estancias innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía de organización de trabajo Social en atención Especializada. INSALUD 2000

Objetivo operativo 19. Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

Datos 2001 **X**

Datos 2002

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Atención al Paciente. Unidad de Trabajadores Sociales.

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

.....

Indicador 19. Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento}}{\text{Nº pacientes en riesgo social detectados}} \times 100$$

METODOLOGÍA: Todos los pacientes considerados como de riesgo social en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio: **enero-noviembre 2001**.....

Población total del periodo de estudio: **1448**.....

Población estudiada: **176**

Total

X Muestra

Resultado

Nº 176 _____ x 100 =**12,15**..... %

Nº 1448

Pacto en el CG01Sí..... Resultado alcanzadoSí.....

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

3. Monitorización de indicadores

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir. La monitorización de indicadores de calidad sirve como complemento a la evaluación de los objetivos comunes. Su utilidad ha sido demostrada en programas de evaluación de indicadores, como el HEDIS, el “Maryland Hospital Association Quality Indicator Project”, o el “University Hospital Consortium”.

Una parte de los indicadores pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que se analiza centralizadamente. Estos indicadores miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos hospitales y entre distintas organizaciones. Estos indicadores tienen ciertas limitaciones metodológicas, lo que obliga a una utilización responsable de los datos, tanto a nivel local como al nivel de la organización. Es posible que haya razones que justifiquen que algunos hospitales tengan resultados muy diferentes al resto, pero quizá un estudio más profundo de las circunstancias les puede ayudar a detectar problemas no conocidos hasta entonces e implantar acciones de mejora para solucionarlos.

Existe otra serie de indicadores que no se pueden obtener automáticamente de los sistemas de información del CMBD y que precisan estudios específicos en los hospitales. Algunos son indicadores clínicos y otros evalúan la adecuación de la atención sanitaria. En general, hay que procurar utilizar indicadores que tengan una fácil interpretación clínica o de gestión, y sean útiles para que los profesionales mejoren su práctica asistencial. Para el año 2002, se mantienen los indicadores que están siendo útiles en la mejora continua de la calidad asistencial, y se incorporan algunos nuevos.

El hospital debe:

- Analizar los resultados de los indicadores, incluidos los que se obtienen del CMBD, las tendencias y compararse con el resto de los hospitales de su grupo.
- Llevar a cabo los estudios que le permitan obtener una serie de indicadores que no se obtienen automáticamente de los sistemas de información.
- Analizar las causas cuando los resultados estén alejados de la media, y siempre que aparezca un caso que se considere un suceso centinela.
- Llevar a cabo las medidas de mejora o acciones correctoras necesarias, y no limitarse a conocer los resultados.

En la evaluación final del hospital se valorará si se ha llevado a cabo la monitorización, pero no los resultados obtenidos. Tal como se expresa en las líneas generales del contrato, la monitorización de los indicadores clínicos tiene el objetivo de detectar problemas de calidad, pero su utilización no debe emplearse en la clasificación de hospitales ya que, las limitaciones del propio sistema de información y la presencia de otras variables no controladas o desconocidas, no permiten este uso. Sin embargo, esta información puede ser utilizada por el Servicio de Calidad del Sescam para pedir información a los hospitales sobre las acciones de mejora que se implanten cuando los valores se alejen de la media.

Los hospitales deben ser rigurosos en la metodología de evaluación, poniendo atención en la definición de los indicadores y en los tamaños muestrales.

BIBLIOGRAFÍA:

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial 1991;6:65-74.
- Gilmore CM, De Moraes Novaes H. Manual de gerencia de la calidad. Organización Panamericana de la Salud 1996.
- Saturno Hernández PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443.
- Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). Control de Calidad Asistencial 1991;6: 60-64.
- Angaran DM. Selecting, developing, and evaluating indicators. Am J Hosp Pharm 1991;48:1931-7.
- Sennet C. An introduction to HEDIS. Hospital Practice 1996;june 15:147-148.
- Mainous AG, Talbert J. Assessing quality of care via HEDIS 3.0. Arch Fam Med 1998;7:410-413.
- Kazandjian VA, Lied TR. Cesarean section rates: effects of participation in a performance measurement project. Journal on Quality Improvement 1998;24:187-196.
- Compendium of clinical indicators. University Hospital Consortium. UHC 1990.
- Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. Building measurement and data collection into medical practice. Ann Intern Med 1998;128:460-466.

3.1. Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD y otras bases de datos

Muchos de los resultados del grupo de indicadores incluidos en el Plan de Calidad se obtienen de la explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores pueden ser monitorizados en los hospitales y sus resultados ser conocidos por los servicios clínicos y/o las comisiones de calidad responsables de su valoración. Basándose en los resultados y las tendencias, podrán analizar las causas y proponer acciones de mejora.

1.1. Mortalidad potencialmente evitable. Existen una serie de procesos que, en un determinado rango de edad, no deberían producir mortalidad alguna. Sus datos provienen de los estudios de Holland, quien estableció una tabla de mortalidad evitable para todo el conjunto del sistema sanitario y para la asistencia sanitaria intrahospitalaria. Es un indicador centinela, ya que la aparición de un solo caso obliga a una investigación, para detectar problemas de calidad y corregir aquellas situaciones que pudieran haberlo provocado.

Con la periodicidad que el hospital decida, el sistema informático del hospital realizará una búsqueda para detectar casos de mortalidad que estén incluidos en la tabla de Holland para casos intrahospitalarios. Los servicios recibirán esta información y deberán emitir un informe pormenorizado a la Comisión de Mortalidad o en su defecto a la Dirección Médica en donde se indicará:

- Resumen de historia clínica del caso.
- Estudio pormenorizado de causas de mortalidad.
- Problemas de calidad detectados.
- Resoluciones tomadas en el caso particular.

La tabla de Holland es:

ENFERMEDAD	EDAD
Asma (Código 493)	5 – 64 años
Apendicitis (Código 540 al 543)	5 – 64 años
Hernia abdominal (Código 550 al 553)	5 – 64 años
Colelitiasis (Código 574), Colecistitis (Código 575)	5 – 64 años
Mortalidad materna (Código 640 al 676)	Todos
Mortalidad perinatal (Código 760 al 779)	Todos

BIBLIOGRAFÍA:

-Holland EE, Paul EA, Lakhani A. Avoidable deaths. The Lancet 1988; july 16:169.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total pacientes fallecidos en el hospital por causas potencialmente evitables} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ pacientes dados de alta por estas causas}}$$

MPE = $0 \times 100 / 3399 = 0 \%$

1.2. Tasa de mortalidad neonatal. Es un indicador de los riesgos neonatales. En su numerador se incluyen todos los recién nacidos fallecidos entre el parto y el día 28 de vida, y en el denominador, todos los recién nacidos.

Periodo de estudio: **enero – junio de 2002**
 TMN= N° de éxitus neonatales*1000/recién nacidos totales = $3*1000/1411 = 2,12$

1.3. Mortalidad perioperatoria por procesos (bypass coronario, fractura de cadera). Mortalidad producida en pacientes sometidos a algún procedimiento quirúrgico, en las primeras 48 horas tras la anestesia. Puede calcularse la mortalidad específica para algunos procedimientos frecuentes, por ejemplo, el bypass coronario o en la fractura de cadera. De todas formas, hay que ser especialmente cuidadoso en la interpretación de los resultados de este tipo de indicadores, ya que existen problemas metodológicos que pueden reducir su validez.

BIBLIOGRAFÍA:

-Muir Gray JA. Evaluación de los resultados obtenidos. En: Muir Gray JA. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Churchill Livingstone. Madrid 1997.

-Quality and performance in the NHS: Clinical Indicators. NHS. June 1999.

Mortalidad perioperatoria (Incluida la intraoperatoria) 48h

Fórmula del indicador

$$\frac{100 * \text{N}^\circ \text{ de muertos en menos de 48h}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones hospitalizadas}}$$

Resultado

$$100*21 / 4327 = \mathbf{0.485 \%}$$

Mortalidad perioperatoria (Incluida la intraoperatoria) 48h en fractura de cadera

Fórmula del indicador

$$\frac{100 * \text{N}^\circ \text{ de muertos en menos de 48h intervenidos de fractura de cadera}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones hospitalizadas}}$$

Resultado

$$0*100 / 249 = \mathbf{0.0 \%}$$

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

GRD	DESCRIPCION
6	LIBERACIÓN DEL TUNEL CARPIANO
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITREC
40	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD > 17
41	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD < 18
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRI
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BO
59	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17
60	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18
61	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD > 17
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC
160	PROC.SOBRE HERNIA EXCE.INGUI.&FEMORAL>17 SIN CC
162	PROC.SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL >17 SIN CC
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS CON CC
229	PRO.SOBRE MANO O MUÑECA,EXCE.PROC.MAYORES SIN CC
231	EXCIS.LOCAL&ELIMIN.DISP.FIJACION INT.EXC CAD&FEM
232	ARTROSCOPIA
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROC.NO MAL
267	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFER.PILONI
339	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17
340	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18
342	CIRCUNCISION EDAD>17
343	CIRCUNCISION EDAD<18
351	ESTERILIZACION, VARON
361	INTERRUPCION TUBARICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROT
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEO
494	COLECISTEC.LAPAR.SIN EXPLORAC.COND.BILIAR SIN CC

Periodo de estudio: **enero – septiembre 2001**

Altas potencialmente ambulatorias: **1537**

Estancias potencialmente ambulatorias: **3603**

Estancia media potencialmente ambulatoria: **2.34**

Altas potencialmente ambulatorias en > 65 años: **396**

Estancias potencialmente ambulatorias en > 65 años: **1179**

Estancia media potencialmente ambulatoria en > 65 años: **2.98**

1.5. Tasa de cesáreas. Relación entre el número de cesáreas (GRDs 370, 371, 650 y 651) y el número total de partos más cesáreas (GRDs 370, 371, 372, 373, 374, 375, 650, 651 y 652).

Las tasas de parto por cesárea han aumentado enormemente en todo el mundo, aunque de forma variable, según áreas geográficas y hospitales. En este aumento, se han implicado factores como la presentación de nalgas, inmadurez fetal, aumento de la utilización de la monitorización fetal, y medicina defensiva. Se ha señalado que uno de los factores que más influye es el estilo de práctica de los médicos².

BIBLIOGRAFÍA:

-Sarría Santamera A, Sendra Gutiérrez JM. Evolución de la tasa de cesáreas en España: 1984-1988. Gac Sanit 1994; 8:209-214.

Periodo de estudio: **enero – junio 2002**

TC = N° cesareas * 100 / N° de partos = $259 * 100 / 1396 = 18.55 \%$

1.6. Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM). Los reingresos urgentes por la misma CDM en un periodo de tiempo limitado ayudan a detectar problemas de no calidad en la asistencia hospitalaria previa.

Se analizan durante el período de estudio aquellos pacientes con más de un ingreso clínico. Se considera episodio inicial de un paciente al primer episodio de ingreso durante el año en curso y reingresos al siguiente o siguientes episodios de ingreso. Para cada uno de estos reingresos se calcula el período de tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso del mismo y la fecha de alta del episodio anterior. Por ejemplo, si durante el período de análisis un paciente ha ingresado tres veces en el hospital se consideraría que ha presentado un episodio inicial y dos reingresos:

1º. 10 al 14 de julio (episodio inicial).

2ª. 19 al 31 de julio (1er reingreso a los 5 días del anterior episodio).

3º. 7 al 10 de agosto (2º reingreso a los 7 días del episodio anterior).

Para intentar establecer que cada uno de estos reingresos se deba al mismo proceso o a un proceso relacionado con el episodio anterior se seleccionan solamente los casos que cumplen estas características:

Que el tipo de ingreso del episodio de reingreso sea urgente.

Que el período de tiempo transcurrido entre el reingreso y el episodio previo sea inferior a 30 días.

Que la Categoría Diagnóstica Mayor del Reingreso sea igual a la del episodio previo, es decir que sea el mismo sistema orgánico el afectado o idéntica la etiología de la enfermedad.

Los reingresos con estas características se cuantifican en tres períodos de tiempo, de 0 a 2 días, de 3 a 7 días y de 8 a 30 días.

0 – 2 días: **3,15 %**

3 – 7 días: **5,99 %**

8 – 30 días: **17,30 %**

1.7. Estancias prequirúrgicas. Estancia media preoperatoria de las altas (totales y sólo programadas) con GRD quirúrgico que tienen cumplimentado el campo fecha de la intervención y que esta se encuentra comprendida dentro del episodio clínico.

Periodo de estudio: **enero-septiembre 2001**

Estancia media preoperatoria total = **1.72 días**

Estancia media preoperatoria programada = **1.07 días**

1.8. Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.

Periodo de estudio: **enero – junio 2002**

343 ingresos de CMA*100/4234 de actuaciones quirúrgicas de CMA = **8,1 %**

3.2. Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales.

2.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.

Mide la cantidad de pacientes que tras ser atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias y ser dados de alta, regresa al mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de urgencias del hospital. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que le hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato. Por este motivo es preferible incluir los retornos por cualquier causa, dado que el sesgo introducido es menor y menos relevante.

BIBLIOGRAFÍA:

-Documento de trabajo SEMES-INSALUD sobre calidad en urgencias.

¿Tiene el hospital informatizados los registros en urgencias?

Sí
 No

Periodo de tiempo estudiado
1-15 de diciembre de 2001

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 23,33}{N \quad 936,18} \times 100 = \dots\dots 2,49 \dots\dots \%$$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

2.2. Sistema de vigilancia de las úlceras por presión.

El estudio EPINE es realizado en estos momentos por la gran mayoría de los hospitales del INSALUD. Por ello se solicita la prevalencia de pacientes con úlceras por presión, obtenido por el EPINE ya que es un factor de riesgo de la infección nosocomial. Este dato, al ser recogido con una metodología similar, puede ser comparado; aunque en realidad, está midiendo la prevalencia de pacientes ulcerados, y no la aparición de úlceras durante el ingreso hospitalario.

Además, el hospital debe tener un sistema de vigilancia de las úlceras de acuerdo a sus características. De esta forma, centrará la vigilancia sobre los pacientes o áreas que crea conveniente, para que el esfuerzo realizado se derive en el máximo beneficio para los pacientes. Los indicadores obtenidos pueden ser comparables cuando se mide en pacientes de las mismas características, con metodología similar.

Fórmula del indicador (*Epine*)

Número de pacientes con úlceras de decúbito
Número de total de pacientes estudiados (EPINE)

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 12}{N^{\circ} \quad 324} \times 100 = \dots 3,70 \dots \%$$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

Fórmula del indicador:

Número de casos de infección nosocomial en un día determinado $\times 100$
Número total de pacientes estudiados en ese día

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 17}{N^{\circ} \quad 324} \times 100 = \dots 5,25 \dots \%$$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

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

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en pacientes intervenidos} \times 100}{\text{Número de enfermos intervenidos}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 1}{N^{\circ} \quad 88} \times 100 = \dots \mathbf{1,13} \dots \%$$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

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

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones urinarias en pacientes sondados} \times 100}{\text{Número de pacientes sondados}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad \mathbf{2}}{N^{\circ} \quad \mathbf{53}} \times 100 = \dots \mathbf{3,77} \dots \%$$

Recordamos que se trata del grupo de pacientes sondados, exclusivamente (no confundir con la tasa de prevalencia de infección urinaria general).

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

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

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimiento} \times 100}{\text{Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento}}$$

A continuación se piden una serie de tasas de infección por procedimiento quirúrgico o por tipo de cirugía. Los hospitales deben enviar los datos que su sistema de vigilancia les ha permitido obtener, para los procedimientos o procedimientos quirúrgicos previamente definidos por el centro en función de sus necesidades.

Lógicamente, aquellos hospitales que han pactado y alcanzado un nivel de vigilancia en el que está incluido un estudio de incidencia, deben ser capaces de responder a alguno de los datos que se piden a continuación. Además es muy importante que hayan especificado en el objetivo del Plan de Calidad Común, si el sistema de vigilancia es activo o pasivo, ya que las tasas pueden cambiar en función del método utilizado.

Procedimiento Quirúrgico Estudiado	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
Colectomía	Enero – octubre 2001	8 / 57 = 14.03%	ASA 1: 1/2=50% ASA 2: 5/25=20% ASA 3: 2/29=6,8% ASA 4: 0/1=0 ASA 5
Mastectomía	Enero – octubre 2001	1 / 45 = 2,2%	ASA 1: 0/13=0 ASA 2: 0/25=0 ASA 3: 1/5=20% ASA 4: 0/2=0 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	Enero – octubre 2001	6 / 564 = 1,06%	ASA 1: 0/74=0 ASA 2: 1/228=0,4% ASA 3: 1/5=20% ASA 4: 2/31=6,4% ASA 5
Limpia contaminada	Enero – octubre 2001	19 / 283 = 6,71%	ASA 1: 3/58=5.1% ASA 2: 11/142=7.7% ASA 3: 5/77=6.5% ASA 4: 0/6=0 ASA 5
Contaminada	Enero – octubre 2001	17 / 187 = 9.09%	ASA 1: ¼=25% ASA 2: 10/111=9.01% ASA 3: 4/61=6.5% ASA 4: 2/3=66% ASA 5
Sucia	Enero – octubre 2001	10 / 61 = 16.4%	ASA 1: ¼=25% ASA 2: 1/19=5.2% ASA 3: 8/35=22.8% ASA 4: 0/3=0 ASA 5

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

2.7. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).

Los hospitales deben de tener un sistema de vigilancia de la infección nosocomial de acuerdo a sus características. Dicho sistema proporciona una serie de medidas de la ocurrencia de infección nosocomial, que permiten al hospital detectar brotes, conocer su evolución en el tiempo, y comparar sus tasas con hospitales de complejidad similar.

Los criterios utilizados para definir infección respiratoria:

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 telescópado ($< 10^3$, 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

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica} \times 1000}{\text{Días totales de ventilación mecánica}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 24}{N^{\circ} \quad 1265} \times 1000 = \dots\dots 18,97$$

Periodo estudiado... **enero-octubre 2001**

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.

Una de las características que debe tener una asistencia de calidad es la adecuación. La asistencia sanitaria debe ser apropiada a las necesidades, los recursos, y el conocimiento científico. La prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria aumenta el riesgo de eventos adversos, como la infección nosocomial. La reducción del uso innecesario produce una disminución de los tiempos diagnósticos que puede reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes. La información sobre el uso innecesario a clínicos y gestores se ha mostrado eficaz para reducir el uso innecesario.

El AEP es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos. Trata de identificar las causas, como problemas de organización hospitalaria, pautas de hospitalización conservadoras, falta de recursos asistenciales extrahospitalarios, etc. Este protocolo no evalúa la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, existiría una proporción superior de utilización inadecuada no detectada con este instrumento.

El indicador propuesto se mide con este protocolo. Se debe aplicar en el GDR con EM más desviada de la media respecto a su grupo. Puede darse el caso de que dicho GDR sea muy poco importante en cuanto a número de pacientes. En tal caso, se seleccionará el siguiente GDR, hasta estudiar alguno con un número importante de pacientes, ya que de esta forma, las medidas correctoras tendrán más impacto.

Es importante insistir en que es imprescindible utilizar la herramienta (el AEP) para obtener el resultado de este indicador. No es posible obtenerlo si no se utiliza aquella. Si no disponéis del protocolo AEP, por favor poneos en contacto con el Servicio de Calidad del Sescam.

BIBLIOGRAFÍA:

-Saturno Hernández PJ, García Hernández L. Evaluación del uso adecuado de la hospitalización; resultados de la aplicación del AEP en un hospital general universitario. I Congreso Nacional y VII Internacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Santiago de Compostela, 22-25 de septiembre de 1993.

-Restuccia JD, Payne SMC, Lenhart G, Constantine HP, Fulton JP. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. Health Care Manage Rev; 1987; 12(3):17-27.

-Lorenzo S. Revisión de la utilización de recursos. Estudios realizados en España. Rev calidad asistencial 1997;12:122-136.

-Tejedor Muñoz J, Moro Aguado J, Zancajo Castañares JL, González Pastrana MJ. Identificación de la estancia apropiada en cuatro GRD quirúrgicos como aportaciones al ciclo de mejora de la calidad. Rev Calidad Asistencial 1999;14:767-772.

Periodo estudiado

Este indicador no se ha evaluado en 2001 ni 2002.

2.9. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.

Es el porcentaje de intervenciones programadas a realizar con ingreso que son anuladas con posterioridad a su inclusión en parte quirúrgico por cualquier causa, independientemente de que sean sustituidas o no.

Es un cálculo informático sobre la base de datos hospitalaria que registra las intervenciones quirúrgicas programadas. Es importante conocer las causas de las suspensiones para implantar acciones de mejora; por lo tanto se debe establecer un sistema de registro de las causas.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de intervenciones programadas suspendidas} \times 100}{\text{Nº de intervenciones programadas}}$$

Periodo de estudio
Enero-octubre 2001

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 985}{\text{Nº } 12210} \times 100 = \dots\dots 8,06 \dots\dots \%$$

Señalar la causa más frecuente:

CAUSA DE SUSPENSIÓN	
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, complicación clínica, etc.)	
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	
Modificación de la la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, problemas técnicos, averías, etc.)	
Falta por completar el estudio preoperatorio	
Varios, desconocida	

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

2.10. Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.

La actividad desarrollada en consultas externas, surgida como apoyo a la de hospitalización, ha ocupado tradicionalmente un papel secundario frente a ésta. El mayor consumo de recursos de la hospitalización y la atención a casos más complejos de las diferentes especialidades médicas en esta modalidad asistencial, justifica un mayor interés por esta área de gestores y profesionales sanitarios.

En los últimos años, sin embargo, la conjunción de una serie de factores ha modificado este comportamiento promoviendo que las consultas externas cobren un mayor protagonismo. Entre estos factores cabe destacar la tendencia a la atención ambulatoria de los procesos en detrimento de la hospitalización; incremento de la actividad en consultas, como consecuencia lo anterior y del aumento de la demanda; demoras excesivas en consultas externas, con lo que ello supone de pérdida de calidad de la asistencia; deficiencias en la gestión de la actividad de consulta externa que genera insatisfacción en pacientes y profesionales.

El año pasado se incluyó un indicador que medía el porcentaje de suspensión de consultas, pero este indicador no fue definido de forma precisa y por tanto, fue medido de forma heterogénea. **El indicador a monitorizar este año se adaptará al contenido y definiciones de la Guía de Gestión de Consultas Externas.**

Según aquella, la **suspensión** o anulación es la cancelación de la cita.

La **reprogramación** es el cambio de fecha de la consulta, que comprende desprogramación, asignación de la nueva fecha de cita y comunicación de ésta al paciente.

El sistema de información necesario para la gestión de las CCEE y obtención automática de indicadores aún no se ha implantado en todos los hospitales, por lo que la obtención de información sobre estos aspectos deberá llevarse a cabo a través de estudios específicos prospectivos algunos los hospitales.

Fórmula del indicador

2.10a:

$$\frac{\text{Nº de citas anuladas} \times 100}{\text{Nº de citas programadas}} = \frac{4214 \times 100}{132374} = 3,18 \%$$

2.10b:

$$\frac{\text{Nº de citas reprogramadas} \times 100}{\text{Nº de citas programadas}} = \frac{10214 \times 100}{132374} = 7,71 \%$$

Periodo de estudio: durante un mes.

Especialidades a evaluar: aquellas recogidas como de libre elección en el Real Decreto 8/1996 de 15 de Enero: Cardiología, Cirugía General y del aparato Digestivo, Dermatología Médico-Quirúrgica y Veneorología, Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Neumología, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, ORL, Traumatología y Cirugía ortopédica, y Urología.

Referir las causas más frecuentes de reprogramación:

- 1.- Solicitud del paciente.
- 2.- Solicitud del médico.
- 3.- Bloqueo del dietario.
- 4.- Causa administrativa.

BIBLIOGRAFÍA:

-Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada. INSALUD.

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

2.11. Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SHU) son el primer contacto con el hospital para muchos ciudadanos. La imagen del centro está muy mediatizada por la de su Servicio de Urgencias. El tiempo en ser atendido es la causa del 20% de las quejas producidas en estos servicios. El tiempo de permanencia de los pacientes puede ser utilizado como indicador de calidad en la evaluación de los SHU.

Una característica fundamental de la atención urgente es la rapidez. El paciente en urgencias debe ser atendido sin grandes dilaciones con el objetivo de identificar en poco tiempo su problema, y buscarle la solución más adecuada en el contexto real en que se presenta. Un tiempo de estancia prolongado puede significar que existen déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc.

BIBLIOGRAFIA:

-Barber Pérez P, González López, Valcárcel B. Simulación de una unidad hospitalaria de urgencias y su uso potencial para la gestión. Gaceta Sanitaria 1994; 8(44): 239-247.

-Rodríguez Gutiérrez CR, Romera García MT, Menéndez Rivera JJ, Losa Campillo JL, Mendieta Lázaro JM et al. Estudio de tiempos en el área de urgencia hospitalaria. Gaceta Sanitaria 1992; 6(30): 113-116.

-Soler Pérez W, Chasco Ros FJ, Expeleta Urcelay E, Serrano Rodríguez S. Tiempos de espera en urgencias. Control de calidad interno y externo. Todo Hospital 1996;129 (septiembre): 7-13.

2.11a. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias.

X Se ha obtenido del sistema de información de urgencias.

Se ha realizado un estudio específico

Se han detectado las causas

Periodo de estudio

1 de enero- 30 de noviembre 2001

Resultado

$\frac{N^{\circ} \quad 47858}{N^{\circ} \quad 109887} \times 100 = 43,55 \%$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

2.11b. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.

Periodo de estudio

1 de enero- 30 de noviembre 2001

Resultado

$$\frac{N^{\circ} \quad 12922}{N^{\circ} \quad 109887} \times 100 = 11,75 \%$$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

2.12.. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.

La radiografía de tórax continúa siendo ampliamente utilizada en el estudio preoperatorio para el despistaje de patología pulmonar a pesar del alto coste y bajo rendimiento demostrado y el carácter acumulativo de las radiaciones.

Según el grupo de expertos que elaboraron el informe enviado a todos los hospitales "Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático", realizado por la Agencia de Evaluación Vasca y de otras agencias, no existe evidencia científica documentada de que la radiografía de tórax tenga un efecto favorable en la disminución del riesgo perioperatorio. En el paciente sano menor de 60 años no debe solicitarse radiografía de tórax de rutina.

BIBLIOGRAFÍA:

- Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático. OSTEBA Junio 1994.
- Preoperatives routines. The Swedish Council on Technology Assesment in Health Care.

Fórmula del indicador

$$\frac{N^{\circ} \text{ pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ que tiene RX tórax en el estudio preoperatorio} \times 100}{N^{\circ} \text{ pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ con estudio preoperatorio estudiados}}$$

Resultado

Periodo de estudio:

17-21 diciembre 2001

$$\frac{N^{\circ} \quad 15}{N^{\circ} \quad 45} \times 100 = \dots\dots 33,3 \dots\dots \%$$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

2.13. Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.

El objetivo de esta monitorización es determinar la adecuación de los accesos venosos en los servicios de urgencias hospitalarios (S.U.H.). Un reciente estudio en España señala que una parte importante de los accesos venosos practicados en los servicios de urgencia son innecesarios, generando riesgos yatrogénicos, carga de trabajo y coste económico. Es un aspecto novedoso, poco estudiado en nuestro país, y susceptible de ser evaluado y mejorado.

BIBLIOGRAFÍA:

-Velasco Díaz L, Fernández González B, García Rios S, Hernández del Corro E. Evaluación de las vías de acceso venoso innecesarias en un servicio de urgencias. Med Clin (Barc) 2000;114:89-90.

-Peiró S. Demasiadas vías muertas: dos de cada cinco vías de acceso venoso en urgencias hospitalarias son innecesarias. Gestión Clínica y Sanitaria 2000;2 (1):16.

La metodología propuesta consiste en la realización de un estudio prospectivo o retrospectivo (dependiendo de las características específicas del servicio de urgencias de cada hospital y de su sistema de registro).

La población de estudio sería conveniente escogerla en los meses de Mayo u Octubre evitando de esta forma la estacionalidad que provocaría un sesgo en los resultados. Se realizará un muestreo aleatorio simple en el área de urgencias correspondiente a Medicina Interna (según la tabla aportada para el cálculo del tamaño muestral para estudios de historias clínicas).

Criterios de adecuación: han de presentarse al menos uno de ellos para considerar que el acceso venoso es adecuado.

- 1.- Paciente sometido a TT^o intravenoso en el S.U.H.
- 2.- Paciente ingresado en hospitalización tras recibir la atención en el S.U.H.
- 3.- Paciente al que se le ha practicado más de dos extracciones sanguíneas secuenciadas durante su permanencia en el S.U.H.

¿El servicio de urgencias de su hospital está distribuido en áreas?

si **X**

no

Describa las áreas de su servicio de urgencias:

Clasificación, Consulta rápida, Traumatología, Medicina Interna - Especialidades y Observación.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ pacientes que cumplen criterios de adecuación de acceso venoso}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes con acceso venoso}}$$

Resultado

Nº total de pacientes atendidos en el área de Medicina Interna del S.U.H.: **276**

Nº de pacientes con acceso venoso: **105**

Nº de pacientes estudiados: **105**

$$\frac{\text{N}^{\circ} \quad 97}{\text{N}^{\circ} \quad 105} \times 100 = \mathbf{92,38 \%}$$

Periodo de estudio: **14 de octubre y 6 de diciembre de 2001.**

Acciones de mejora.....
 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

2.14. Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital.

Las funciones investigadora y docente son parte de las actividades realizadas por un hospital, junto a las puramente asistenciales. Por ello, es conveniente que también sean monitorizadas desde el Plan de Calidad.

Indicador

Nº sesiones generales del hospital durante el año

Resultado

Nº sesiones: ...**26**.....

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

2.15. Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.

Actualmente se incorpora rápidamente al mercado un número elevado de medicamentos con características e indicaciones clínicas similares. Muchos de ellos son derivados de la molécula original, con pequeñas diferencias estructurales, con ventajas farmacoterapéuticas potenciales y poco documentadas y un perfil económico desfavorable frente a fármacos de seguridad y eficacia contrastadas. Se medirá el número total de principios activos que conforman la guía del hospital, siguiendo la codificación de principios activos del Nomenclator Oficial del INSALUD.

Indicador

Nº total de principios activos que conforman la Guía Farmacoterapéutica.

Resultado

Nº de principios activos ...**509**.....

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

2.16. Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la guía farmacoterapéutica.

Este objetivo profundiza en la línea de trabajo orientada a adaptar la guía farmacoterapéutica a la actividad asistencial de hospital orientada cada vez más a los procedimientos que se realizan de forma ambulatoria.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la Guía Farmacoterapéutica}}{\text{Nº total de prescripciones a través de receta}} \times 100$$

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 74.896}{\text{Nº } 116.602} \times 100 = \mathbf{64,23 \%}$$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

2.17. Porcentaje de coste farmacoterapéutico asignado a paciente sobre el coste total en medicamentos del hospital (excluyendo los derivados de la prescripción a través de receta).

Se utilizarán como fuente los datos de Contabilidad Analítica.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Coste total (ptas) asignado directamente a pacientes}}{\text{Coste total (ptas)}} \times 100$$

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 306.529.896}{\text{Nº } 1.560.396.094} \times 100 = \mathbf{19,64\%}$$

Acciones de mejora.....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

PROPUESTA DE NUEVOS ESTÁNDARES/OBJETIVOS/INDICADORES PARA EL AÑO 2003:

- **Plan de Educación para la Salud.**

Albacete a 15 de septiembre de 2002

Fdo.: Jesús Martino Sánchez Martínez
Director Gerente del Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete.
