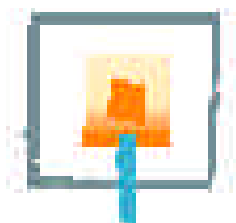




HOSPITAL "MORALES MESEGUER"

**MEMORIA DEL PLAN DE CALIDAD
2001**

UNIDAD DE CALIDAD



Unidad de Docencia, Investigación y Calidad

U D I C A

INDICE

Introducción	3
I.- Definición de Calidad.	4
II.- Valores Prioritarios del Hospital Morales Meseguer	5
..	
III.- Objetivos Generales del Plan de Calidad	5
IV.- Resultados globales del Plan de Calidad 2001	6
V.- Estándares de la Organización (INSALUD)	7
..	
VI.- Objetivos de calidad del Programa de Gestión 2001	7
VII- Monitorización de indicadores de calidad:	
1. Evaluados en el Hospital	13
2. Obtenidos del CMBD	14
VIII.- Objetivos de Servicios y Unidades	15
1. Servicios Clínicos.....	15
2. Unidades de Enfermería	17
3. Servicios No Asistenciales.....	18
4. Dirección del Hospital	20
IX.- Objetivos de las Comisiones Clínicas	20
X.- Grupos de Mejora (activos en 2001).....	22
XI.- Formación en Gestión de Calidad	24
XII.- Investigación en Gestión de Calidad	24
A. Proyectos de investigación en Calidad.....	24
B. Participación en el XIX Congreso Nacional de Calidad	25
C. Participación en otras reuniones científicas	27
XIII.- Agentes de la Calidad. Profesionales responsables de Objetivos, Monitorización de indicadores y Comisiones Clínicas	28
XIV.- Premios de la Calidad y Formación en 2001	31
XV.- Conclusiones: Resumen de resultados en 2001. Objetivos prioritarios para el 2002 ...	33
 <u>ANEXOS</u>	
ANEXO 1: Gráfico resumen de objetivos del Plan común de INSALUD	34

INTRODUCCION

El **Plan de Calidad del Hospital "Morales Meseguer"**, iniciado en 1997 y desarrollado posteriormente en fases sucesivas se fundamenta en al principio de Calidad Total, que supone la participación de todos los componentes del centro (Servicios/Unidades y personas), con una actitud compartida enfocada a la mejora continua, la atención al paciente y la colaboración con el equipo. Se sigue la metodología de Garantía y Mejora Continua, con 3 líneas de desarrollo: Diseño de la Calidad, Monitorización y Ciclos de Mejora; y con apoyo de actividades de Formación e Investigación en Gestión de Calidad.

En el año 2001, continuamos el camino trazado para su aplicación, con la definición de los Objetivos del Plan de Calidad del Hospital en su conjunto. En consonancia con este, se determinaron los objetivos para cada uno de sus componentes, agrupados en los apartados de: Dirección, Servicios Asistenciales (médicos, quirúrgicos y centrales), Unidades de Enfermería, Servicios No Asistenciales, Grupos de Calidad (Comisiones Clínicas, Grupos de Mejora y Unidad de Calidad) y profesionales del centro. Se pretende el desarrollo progresivo de planes de calidad específicos de cada Unidad. Los resultados conseguidos siguen manteniendo el alto nivel alcanzado por nuestro hospital en años anteriores, gracias, una vez más, a la dedicación y esfuerzo de la mayoría de los profesionales del centro, verdaderos Agentes del Plan de Calidad.

Durante este año, se han producido **nuevas aportaciones y hechos destacables**, que suponen claros avances en el desarrollo de la Gestión de la calidad de nuestro centro. Son los siguientes:

1. **Ampliación importante del Plan Global del Hospital**, basado en el común del INSALUD, con 24 objetivos y 30 indicadores nuevos respecto a años previos. Entre estos cabe destacar:
 - Implantación de la nueva **encuesta posthospitalización**
 - **Uso adecuado de medicamentos** (9 indicadores)
 - Adhesión a las **Guías de Gestión de Servicios Centrales**
 - Control de **sucesos adversos de pacientes** (caídas, úlceras, reacciones a fármacos)
 - **Satisfacción del cliente interno** (4 indicadores)
 - **Gestión analítica** (Contabilidad Analítica, Comisión de Adquisiciones)
 - Potenciación de actividades de **Formación e Investigación en Calidad**
 - Potenciación de la **Unidad de Calidad**
2. **Mayor implicación de la Gerencia** del Hospital en la implantación del Plan de Calidad, con las siguientes mejoras:
 - **Pacto de Objetivos de Calidad específicos** para cada uno de los Servicios y Unidades (asistenciales y no asistenciales)
 - Celebración de **2 Sesiones Generales del Hospital** sobre resultados y objetivos del Plan de Calidad.
 - **Apoyo e incentivación** para la participación de los profesionales en el Congreso Nacional de Calidad (coste de inscripciones y póster asumido por el Hospital)
 - Mejoras en los sistemas de información y comunicación interna con la creación de la **página Web** del Hospital (www.hmmg.insalud.es) y el **boletín informativo interno** ("Magazín Morales")
 - Creación de los **Premios de la Calidad y Formación del Hospital Morales Meseguer**, para los mejores Servicios y Unidades, Comisiones Clínicas, Grupos de Mejora y Cursos de Formación, con elección de premiados en 2001 y entrega de premios en Sesión Plenaria.
3. **Participación muy importante en el XIX Congreso Nacional de Calidad Asistencial**, celebrado en Murcia, con la presentación de 64 comunicaciones (25 orales y 39 póster), 2 de ellas premiadas. Además el Hospital presentó un estant aportando nuestras principales experiencias documentales relacionadas con el Plan de Calidad.
4. **Implicación progresiva de la mayoría de los profesionales** del centro en actividades de mejora de la calidad, con participación en los grupos de calidad (14 Comisiones Clínicas y 43 Grupos de Mejora activos) y en cursos de formación en calidad (87 profesionales).

Dentro de nuestro Plan de Calidad específico, existen aun otras **actividades pendientes de desarrollo** en el futuro. Entre estas podemos destacar las siguientes:

- Plan de Calidad global del Hospital según el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total (EFQM), impulsado por la Dirección.
- Planes de Calidad específicos de los distintos Servicios / Unidades (Según las Unidades se proponen los modelos de Garantía y Mejora Continua, EFQM o las Normas ISO 9001)
- Potenciación de la Unidad de Calidad con ampliación de dotación y profesionales con dedicación específica a la Unidad
- Objetivos y Planes de Calidad compartidos con Atención Primaria (en el Área Sanitaria) y con otros hospitales de la región (Servicio Murciano de Salud).

Se resumen los principales resultados obtenidos en 2001, dentro de los distintos **capítulos definidos en nuestro Plan de Calidad**. Estos son:

- **Filosofía de actuación:** Definición de Calidad, Valores Prioritarios del Hospital y Objetivos Generales del Plan de Calidad
- **Objetivos de Calidad** de: INSALUD y Hospital, Servicios/Unidades, Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora
- **Monitorización** de indicadores de calidad
- **Docencia, Formación Continuada e Investigación** en Gestión de Calidad

José Antonio Andreo Martínez
Coordinador de Calidad.

I.- DEFINICION DE CALIDAD.

Calidad de Atención Sanitaria.- Es la provisión de servicios:

- Accesibles y equitativos
- Con nivel profesional óptimo
- De acuerdo a los recursos disponibles
- Que logra la satisfacción de los usuarios (clientes externos)
- Que logra la satisfacción de los profesionales (clientes internos)

(Definición ampliada del Programa EMCA de la Región de Murcia y Palmer 1983)

Calidad Total.-

Supone la extensión de la calidad, en todas sus dimensiones y a toda la empresa (implicación de todos los departamentos, estamentos, personas y procesos).

Es una actitud compartida por todos y cada uno de los profesionales de la empresa, que pretende lograr la mejora continua de los procesos y la satisfacción del cliente externo (necesidades y expectativas) y del cliente interno (formación, participación y motivación).

II.- VALORES PRIORITARIOS DEL HOSPITAL:

(Principios Generales de Actuación)

A. ACTITUD PERSONAL:

- 1. Atención sanitaria – Competencia Profesional** (correcta → óptima)
- 2. Información a pacientes y familiares** (suficiente sin demora)
- 3. Trato humano** (educado y amable)
- 4. Integración y colaboración con el equipo**
- 5. Agilidad**

B. ENTORNO DE TRABAJO:

- 6. Control de la situación** (“tranquilidad”)
- 7. Limpieza**
- 8. Orden** (cada cosa en su lugar y cada actividad en su tiempo)
- 9. Silencio**
- 10. Integración y colaboración con otros sectores sanitarios**

III.- OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE CALIDAD:

- 1º. Introducir y difundir la **cultura de calidad**
- 2º. Sensibilizar hacia la **atención al paciente**
- 3º. Mejorar la **práctica asistencial**
- 4º. Mejorar las **relaciones internas** (entre profesionales y con la Dirección)
- 5º. Mejorar la **relación Primaria - Especializada**
- 6º. Aumentar la **responsabilidad participativa** de mandos intermedios
- 7º. Mejorar la **imagen externa** del hospital
- 8º. Cumplir **normas de acreditación**

IV.- RESULTADOS GLOBALES DEL PLAN DE CALIDAD 2001.

(Valoración de indicadores de los Objetivos del Contrato de Gestión y de Monitorización)

- **Nivel de cumplimiento global alto:**
 - Nivel A (máximo) en 87%
 - Nivel B en 5%
- **Cumplimiento del pacto** (Contrato de Gestión) en 94%
- **Mejora respecto a 2000** en 52%
- **Superior al Grupo II de Hospitales** en 61%
- **Participación de Unidades y Profesionales:**
 - Objetivos de calidad en todos los Servicios
Asistenciales y No Asistenciales (100%)
 - 14 Comisiones Clínicas
(3,7 objetivos / Comisión cumplidos)
 - 43 Grupos de Mejora
 - 87 profesionales en Cursos de Calidad

V. ESTÁNDARES DE LA ORGANIZACIÓN (INSALUD)

ESTÁNDAR	Nivel del HMM (pactado)
1. Acompañamiento en la dilatación y parto	No aplicable
2. Plan de Acogida (documentado e implantado)	1 (Ídem)
3. Guía del Hospital para pacientes	1 (Ídem)
4. Hospitalización padres-hijos	No aplicable
5. Gestión de reclamaciones	1 (Ídem)
6. Cumplimiento del Consentimiento Informado	2 (1)
7. Sistema de vigilancia de infección nosocomial	1 (Ídem)
8. Protocolos y cuidados en paciente sondado	1 (Ídem)
9. Donación y trasplante de órganos	1 (Ídem)
10. Liderazgo de la Gerencia en implantación del Plan de Calidad	1 (2)

VI. OBJETIVOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE GESTION 2001

Objetivo	Indicador	Nivel (pactado) <u>Alcanzado</u>	Resultado <u>2001</u>	<u>Res. 2000</u> (Dif)	<u>Res.2000</u> <u>Grupo</u> (Dif)	<u>Pacto</u> <u>2002</u>
CALIDAD PERCIBIDA Y DERECHOS DE LOS PACIENTES						
1. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	Elaboración de Guía para la Información y el C. Informado		Sí	Sí		
	% S. con plan documentado de información a familiares	(A) A	95,7%	95,7%	92% (+3,7)	
2. SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ATENCIÓN RECIBIDA	Implantación de Encuesta posthospitalización	(SÍ) SÍ	SÍ	----		
	% Pacientes satisfechos / muy satisfechos con la atención recibida		92%	-----		
	% Pacientes con primeras recetas en consultas y al alta	(B) A	98,5%	----	59% (+39,2)	
CALIDAD CIENTÍFICO - TÉCNICA						
3. PROTOCOLOS / VIAS CLINICAS	Nº protocolos implantados y evaluados en Servicios Asistenciales	(35) 40	40	31 (+9)	27 (+13)	
	- Cataratas	(A) A	100 %	100%	90%	
	- Amigdalectomía y adenoidectomía	(A) A	100 %	98%	98%	

- Hiperplasia Benigna de Próstata	(A) A	100 %	97%	96%	
- Utilización de Litotricia		100 %			
- Utilización de Estudio Urodinámico		99 %			
- Profilaxis antibiótica en cirugía urológica endoscópica		74 %			
- Prótesis total de rodilla	(A) A	100 %	100%	98%	
- Prótesis total de cadera	(A) A	100 %	100%	99%	
Indicador	Nivel (pactado) Alcanzado	Resultado 2001	Res. 2000 (Dif)	Res.2000 Grupo (Dif)	Pacto 2002
- Hallux valgus	(A) A	100 %	100%	99%	
- Utilización de RMN cerebral		94 %			
- Utilización de TAC craneal urgente		64 %			
- Utilización de Oxigenoterapia Domiciliaria		95 %			
- Profilaxis antibiótica en cirugía		88 %			
- Utilización de Ecografía Transanal		97 %			
- Seguimiento postoperatorio de pacientes intervenidos por cáncer colorrectal		57 %			
- Estudio radiológico preoperatorio en el Servicio de Cirugía General		63 %			
- Profilaxis antibiótica en el Servicio de Cirugía General		94 %			
- Cumplimentación del informe de alta de CMA en el Servicio de O.R.L.		20%			
- Calidad de TAC de tórax y abdomen realizadas a pacientes del H. Morales Meseguer en centros concertados.		54%			
- Utilización de Ecografía solicitada desde el Servicio de Urgencias		78%			
- Utilización de Tirofiban en Angor inestable e IAM no Q		89 %			
- Estudio analítico sistemático en donante de órganos.		67 %			
- Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en pacientes médicos.		52%			
- Proceso de atención a pacientes con úlceras corneales en Urgencias		79%			
- Uso de tratamiento anticoagulante en pacientes con angor inestable		80 %			
- Utilización de Albúmina intravenosa		96 %			
- Uso de Gammaglobulina intravenosa		90 %			
- Uso de Somatostatina		97 %			
- Uso de Factores Estimulantes de las Colonias		100 %			
- Utilización de Levofloxacin		68 %			
- Utilización de Anfotericina B lipídica		100 %			
- Utilización de Ondansetrón		86 %			
- Utilización de Toxina Botulínica		100 %			
- Utilización de Clozapina		100 %			
- Utilización de Etitropoyetina		94 %			
- Utilización de Infliximab		100 %			

- Utilización de Uroquinasa		100 %			
- Proceso de distribución de medicamentos en dosis unitarias		82 %			
- Prescripción y preparación del protocolo citostático de CHOP		56 %			
- Calidad del procedimiento de Alta Voluntaria		68%			
% pacientes con profilaxis AB según protocolo (totales)	(B) B	87,6 %	88,2% (--)	82% (+5,6%)	
% pacientes con profilaxis AB según protocolo (cirugía limpia)		87%	91%		
% pacientes con profilaxis AB según protocolo (c. limpia con implantes, limpia contaminada y contaminada)		88%	87,4%		
Indicador	Nivel (pactado) Alcanzado	Resultado 2001	Res. 2000 (Dif)	Res.2000 Grupo (Dif)	Pacto 2002
Nº protocolos implantados y evaluados en Unidades de Enfermería		14	3 (+11)	12 (+2)	
- Preparación de estudio coronariográfico		76 %			
- Actuación de enfermería ante pacientes febriles en la Unidad de Trasplante de Médula Ósea		100 %			
- Cumplimentación gráfica de enfermería en hospitalización		77 %			
- Control de muestras enviadas a Anatomía Patológica desde Quirófano		97 %			
- Cumplimentación del Informe de Alta de Enfermería en hospitalización		39 %			
- Reenvasado de medicamentos en Farmacia		95%			
- Preparación de citostáticos en Farmacia		50%			
- Preparación al paciente prequirúrgico en el área de Urgencia		86 %			
- Revisión del carro de resucitación cardiopulmonar en UCI		38 %			
- Administración de medicación en UCI		53 %			
- Registro de Enfermería al Alta en UCI		42 %			
- Protocolo de instilaciones vesicales en tumoración vesical		57 %			
- Preparación para prueba de esfuerzo		86 %			
- Toma de muestras sanguíneas en plantas de hospitalización		81 %			
% de pacientes tratados de acuerdo a <u>protocolos de sociedades científicas</u>	(A) A	98%	99% (-1%)	97% (+1%)	
Guía de práctica clínica en Urgencia General	(Sí) SÍ	SÍ			
Nº vías clínicas implantadas y evaluadas	(10) 10	10	2 (+9)	4 (+6)	
Nº protocolos implantados y evaluados en Servicios No Asistenciales	(20) 21	21	----	6,8 (+14)	
- Tramitación de solicitudes de documentos clínicos por usuarios externos		88%			

	- Cumplimentación del consentimiento informado (global y por Servicios)		80%			
	- Calidad del informe de alta (global y por Servicios)		84%			
	- Concordancia de datos entre Admisión y Enfermería respecto al recuento de camas y ubicación de pacientes		98%			
	- Tramitación de reclamaciones gestionadas a través del seguro de responsabilidad civil		90%			
	- Realización de copias de seguridad de servidores centrales		71%			
	- Realización del plan de acogida		95%			
	- Contestación de reclamaciones		80%			
	- Adecuación de la intervención social en pacientes hospitalizados		67%			
	- Recepción y entrada de mercancías (cuadre)		81%			
	- Salidas y distribución de material (no rotura de stock)		98%			
	- Facturación a terceros de prestaciones a lesionados en accidente de tráfico		80%			
	- Cumplimentación de planillas para petición de dietas a cocina		25%			
	Indicador	Nivel (pactado) Alcanzado	Resultado 2001	Res. 2000 (Dif)	Res.2000 Grupo (Dif)	Pacto 2002
	- Tramitación de propuesta de adquisición de artículos inventariables		17%			
	- Tramitación de pedidos y distribución de ropa de Unidades de Hospitalización		70%			
	- Adecuación de stocks de ropa limpia en Unidades de Hospitalización		80%			
	- Realización de certificados de empresa		94%			
	- Realización de certificados de servicios prestados		100%			
	- Archivo de documentación validada en el SICOSS		97%			
	- Recepción, distribución y pago del material inventariable		78%			
	- Adecuación de la respuesta a los avisos y peticiones cursados al Servicio de Mantenimiento		43 %			
4. UTILIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGIA	RMN cerebral	(B) A	94%	86% (+8%)	90% (+4%)	
	TAC craneal urgente	(B) D	64%	72% (-8%)	94% (-30%)	
	Oxigenoterapia domiciliaria	(B) A	96%	68%		
5. REDUCIR LOS SUCESOS ADVERSOS	Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados	(Sí) SÍ	0,2%	---		
	Medidas para reducir efectos adversos de medicamentos	(Sí) SÍ	SÍ	---		
6. CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN	Guía fármaco terapéutica con actualización periódica	(A) A	SÍ	---		
	Modelo de informe técnico de evaluación de medicamentos	(Sí) SÍ	SÍ	---		
	% prescripciones de principios activos nuevos de nula / baja aportación terapéutica	(< 1%) >1%	69%	----	4% (+65%)	

	Protocolo de equivalentes terapéuticos	(Sí) SÍ	SÍ	---		
GESTIÓN CLÍNICA						
7. IMPLANTAR GUÍAS DE GESTIÓN	Gestión de Lista de Espera Quirúrgica	(A) A	100%	98%	87% (+13%)	
	Gestión de Consultas Externas	(A) A	100%	---	73% (+27%)	
	Gestión de Farmacia Hospitalaria	(A) A	75%	---	67% (+8%)	
	Guía de Cuidados (úlceras por presión)	(A) C	75%	---	93% (-18%)	
	Gestión de Laboratorios Clínicos	(A) A	100%	---	75% (+25%)	
	Gestión de Admisión y Documentación Clínica	(A) A	100%	---	92% (+8%)	
8. INFORME DE ALTA	% HC con informe de alta definitivo en menos de 15 días	(A) A	95,5%	93,6% (+1,9%)	90% (+5,5%)	
	% HC con informe de alta definitivo a los 2 meses	(A) A	95,5 %	93,6% (+1,9%)	95% (+0,5%)	
	% HC de <u>fallecidos</u> con informe de alta definitivo a los 2 meses	(C) D	58,3%	56,8% (+1,5%)	93% (-34,7%)	
	% de informes de alta definitivos que cumplen 100% de criterios de calidad	(B) B	84%	84,5% (---)	78% (+6%)	
Objetivo	Indicador	Nivel (pactado) Alcanzado	Resultado 2001	Res. 2000 (Dif)	Res.2000 Grupo (Dif)	Pacto 2002
9. CONTABILIDAD ANALÍTICA	% Servicios que reciben informe semestral de C. Analítica	(A) A	100%	---	93% (+7%)	
10. DIVULGAR EL PLAN DE CALIDAD	Realizada Memoria de Calidad de 2000	(Sí) SÍ	SÍ	SÍ		
	Nº de publicaciones sobre Calidad	(10) 75	75	13 (+62)	7 (+68)	
11. PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES	Nº de Comisiones clínicas		14	14 (--)		
	Nº medio de reuniones de Comisiones en 2001	(6) 6	6	6,2 (--)	4 (+2)	
	Nº medio de objetivos por Comisión cumplidos en 2001		3,7	2,5 (+1,2)		
	Nº reuniones de Comisión Central de Garantía de Calidad en 2001		5	4 (+1)		
	Nº de Grupos de Mejora activos en 2001		43	38 (+5)		
12. UNIDAD DE CALIDAD	Integración de objetivos entre profesionales médicos, de enfermería y no sanitarios	(Sí) SÍ	SÍ	---		
	Nº componentes de la Unidad de Calidad		5			
13. GESTIÓN DE SUMINISTROS	Comisión de adquisiciones operativa	(Sí) SÍ	SÍ	---		
	Nº reuniones de comisión de adquisiciones en 2001	(8) 8	8	---	20 (-12)	
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO						

14. FORMACIÓN CONTINUADA EN CALIDAD	Nº cursos de Calidad	(2) 3	3	---		
	Nº profesionales asistentes		87	120 (-33)	50 (+37)	
15. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO	Señalización de prohibición visible	(SÍ) SÍ	SÍ	SÍ		
	Áreas permitido fumar	(SÍ) SÍ	SÍ	sí		
	Otras acciones de prevención	(SÍ) SÍ	SÍ	sí		
16. ACOGIDA AL NUEVO TRABAJADOR	Programa de acogida al nuevo trabajador	(SÍ) SÍ	SÍ	---		
17. COMUNICACIÓN INTERNA	Plan de comunicación interna	(SÍ) SÍ	SÍ	---		
OBJETIVOS SOCIO-SANITARIOS						
18. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO	Convenios de colaboración con ONGs	(SÍ) SÍ	SÍ	---		
19. DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL	Programa de detección de riesgo social al ingreso	(SÍ) SÍ	SÍ	---		
	% de pacientes con riesgo detectados que son entrevistados		60%	71,4% (-11,4%)	62% (-2%)	

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

- a) Nivel global alto (Nivel A en 87%, nivel B en 5%)
- b) Cumplimiento del pacto en 94% de objetivos
- c) Mejora respecto a 1999 en 16 indicadores
- d) Alta participación en:
- Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora
 - Congreso Nacional de Calidad
 - Cursos de Calidad
- e) Implantación de la nueva encuesta posthospitalización (92% de pacientes satisfechos)
- f) Superior a media de Grupo en 28 indicadores. Entre estos destacan:
- % de Informe de Alta antes de 15 días
 - % de Informe de Alta que cumplen criterios de calidad
 - Nº de protocolos implantados y evaluados (S. Clínicos, U. Enfermería y S. No Asistenciales)
 - Nº Vías Clínicas implantadas y evaluadas
 - % de adhesión a Guías de Gestión Clínica
 - Nº publicaciones / comunicaciones sobre Calidad
 - Nº de profesionales con formación en Calidad
- g) Objetivos e indicadores con menor nivel de cumplimiento (A MEJORAR):

- % de Informes de Alta en fallecidos (a los 2 meses)
- % prescripciones de principios de baja aportación terapéutica
- Cumplimiento de protocolos de alta tecnología (TAC)
- % de pacientes con riesgo social entrevistados

VII. 1. MONITORIZACION DE INDICADORES DE CALIDAD					
<u>Evaluados por el Hospital</u>					
<u>INDICADOR</u>	Nivel (pactado) <u>Alcanzado</u>	Resultado <u>2001</u>	Res. 2000 (Dif)	Res.2001 <u>Grupo</u> (Dif)	Pacto <u>2002</u>
1. Reingresos en S. Urgencias	(Monitorizar) SÍ	4,9 %	4,6 % (+0,3%)	5% (- 0,1%)	M O N I T O R I Z A R
2. Prevalencia de úlceras por presión	(Monitorizar) SÍ	2,2%	2,7 % (-0,5%)	2 % (+0,2%)	
3. Prevalencia de infección nosocomial	(Monitorizar) SÍ	4,5%	8,1 % (-3,6%)	6,6% (-2,1%)	
4. Prevalencia de infección de herida quirúrgica	(Monitorizar) SÍ	8,6%	5,3 % (+3,3%)	5% (+3,6)	
5. Prevalencia de infección en pacientes sondados	(Monitorizar) SÍ	8,4%	12 % (-3,6%)	7% (+1,4%)	
6. Incidencia de infección de herida quirúrgica (resultado global)	(Monitorizar) SÍ	7,1%	3,4 % (+3,7%)	3% (+4,1%)	
7. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica en UCI	(Monitorizar) SÍ	18,4 ‰	17,7 ‰ (+0,7%)	24 ‰ (-5,6%)	
8. Estancias no adecuadas en GRD con estancia más desviada de la media del grupo	(Monitorizar) SÍ	62,7%	69,6 % (-6,9%)	14% (+48,7%)	
9. Suspensiones quirúrgicas de cualquier etiología	(Monitorizar) SÍ	2,7%	2,5 % (+0,2%)	6% (-3,3%)	
10. Suspensiones - Reprogramaciones de consultas externas	(Monitorizar) SÍ	11,9%	8 % (+3,9%)	3% (+8,9%)	

11. Pacientes que permanecen > 3 horas en Servicio de Urgencias	(Monitorizar) SÍ	15%	13,3 % (+1,7%)	24% (-9%)
12. Pacientes que permanecen > 6 horas en Servicio de Urgencias	(Monitorizar) SÍ	3%	3,2 % (-0,2)	10% (-7%)
13. Pacientes < 60 a. ASA 1 con Rx de tórax en estudio preoperatorio	(Monitorizar) SÍ	53,8%	60,1 % (-6,3%)	42 % (+11,8%)
14. Adecuación de vías venosas en Urgencias	(Monitorizar) SÍ	92%	----	82% (+10%)
15. Nº Sesiones Generales del hospital	(Monitorizar) SÍ	7	----	18 (-11)
16. Nº Principios activos de Guía Fármaco Terapéutica	(Monitorizar) SÍ	539	----	546 (-7)
17. % prescripciones en receta de principios de Guía Fármaco Terapéutica	(Monitorizar) SÍ	45%	----	51% (-6%)
18. % de coste asignado a paciente sobre coste total en medicamentos del hospital	(Monitorizar) SÍ	35,5%	----	56% (-20,5%)

ANALISIS DE RESULTADOS:

Estos indicadores no son totalmente comparables entre hospitales pues se miden con metodología y muestras distintas. Es más útil la comparación evolutiva del propio centro. De su análisis podemos destacar las siguientes consideraciones:

- a) Cumplimiento del pacto al 100% (evaluados todos los indicadores)
- b) Indicadores con mejores resultados:
- Prevalencia de infección nosocomial
 - Incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica
 - % de suspensión de cirugía programada
 - Permanencia en S. de Urgencias (> 3 horas y > 6 horas)
- c) Indicadores con peores resultados (A SEGUIR MEJORANDO):
- Incidencia de infección de herida quirúrgica
 - % reprogramación de consultas externas
 - Adecuación de estancia en GRD con estancia más desviada de media
 - Rx de tórax prequirúrgica innecesaria

VII. 2. MONITORIZACION DE INDICADORES DE CALIDAD					
Obtenidos a partir del CMBD (*) y otros (**)					
INDICADOR	Resultado 2001	Res. 2000 (Dif)	Res.2001 Grupo (Dif)	Pacto 2001 (Dif)	Pacto 2002
DATOS GENERALES					
Altas totales	16780	16771 (+9)		16700 (+80)	
Altas codificadas	86%	73,78% (+12,2%)	92% (***) (-6%)		
E. media bruta	7,42	7,49 (-0,07)	7,04 (***) (+0,38)	7,50 (-0.08)	

E. media depurada	6,93	6,92 (+0,01)	6,37 (***) (+0,56)	
Peso medio	1,66	1,73 (-0,07)	1,36 (***) (+0,38)	1,64 (+0,02)
IC (Índice de Complejidad)	1,03 (***)	1,07 (-0,04)		
IEMA (Índice de Estancia Media Ajustada)/ /Grupo 2000	0,89	0,91 (-0,02)		0,92 (-0,03)
IEMA (Índice de Estancia Media Ajustada)/ /Hospital 1999	1 (***)			
E. media prequirúrgica (totales)	1,71 (***)	1,75 (-0,04)	1,80 (***) (-0,09)	
E. media prequirúrgica (programados)	0,76 (***)	0,71 (+0,05)	1,09 (***) (-0,33)	
NIVEL DE CONTABILIDAD ANALITICA	1	1		
MORTALIDAD				
Exitus totales	642 (3,8%)	593 (3,5%) (+0,3%)		
Mortalidad pot. Evitable (Asma 5-64años)	0	0		
Mortalidad pot. Evitable (Apendicitis 5-64años)	0	0		
Mortalidad pot. Evitable (Colecistitis 5-64años)	0	0		
Mortalidad pot. Evitable (Hernia abdominal 5-64años)	0	0		
REINGRESOS				
Urgentes < 30 días, misma CDM	3,84%	3,88% (-0,04%)		
Totales < 30 días	9,7%	10,3% (-0,3%)		

(*) Se destacan los más significativos (referidos a las altas codificadas)

(**) Nivel de contabilidad analítica

(***) Datos correspondientes al periodo de Enero – Junio de 2001

ANALISIS DE RESULTADOS:

En estos indicadores, las variaciones evolutivas y respecto a la media del Grupo no suponen necesariamente problemas de calidad, pero hay que analizarlos para descartar que estos existan. Podemos destacar:

a) Indicadores con mejores resultados:

1) De **EFICIENCIA**:

- Altas totales
- IEMA (E. Media ajustada respecto al Grupo en 2001)
- Peso medio e Índice de Complejidad
- Estancia media prequirúrgica

2) Nivel de CONTABILIDAD ANALÍTICA (máximo del INSALUD)

b) Indicadores con peores resultados (respecto a 2000 y al Grupo en 2001):

- Estancia media
- % de altas codificadas (atribuible en gran parte al importante incremento de altas en los últimos 2 años, por la actividad de los Servicios del Hospital General ubicados actualmente en nuestro centro)

VIII. OBJETIVOS DE SERVICIOS Y UNIDADES.

Los objetivos de calidad de los Servicios y Unidades en 2001 se han dirigido, como en años anteriores, a conseguir en primer lugar el cumplimiento del Contrato de Gestión del Hospital (protocolos y vías clínicas, informe de alta, consentimiento informado, recetas en consultas y al alta, plan de comunicación interna, etc.), en segundo lugar a lograr la participación de todos los profesionales en Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora, cuyo número en nuestro centro es significativamente superior a la media del Grupo. Finalmente se pretende también el desarrollo progresivo de planes de calidad específicos de cada Unidad.

OBJETIVOS DE CALIDAD DE SERVICIOS CLÍNICOS EN 2001

1.- RESPONSABLE DE CALIDAD DEL SERVICIO.

(Especificar responsable, que puede ser el Jefe de la Unidad o no)

2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO (S. Quirúrgicos, Digestivo, Cardiología Neumología, Radiodiagnóstico):

- % de cumplimiento (firma del médico) > 90 %
- Adecuar documentos de CI específicos (añadir "riesgos personalizados")

3.- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA (S. Quirúrgicos):

- Cumplimiento de acuerdo a protocolo > 90%

4.- INFORME DE ALTA HOSPITALARIA:

- A máquina > 80%
- Cumplimiento de criterios de calidad > 90%
- Informes de fallecidos > 80%

5.- INFORME DE CONSULTA EXTERNA (Con: Diagnóstico, Tratamiento, Fecha y Firma)

- Cumplimiento en > 50% de visitas

6.- RECETAS PRIMERAS:

- En Consulta > 50% de visitas
- En Alta hospitalaria > 50% de altas
- Recetas de fármacos de bajo/nulo valor terapéutico > 1% de recetas

7.- PROTOCOLOS:

- Los de los 2 GRDs (o procesos) más frecuentes (documentados e implantados)
- Evaluación anual de al menos 1 protocolo (de los implantados)

8.- VÍAS CLÍNICAS:

- Servicios quirúrgicos:
 - Continuar desarrollo de vías existentes (llegar a la implantación)
 - Comenzar desarrollo de al menos 1 vía nueva
- Servicios médicos:
 - Continuar desarrollo de vías existentes en que participen
 - Iniciar participación en al menos 1 vía nueva.

9.- PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE CALIDAD (Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora):

- Todos los miembros del Servicio deben participar en al menos uno.

10.- PARTICIPACIÓN EN CURSOS DE CALIDAD ASISTENCIAL:

- Asistencia a un curso de calidad de al menos 2 miembros del Servicio

11.- CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS DE USO ADECUADO DE RECURSOS:

- Oxigenoterapia (Medicina Interna y Neumología): Adecuación en > 80%
- RMN cerebral (Neurología): Adecuación en > 80%

- Rx Tórax innecesaria en preoperatorio de ASA 1 < 60 años
(S. Quirúrgicos): en < 50%

(OBJETIVOS OBLIGATORIOS PARA TODOS: 1, 7y 8)

<p>OBJETIVOS DE CALIDAD ESPECIFICOS DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN 2001 (Además de los objetivos comunes obligatorios)</p>
--

1.- URGENCIAS:

- Elaboración de una "Guía de práctica clínica de Procesos Clínicos más frecuentes en Urgencias"
- Creación de un Círculo de Calidad en el Servicio de Urgencias

2.- FARMACIA:

- Elaboración de protocolo de detección y acciones de mejora en "Sucesos Adversos por Medicamentos"
- Plan de actualización permanente, tras cada modificación, de la Guía Farmacoterapéutica del hospital (en soportes informático y de papel)
- Elaboración de modelo de Informe Técnico para Evaluación de Medicamentos por la Comisión de Farmacia
- Control y medidas favorecedoras de cumplimiento de primeras recetas:
 - De Consulta y de Alta
 - Fármacos de bajo/nulo valor terapéutico
- Elaborar protocolo de "Equivalentes Terapéuticos"
- Adhesión a la Guía para la Evaluación y Mejora de los Servicios de Farmacia (en > 90%)
- Evaluación anual de protocolos de uso de fármacos restringidos
- Realizar al menos una reunión anual con los principales clientes internos (Servicios Clínicos) sobre cartera de servicios y relación mutua.

3.- LABORATORIO:

- Adhesión a la "Guía Catálogo de Pruebas de Laboratorios Clínicos" en >90%
- Elaboración de relación de procesos de laboratorio protocolizados
- Realizar al menos una reunión anual con los principales clientes internos (Servicios Clínicos) sobre cartera de servicios y relación mutua.
- Evaluación anual del cumplimiento de un protocolo implantado

4.- RADIODIAGNÓSTICO:

- Difusión del protocolo de Consenso Europeo de Uso de Medios Diagnósticos de Radiología y Medicina Nuclear
- Realizar al menos una reunión anual con los principales clientes internos (Servicios Clínicos) sobre cartera de servicios y relación mutua
- Cumplimiento del Consentimiento Informado:
 - % de cumplimiento (firma del médico) > 90 %
 - Adecuar documentos de CI específicos (añadir "riesgos personalizados")

5.- ANATOMÍA PATOLÓGICA:

- Organizar 2 Sesiones Anatomoclínicas del Hospital (semestrales)
- Realizar al menos una reunión anual con los principales clientes internos (Servicios Clínicos) sobre cartera de servicios y relación mutua

OBJETIVOS DE CALIDAD DE U. DE ENFERMERÍA EN 2001

1.- PROTOCOLOS:

- “Detección de riesgo social al ingreso” (elaboración, implantación y evaluación, conjuntamente con S.A.U.)
- “Prevención y detección de caídas en pacientes hospitalizados” (elaboración e implantación) (Estudio de incidencia de caídas en pacientes hospitalizados)
- Protocolos incluidos en Vías Clínicas (elaboración documentada y evaluación)
- Evaluación anual de protocolos de cuidados (Paciente sondado, úlceras por presión, cuidados de vías periféricas, otros)
- Evaluación anual de cumplimiento del Plan de Acogida

2.- VÍAS CLÍNICAS:

- Participación en todas las vías clínicas desarrolladas en el hospital con protocolos de enfermería documentados incluidos en las vías

3.- PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE CALIDAD (Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora):

- Todos los profesionales deben participar en alguno.

4.- ASISTENCIA A CURSOS DE CALIDAD ASISTENCIAL:

- Asistencia a un curso de calidad de al menos 2 profesionales de cada Unidad

OBJETIVOS OBLIGATORIOS:

Todas las Unidades deben pactar al menos 1 objetivo anual
(evaluado en noviembre)

OBJETIVOS DE CALIDAD DE UNIDADES NO ASISTENCIALES en 2001
--

1.- OBJETIVOS GENERALES (Obligatorios para todas las Unidades):

- Difusión a los miembros de la Unidad de los documentos de calidad elaborados en años previos (Organigrama, Lista de procesos y tareas, Priorización de problemas y Protocolos realizados)
- Elaboración de un nuevo protocolo de proceso frecuente (documentado y difundido)
- Evaluación de 1 de los protocolos existentes en la Unidad (Especificar: grado de cumplimiento, causas de no cumplimiento y acciones de mejora)
- Opcional: Establecer un indicador de calidad de la Unidad (definición de numerador, denominador y nivel aceptable de cumplimiento)

Entre estos, en el año 2001 se ha priorizado la evaluación de protocolos implantados en cada Unidad. Los **protocolos evaluados** han sido los siguientes:

<u>SERVICIO NO ASISTENCIAL</u>	<u>Protocolo</u>	<u>% Adecuación</u>
1.- <u>Documentación Clínica</u>	- Tramitación de solicitudes de documentos clínicos por usuarios externos	88%
2.- <u>Documentación Clínica y Comisión de Historias Clínicas</u>	- Cumplimentación del consentimiento informado (global y por Servicios)	80%
3.- <u>Documentación Clínica y Comisión de Historias Clínicas</u>	- Calidad del informe de alta (global y por Servicios)	84%
4.- <u>Admisión y Archivos</u>	- Concordancia de datos entre Admisión y Enfermería respecto al recuento de camas y ubicación de pacientes	98%
5.- <u>Asesoría Jurídica</u>	- Tramitación de reclamaciones gestionadas a través del seguro de responsabilidad civil	90%
6.- <u>Informática</u>	- Realización de copias de seguridad de servidores centrales	71%
7.- <u>S.A.U.</u>	- Realización del plan de acogida	95%
8.- <u>S.A.U.</u>	- Contestación de reclamaciones	80%%
9.- <u>S.A.U.</u>	- Adecuación de la intervención social en pacientes hospitalizados	67%%
10.- <u>Almacén</u>	- Recepción y entrada de mercancías (cuadre)	81%
11.- <u>Almacén</u>	- Salidas y distribución de material (no rotura de stock)	98%
12.- <u>Facturación</u>	- Facturación a terceros de prestaciones a lesionados en accidente de tráfico	80%
13.- <u>Hostelería</u>	- Cumplimentación de planillas para petición de dietas a cocina	25%
14.- <u>Suministros</u>	- Tramitación de propuesta de adquisición	17%

	de artículos inventariables	
15.- <u>Celadores / Lencería</u>	- Tramitación de pedidos y distribución de ropa de Unidades de Hospitalización	70%
16.- <u>Celadores / Lencería</u>	- Adecuación de stocks de ropa limpia en Unidades de Hospitalización	80%
17.- <u>Personal</u>	- Realización de certificados de empresa	94%
18.- <u>Personal</u>	- Realización de certificados de servicios prestados	100%
19.- <u>Contabilidad</u>	- Archivo de documentación validada en el SICOSS	97%
20.- <u>Contabilidad</u>	- Recepción, distribución y pago del material inventariable	78%
21.- <u>Mantenimiento</u>	- Adecuación de la respuesta a los avisos y peticiones cursados al Servicio de Mantenimiento	43 %

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS DE UNIDADES:

A.- S.A.U.:

- Protocolo de "Detección de riesgo social al ingreso" (elaboración, implantación y evaluación, conjuntamente con Enfermería)
- Evaluar seguimiento de Programas de colaboración con ONGs
- Implantar la nueva "Encuesta posthospitalización"
- Actualizar y desarrollar el Plan de Acogida al Nuevo Trabajador (conjuntamente con todas las Direcciones)
- Elaborar un plan (medidas) de prevención y reducción del tabaquismo en el personal sanitario
- Revisar y completar la Guía del Usuario del Hospital

B.- ADMISIÓN:

- Adhesión a la Guía de gestión de los Servicios de Admisión y Documentación (implantada y con cumplimiento > 90%)
- Adhesión a la Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada (implantada y con cumplimiento > 90%)
- Adhesión a la Guía de gestión de lista de espera quirúrgica (implantada y con cumplimiento > 90%)

C.- DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:

- Adhesión a la Guía de gestión de los Servicios de Admisión y Documentación (implantada y con cumplimiento > 90%)
- Completar documentos de Consentimiento Informado (añadir "riesgos personalizados")
- Altas codificadas > 95 %

D.- CONTROL DE GESTIÓN:

- Distribución puntual de los informes de Contabilidad Analítica
- Mantener el Nivel 1 de Contabilidad Analítica

E.- SUMISTROS:

- Constituir la Unidad de Compras del hospital

F.- MANTENIMIENTO:

- Registro sistematizado de avisos de avería y tiempo de respuesta

G.- INFORMÁTICA:

- Elaborar la página Web del Hospital

OBJETIVOS DE CALIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL en 2001
--

- Plan de Comunicación Interna (elaboración e implantación)
- Pacto de Objetivos de Calidad con los Servicios/Unidades
- Plan de Incentivación de actividades de calidad
- Reunión hospitalaria anual para la Difusión del Plan de Calidad
- Implantación del Plan de Acogida al Nuevo Trabajador
- Convocar reuniones trimestrales de la Comisión Central de Garantía de Calidad
- Convocar reuniones mensuales de la Comisión de Adquisiciones
- Potenciar la Unidad de Calidad.

IX. OBJETIVOS DE LAS COMISIONES CLINICAS.

<u>COMISIONES</u>	Nº reuniones Enero- Dic. 2001	<u>Objetivos más relevantes</u> (CC: cumplimiento completo. CI: cumplimiento incompleto. NC: No cumplimiento)
Farmacia y Terapéutica	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pautas de equivalencias terapéuticas (Benzodiacepinas, IECA y antagonistas de ECA, Antagonistas del calcio, Betabloqueantes, Estatinas, Tiazidas, Inhibidores de bomba protones, Anticolinérgicos vías urinarias, Alfabloqueantes en HBP, Antieméticos antiserotonínicos) (CC) 2. Establecer sistema de actualización permanente de la GFT (adenda anual en papel y en red informática) (CC) 3. Preparar nueva edición de la GFT completa (CC) 4. Seguimiento de uso de medicamentos restringidos (11) (CC)
Infección Hospitalaria Profilaxis y Política Antibiótica	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener cumplimiento de profilaxis antibiótica quirúrgica (> 80%) (CC) 2. Realizar el estudio anual de prevalencia (EPINE) (CC) 3. Protocolo de indicaciones y seguimiento de uso de quinupristina/dalfopristina (Synercid), como antibiótico restringido (CC) 4. Vigilancia de la resistencia de los microorganismos hospitalarios (CC) 5. Detección y control de brotes epidémicos por microorganismos multirresistentes. (CC)
Historias Clínicas	11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación anual de cumplimiento de Consentimiento Informado y de Informe de Alta (CC) 2. Terminar elaboración del "Manual de uso de Historia Clínica" (CC) 3. Ordenar en Historial las carpetas de Consultas Externas (por especialidades) (CC) 4. Avanzar en proceso de informatización centralizada de la Historia Clínica (CC)
Tejidos Tumores Mortalidad (6 reuniones)	TEJIDOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar cumplimentación correcta de volantes de estudio de A.P. (CC) 2. Valorar correlación clínicopatológica (apéndices blancas, material representativo en biopsias intraoperatorias, lesiones pigmentarias cutáneas, melanomas) (CC)
	TUMORES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de manejo de pacientes con Tumores de Origen Desconocido (CC) 2. Estudio de problemas en manejo del paciente oncológico (Evaluación de calidad de pruebas de imagen en centros concertados) (CC)

	MORTALIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización de la mortalidad con datos del CMBD (global, por servicios, por GRD, operatoria, precoz tras ingreso, por diagnóstico principal) (CC) 2. Análisis de casos de “mortalidad potencialmente evitable” (CC)
Tecnología y adecuación de Medios Diagn. y Terapéuticos	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difundir protocolo de Consenso Europeo sobre uso de medios diagnósticos de Radiología y Medicina Nuclear. (CI) 2. Evaluar y difundir protocolos de uso de RMN, TAC, Oxigenoterapia, Litotricia, Estudio urodinámico y Eco transrectal (en Cirugía y Urología) (CC) 3. Elaborar protocolo de uso de RMN cerebral y TAC cerebral en pacientes ambulatorios. (CI) 4. Elaborar protocolo de uso de RMN en patología hepatobiliar (CI) 5. Realizar evaluación de estancias inadecuadas en GRD con estancia más desviada de la media. (CC)
Quirófano	30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización de fallos de CMA (% que pasan a CCI) y Acciones de Mejora (difusión periódica de resultados y necesidad de selección adecuada de pacientes) (CC) 2. Mantener índice de suspensiones quirúrgicas < 5% (CC) 3. Reducir % de uso innecesario de Rx de tórax en preoperatorio (< 60 años, ASA 1) (CC) 4. Colaborar en la puesta en marcha del Programa de Ahorro de Sangre (CC)
Comité Asistencial de Ética	7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difundir protocolo de No RCP (NC) 2. Difundir protocolo de Alta Voluntaria (NC) 3. Evaluar la calidad de las Altas Voluntarias en el hospital (CC) 4. Realizar sesiones formativas de Bioética para los miembros del Comité (CC) 5. Realizar curso de “Atención al Cliente” para el personal no sanitario (NC) 6. Completar y difundir el protocolo de Consentimiento Informado (incluido en la Guía para la Información y el Consentimiento Informado en el Hospital). (CC)
Nutrición	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terminar elaboración y difundir el “Manual de Nutrición Hospitalaria” (CC)
Hemoterapia / Transfusión	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración e implantación del Programa de Ahorro de Sangre: (CC) <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la autotransfusión - Potenciar uso de Eritropoyetina (en indicaciones admitidas) - (Recuperación de sangre intraoperatoria) - Recuperación de sangre postoperatoria.
Urgencias	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terminar actualización y difundir protocolo de atención al politraumatizado en el S. de Urgencias (CC) 2. Difusión y puesta en marcha del protocolo de RCP en PCR (CI) 3. Adaptar el protocolo de actuación en Catástrofe Externa a la nueva organización del S. de Urgencias (CC) 4. Impulsar la elaboración del protocolo de actuación en Catástrofe Interna. (CC)
Investigación, Docencia y Formación Continuada	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar el diseño de la oferta formativa e investigadora del hospital para su inclusión en la página web. (CC) 2. Impulsar, organizar y coordinar las Sesiones Generales del Hospital (S. Clínico patológicas y Presentación de Vías Clínicas). (CC) 3. Colaborar con la Comisión de Docencia de Postgrado, en el análisis y coordinación de las necesidades formativas del colectivo MIR para el ejercicio 2001-2002. (CC)

Trombosis y Coagulación	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difusión de los protocolos de anticoagulación existentes en el hospital (CC) 2. Elaborar protocolo de actuación en complicaciones hemorrágicas de pacientes anticoagulados (CC) 3. Mejorar la coordinación con los Centros de Salud en el circuito de los controles analíticos de anticoagulación crónica (CC) 4. Elaborar protocolo de Tratamiento en la Enfermedad Tromboembólica Venosa (CC) 5. Elaborar protocolo de Antiagregación y Anticoagulación en la Enfermedad Cerebrovascular (CC) 6. Evaluar los protocolos de Profilaxis de E.T.E. en pacientes médicos y quirúrgicos (coordinado desde Urgencias) (CC) 7. Proponer la introducción de nuevos fármacos hemostáticos en la GFT del hospital. (CC)
Comité Ético de Investigación Clínica	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización semestral de los ensayos clínicos en activo (CC)
Cuidados de Enfermería	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración e implantación de un plan de Prevención y Detección de Caídas en Pacientes Hospitalizados (con Hoja de Registro para control de incidencia de caídas) (CI) 2. Elaboración de protocolo de Adecuación de Vías Venosas en Urgencias (CC) 3. Revisión y actualización de al menos un protocolo de enfermería implantado (Priorizar los de Cuidados de Cateterización Venosa y Sondaje vesical) (CC) 4. Revisión y actualización de los protocolos de cuidados de enfermería incluidos en las vías clínicas (CC) 5. Creación de un Boletín Informativo interno del hospital. (CC)
Comisión Central de Garantía de Calidad	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tramitación de certificados de participación en Comisiones Clínicas para sus miembros. (NC) 2. Recopilación de documentos de las Comisiones en la Unidad de Calidad. (CI) 3. Gestionar las subvenciones por parte del Hospital para los profesionales que participen en el Congreso Nacional de Calidad. (CC) 4. Aumentar el número de reuniones al año de la Comisión Central de Garantía de Calidad. (CC)

X. GRUPOS DE MEJORA (Activos en 2001):

<u>GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD</u> (Proceso a mejorar)
1.- Administración de broncodilatadores inhalados (Neumología, M. Interna, Urgencias y Enfermería)
2.- Utilización de Oxigenoterapia en enfermos hospitalizados

(Neumología y Enfermería)
3.- Adecuación del tratamiento anticoagulante en pacientes ingresados por Angor Inestable (Cardiología, M. Interna, Hematología y UCI)
4.- Infecciones asociadas a vías venosas periféricas (Enfermería de Hospitalización y UCI)
5.-Demora en horario de realización de TAC (Radiodiagnóstico)
6.-Demora en horario de realización de pruebas especiales de RX (Radiodiagnóstico)
7.- Información a pacientes y familiares sobre trámites burocráticos en el hospital (Admisión, Hostelería y Facturación)
8.-Calidad del Informe de Alta en servicios quirúrgicos (Dirección Médica, Urología, Cirugía General, Anestesia, Dermatología y Enfermería)
9.-Proceso de distribución de medicamentos en dosis unitarias (unidosis) (Farmacia)
10.-Atención al paciente con esguince de tobillo atendido en Urgencias (Médicos residentes de M.F.C.)
11.-Manejo adecuado de catéteres venosos centrales (Enfermería de UCI y 3ªD)
12.-Adecuación de la ayuna prolongada en preparación de pacientes con pruebas diagnósticas (Enfermería de 7ª planta)
13.-Preparación adecuada de pacientes programados para pruebas cardiológicas (Enfermería de 7ª planta)
14.-Preparación de medicamentos citostáticos. (Farmacia)
15.-Mejora del proceso de recepción, distribución y pago del material inventariable sin instalación. (Almacén, Suministros y Contabilidad)
16.-Atención a los pacientes con úlceras y erosiones corneales postraumáticas en Urgencias (Urgencias y Médicos residentes de M.F.C.)
17.-Seguridad en la técnica de fijación de catéteres venosos periféricos en pacientes quirúrgicos (Enfermería de quirófano)
18.-Educación sanitaria del paciente ostomizado (Enfermería de H3D)
19.-Elaboración de hojas de recomendaciones al alta en pacientes ingresados en Traumatología (Enfermería de H4I)
20.-Movilización precoz en el postoperatorio (Enfermería de H4D)
21.-Manual de información para el paciente sometido a prótesis total de cadera (Enfermería H4I)
22.- Información y preparación para pruebas complementarias (Enfermería 5ª Planta)
23.-Balance hídrico (Enfermería 5ª Planta)
24.-Cumplimentación de registros de enfermería (Enfermería 7ª planta)
25.-Correspondencia entre las dietas solicitadas y servidas por cocina (Enfermería 7ª planta)
26.- Presencia de flebitis en pacientes trasladados de otra unidad (Enfermería 7ª planta)
27.-Control de náuseas y vómitos en pacientes con tratamiento quimioterápico (Enfermería de Hospital de Día)
28.-Control de los infusores de 7 días en tratamientos de Oncología (Enfermería de Hospital de Día)
29.-Efectos secundarios de tratamiento con mitomicina en pacientes sometidos a instilaciones (Enfermería de Hospital de Día)
30.-Seguimiento de los pacientes tras el alta (Enfermería de Hospital de Día)

31.-Cumplimentación de registros de enfermería (Enfermería de hospitalización 6ª y 7ª)
32.-Cuidados de enfermería en nutrición enteral y parenteral del paciente de UCI. (Enfermería de UCI)
33.-Preparación del paciente prequirúrgico en el Área de Urgencias. (Enfermería de Urgencias)
34.-Informe de Enfermería al Alta en la Unidad de Cuidados Intensivos (Enfermería de UCI)
35.-Complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva (Enfermería UCI)
36.-Control de calidad en la toma de muestras sanguíneas en plantas de hospitalización (Enfermería Laboratorio)
37.-Cumplimentación de petición de estudio anatomopatológico en pacientes intervenidos de RTU de próstata. (Anatomía Patológica y Urología)
39.-Adecuación de la indicación de anticoagulación en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y cardiopatía embolígena. (Neurología)
40.-Cumplimiento de horarios en el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria. (Farmacia y Enfermería)
41.-Estudio preoperatorio de pacientes menores de 60 años con cirugía programada en el Servicio de Cirugía General. (Cirugía)
42.-Diagnóstico de patología alérgica de origen laboral en la primera visita de la consulta de Alergología. (Alergia)
43.- Diagnóstico de pacientes que acuden a Urgencias por dolor torácico e ingresan por sospecha de angor en la planta de Cardiología (Cardiología)

XI.- FORMACION EN GESTION DE CALIDAD.

1. **Seminario sobre “Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad”**, dirigido a profesionales del Hospital “Morales Meseguer”, impartido por el Programa EMCA de la Región de Murcia. Abril de 2001.

2. **Seminario de “Monitorización de la Calidad”**, dirigido a profesionales del Hospital “Morales Meseguer”, impartido por el Programa EMCA de la Región de Murcia. Junio de 2001.

3. **“Curso de Evaluación y Mejora de la Calidad para Auxiliares de Enfermería”**, dirigido a auxiliares de enfermería del Hospital “Morales Meseguer”, impartido por la Unidad de Formación y Calidad del hospital, con la colaboración del Programa EMCA. Diciembre de 2001.

4. **Otros seminarios de Gestión de la Calidad**, impartidos por el Programa EMCA, dirigidos a profesionales de la Región de Murcia, con asistencia significativa de profesionales de nuestro centro.

5. Se continúan las **sesiones divulgativas sobre Gestión de la Calidad**, coordinadas por la Unidad de Calidad, en los distintos Servicios y Unidades del hospital

XII.- INVESTIGACION EN GESTION DE CALIDAD.

A.- Proyectos de Investigación en Gestión de Calidad becados con una Ayuda a la Investigación sobre Evaluación y Mejora de la Calidad de la Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia (Programa EMCA), activos en 2001:

1. Evaluación y mejora de la motivación, compromiso y dedicación del colectivo de Enfermería Hospitalaria.
2. Adecuación de vías venosas (proyecto multicéntrico).

B.- Participación en el XIX Congreso Nacional de Calidad Asistencial (III Congreso Regional de Calidad Asistencial), celebrado en Murcia en Octubre de 2001. Comunicaciones:

1. Leal J, et al. "Evaluación de la cumplimentación de la valoración de enfermería al ingreso del paciente". (Enfermería).
2. Fernández Aparicio T, et al. "Mejora de la calidad del informe de alta hospitalaria. Criterios, metodología y resultados". (Urología)
3. Escobar C, et al. "Mejorar informes de alta de Cirugía Mayor Ambulatoria en Otorrinolaringología del Hospital Morales Meseguer". (O.R.L.)
4. Novoa AJ, et al. "Estudio de la calidad de los procedimientos de Alta Voluntaria llevados a cabo por los facultativos de un Hospital General". (C. Ética Asistencial).
5. Novoa AJ, et al. "Propuesta de guía para la realización del procedimiento de Alta Voluntaria por los facultativos de un hospital". (C. Ética Asistencial).
6. Andreo JA, et al. "Aplicación de un plan de calidad hospitalario. El hospital orquesta". (PREMIO MENCIÓN ESPECIAL). (UDICA y Dirección).
7. Aguilar J, et al. "Asistencia hospitalaria a mujeres con lesiones no palpables de mama remitidas desde el cribado radiológico" (PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN REGIONAL). (Cirugía y Radiodiagnóstico).
8. Alcaraz J, et al. "Control asistencial de la profilaxis hospitalaria de enfermedad tromboembólica en pacientes médicos". (C. Trombosis y Coagulación).
9. Carrasco González L, et al. "Monitorización de la calidad en cirugía mayor ambulatoria mediante el análisis del índice de ingreso". (Cirugía).
10. Lozano J, et al. "Estudio sobre movilización precoz postoperatoria". (Enfermería)
11. Redondo ER, et al. "Reducción del tiempo de espera en la consulta de Otorrinolaringología del Centro de Especialidades del Carmen". (O.R.L.)
12. Martínez Gómez DA, et al. "Resultados preliminares de la vía clínica del pie diabético". (Cirugía).
13. Ros JC, et al. "Mejora del proceso de recepción, distribución y pago del material inventariable sin instalación". (Contabilidad).
14. Nicolás C, et al. "Mejora de la calidad en el servicio de almacén de un hospital". (Almacén).
15. Soria V, et al. "Disminución de la indicación de radiografía de tórax rutinaria como estudio preoperatorio". (Cirugía).
16. Aguilar J, et al. "Evaluación de una intervención para disminuir la estancia postoperatoria tras cirugía oncológica de mama". (Cirugía).
17. Martínez Bienvenido E, et al. "Calidad en el proceso de atención de las erosiones y úlceras corneales en urgencias". (Urgencias).
18. Esteve MD, et al. "Ciclo de mejora de peticiones radiológicas urgentes en el esguince de tobillo". (Urgencias).
19. Sánchez Nieto JM, et al. "Gestión de la formación sanitaria orientada a la satisfacción del cliente interno: un intento de aproximación". (UDICA).
20. Coronado D, et al. "Curso a distancia de evaluación y mejora de la calidad asistencial en un hospital". (Dirección, UDICA y Programa EMCA).
21. García Martínez P, et al. "Impacto de una intervención educativa de prevención de tabaquismo en la población adolescente de un instituto de enseñanza secundaria en el medio rural". (UDICA).
22. Andreo JA, et al. "Desarrollo de vías clínicas en un hospital. Diferencias entre procesos médicos y quirúrgicos". (Medicina Interna, Documentación Clínica, O.R.L., Urología y Traumatología).

23. Piqueras FM, et al. “Elaboración implantación y evaluación de una vía clínica de Adenoidectomía y/o Amigdalectomía acompañada o no de drenaje transtimpánico”. (O.R.L.)
24. Iranzo MD, et al. “Mejora de la distribución de medicamentos en dosis unitarias”. (Farmacia).
25. Sánchez Nieto JM, et al. “La calidad de la medición en la práctica clínica: validez y fiabilidad de fichas de evaluación de destreza en la autoadministración de fármacos inhalados”. (Neumología, Enfermería y UCI).
26. García Ruipérez D, et al. “Evolución de la implantación del documento de consentimiento informado en el Hospital Morales Meseguer”. (Documentación Clínica).
27. García Ruipérez D, et al. “Mortalidad intrahospitalaria. El Conjunto Mínimo de Datos como fuente de información clínico – epidemiológica”. (C. Mortalidad).
28. Carrillo A, et al. “Comparación de los pesos de los GRD,s con los costes por GRD del H. Morales Meseguer”. (Control de Gestión).
29. González Rodríguez MJ, et al. “Control de la vía venosa periférica en el paciente quirúrgico”. (Enfermería).
30. Abad E, et al. “Eficacia de la entrevista personal sobre la competencia profesional de la División de Enfermería”. (Dirección de Enfermería).
31. López de Sá MT, et al. “Mejora de los cuidados de vías venosas periféricas en unidades de hospitalización”. (Enfermería).
32. Aguilar J, et al. “Diseño de un protocolo para la atención a mujeres de riesgo incrementado para cáncer de mama”. (Cirugía).
33. Page MA, et al. “Evaluación de resultados de la vía clínica de EPOC tras un año de implantación”. (Medicina Interna, Enfermería, Farmacia y Documentación Clínica).
34. Martínez Gómez DA, et al. “La vía clínica del pie diabético en el hospital J.M. Morales Meseguer”. (Cirugía).
35. Caballero J, et al. “Utilización de la oxigenoterapia intrahospitalaria (OI)”. (Neumología y Enfermería).
36. Pellicer EM, et al. “Estudio de la calidad en el seguimiento de pacientes intervenidos por cáncer colorrectal con intención curativa”. (Cirugía).
37. Flores B, et al. “Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro servicio de Cirugía. Evolución anual del índice de sustitución”. (Cirugía).
38. Andrés B, et al. “Optimización en la derivación de los pacientes de Cirugía General y Digestiva desde el consultorio de Cieza hasta el hospital Morales Meseguer”. (Cirugía).
39. Gómez AE, et al. “Estrategia de mejora en la demanda al laboratorio de urgencias tras cambios consensuados con los servicios clientes”. (Laboratorio).
40. Muñoz Zambudio F, et al. “Evaluación de la demora en hora de realización de TAC abdominal en un servicio de radiodiagnóstico”. (Radiodiagnóstico).
41. Hernández Gómez MD, et al. “Evaluación de la demora en hora de realización de pruebas especiales en un servicio de radiodiagnóstico”. (Radiodiagnóstico).
42. Giménez Bascuñana A, et al. “Correlación clínico patológica como indicador de calidad”. (C. Tejidos, Tumores y Mortalidad).
43. León J, et al. “Evaluación del cumplimiento del protocolo de preparación de medicamentos citostáticos”. (Farmacia)
44. Victorio L, et al. “Mejora de los aportes de calcio en la nutrición parenteral”. (Farmacia)
45. Ventura M, et al. “Muestreo LQAS como método de monitorización de la prescripción de inmunoglobulinas inespecíficas”. (Farmacia).
46. Ventura M, et al. “Evaluación de la aceptación médica a las comunicaciones del Servicio de Farmacia”. (Farmacia)
47. Nájera MD, et al. “Selección de indicadores para la monitorización de la distribución de medicamentos en dosis unitarias”. (Farmacia).
48. Nájera MD, et al. “Solicitud de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (MNIG), indicadores y análisis de causas”. (Farmacia).
49. León J, et al. “Control gráfico de la calidad de reenvasado de medicamentos”. (Farmacia)

50. León J, et al. "Círculo de reciclado de mezclas y viales de medicamentos citostáticos. Los costes de la calidad". (Farmacia)
51. León J, et al. "Círculo de prescripción dispensación de medicamentos citostáticos ambulatorios en el Hospital Morales Meseguer". (Farmacia)
52. León J, et al. "Programa de intervención farmacéutica en la unidad de preparación de mezclas citostáticas". (Farmacia)
53. León J, et al. "Área de dosificación de medicamentos citostáticos. A un área de actividad un indicador de calidad". (Farmacia)
54. León J, et al. "Variabilidad de la prescripción de CHOP. Protocolo de preparación". (Farmacia)
55. Miñana B, et al. "Evaluación de la calidad de un protocolo de profilaxis antibiótica en Cirugía Urológica Endoscópica". (Urología).
56. Soria V, et al. "Un diseño de parte de quirófano que mejora el cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica". (Cirugía).
57. Blázquez R, et al. "Impacto de un programa de vigilancia activa de la infección de la herida quirúrgica". (Infecciosas).
58. Menasalvas A, et al. "Evaluación y mejora del cumplimiento de la profilaxis antibiótica en cirugía". (Infecciosas).
59. Blázquez R, et al. "Modelo de creación de una Unidad de Control de Infección Hospitalaria". (Infecciosas).
60. Guerrero C, et al. "Detección y control de staphylococcus aureus resistente a meticilina de transmisión nosocomial". (Infecciosas).
61. Herranz MT, et al. "Tratamiento anticoagulante del ángor inestable en pacientes ingresados desde urgencias. Resultados de un Programa de Mejora". (Medicina Interna, Cardiología y UCI).
62. Rubio E, et al. "Tiempo de estancia en Urgencias: mejora de la atención inicial". (Urgencias).
63. Novoa AJ, et al. "Estudio de las características de los pacientes que solicitan el alta voluntaria (AV) en un hospital general". (C. Ética Asistencial).
64. Brando I, et al. "Evaluación y mejora de la intervención social en pacientes hospitalizados". (S.A.U. y UDICA).

C.- Participación en otras Reuniones Científicas durante 2001.

Ponencias y Comunicaciones:

1. Hernández M, et al. "Análisis del cumplimiento y utilidad del informe de enfermería de los pacientes ingresados en cuidados intensivos". XXVII Congreso Nacional de la SEEIUC. Las Palmas 2001. (Enfermería de UCI).
2. Abad Corpa E, et al. "Evaluación y mejora de la cumplimentación del nuevo registro de enfermería en el Servicio de Urgencias". XIV Congreso Nacional de la SEEUE. Alicante 2001. (Enfermería de Urgencias)
3. Abad Navarro AL, et al. "Vía clínica del pie diabético. El paciente en Urgencias". XIV Congreso Nacional de la SEEUE. Alicante 2001. (Enfermería de Urgencias)
4. Rubio Ruiz M, et al. "Comparación de dos sistemas de obtención celular en la orina". II Congreso Nacional de la Federación Estatal de Técnicos Especialistas Sanitarios (FETES). Alicante 2001. (Enfermería de A. Patológica).
5. Martínez Marín R, et al. "Evaluación preliminar para el diagnóstico del carcinoma de vejiga". II Congreso Nacional de la Federación Estatal de Técnicos Especialistas Sanitarios (FETES). Alicante 2001. (Enfermería de A. Patológica).
6. Abad Corpa E, et al. "Prevención de úlceras por presión". Jornadas sobre Prevención de Úlceras por Presión. Murcia 2001. (Dirección de Enfermería).
7. Abad Corpa E, et al. "Evaluación de un programa de formación de enfermería basada en la evidencia sobre los conocimientos y habilidades intelectuales de enfermeras españolas". V Encuentro de Investigación en Enfermería. Barcelona 2001. (Dirección de Enfermería y UDICA).
8. Arjona C, et al. "Continuidad de los cuidados: Interrelación asistencial". III Jornadas de Enfermería Nefrológica. Cartagena 2001. (Enfermería).

9. Soler Morales C, et al. «Cuidados enfermeros y promoción de la lactancia materna». IV Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia. Sevilla 2001. (Enfermería).
10. Carrillo García C, et al. “Importancia del lavado nasal en niños afectados de rinitis y sinupatías”. IV Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia. Sevilla 2001. (Enfermería).
11. Carrillo García C, et al. “Protocolo de Prick test en niños adolescentes”. IV Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia. Sevilla 2001. (Enfermería).

XIII.- AGENTES DE LA CALIDAD.

Los resultados conseguidos en nuestro centro durante el año 2001, en las distintas actividades del Plan de Calidad, como siempre, han sido posibles gracias a la competencia profesional y dedicación de **todos los profesionales del centro, que son los verdaderos "agentes de la calidad"**.

Entre estos, hay que destacar a los que, de forma voluntaria, dedican más tiempo y esfuerzo personal, participando como **responsables de Objetivos, Indicadores y Comisiones Clínicas**, que se relacionan a continuación:

RESPONSABLES DE OBJETIVOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE GESTION 2001

Objetivo	Responsable
Plan de Acogida	Asunción M ^a Esteve Candel
Guía del Hospital	
Mejorar gestión reclamaciones	
Cumplimiento de Consentimiento Informado	Dolores García Ruipérez
Nivel de vigilancia de la infección hospitalaria	Rosa M ^a Blázquez Garrido
Protocolo de Sondaje Vesical	Eva Abad Corpa
Donación y Trasplante de Organos	Gumersindo González Díaz
Liderazgo de la Gerencia	Domingo Coronado Romero (Director Gerente)
Plan de Información a pacientes y familiares	M ^a Teresa Herranz Marín
Encuesta posthospitalización	Asunción M ^a Esteve Candel
Implantación de receta en consultas y altas	M ^a Dolores Nájera Pérez
Protocolos en Servicios Asistenciales	Enrique Pellicer Franco
Protocolo profilaxis AB	Ana Isabel Menasalvas Ruiz
Protocolos de cuidados de enfermería	Eva Abad Corpa
Protocolo de Cataratas	Juan Gomariz Guijarro
Protocolo de Amigdalectomía	Ana Amores Lloret
Protocolo de H. B. Próstata	Bernardino Miñana López
Protocolo de Prótesis total de rodilla	Diego Giménez Belmonte
Protocolo de Prótesis total de cadera	Diego Giménez Belmonte
Protocolo de Hallux Valgus	Fernando Ubeda García
Guía de Practica Clínica en Urgencias	Julián Alcaraz Martínez
Implantación y evaluación de Vías Clínicas	José Antonio Andreo Martínez

Protocolos en Servicios No Asistenciales	Inmaculada López de Teruel Alcolea
Protocolo de RMN	Eduardo Alías Linares
Protocolo de TAC	- Ana Blanco Barrio - Margarita Martínez Fernández
Protocolo de Oxigenoterapia	M ^a Loreto Alemany Francés
Vía clínica de EPOC	M ^a Angeles Page del Pozo
Vía clínica de Amigdalectomía	Francisco Piqueras Pérez
Vía clínica de Pie Diabético	Diego Martínez Gómez
Vías clínicas de Tiroidectomía y Hemitiroidectomía	Victoriano Soria Aledo
Vías clínicas de Prótesis de Rodilla y Prótesis de Cadera	Diego Giménez Belmonte
Vía clínica de Hallux valgus	Fernando Úbeda García
Vías clínicas de RTU de Próstata y RTU de Vejiga	Tomás Fernández Aparicio
Reducir caídas de pacientes hospitalizados	Eva Abad Corpa
Reducir sucesos adversos de medicamentos	Joaquín Plaza Anierte
Guía Farmacoterapéutica actualizada	María Ventura López
Informe técnico de evaluación de fármacos	
Minimizar prescripción de fármacos de nula / baja aportación terapéutica	M ^a Dolores Nájera Pérez
Protocolo de equivalentes terapéuticos	María Ventura López
Guía de gestión de Lista Espera Quirúrgica	Francisco Marcos Navarrete
Guía de gestión de Consultas Externas	
Guía de evaluación de Farmacia Hospitalaria	M ^a Dolores Iranzo Fernández
Guía de cuidados enfermeros (U. Presión)	Eva Abad Corpa
Catálogo de Pruebas de Laboratorio	Antonio Eugenio Gómez Gómez
Guía de gestión de Admisión y Documentación	M ^a Fuensanta Aliaga Matas
Sistemas de información (Informe de Alta)	
Contabilidad Analítica	Andrés Carrillo González
Memoria del Plan de Calidad	José Antonio Andreo Martínez
Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora	
Integración de profesionales en la Unidad de Calidad	
Publicaciones y Comunicaciones sobre Calidad	Juan Miguel Sánchez Nieto
Formación de profesionales en Calidad	
Comisión de adquisiciones	Jesús Cárcar Benito
Prevención de tabaquismo	Asunción M ^a Esteve Candel
Acogida al nuevo trabajador	M ^a Teresa Herranz Marín
Comunicación interna	Domingo Coronado Romero (Director Gerente)
Programa del voluntariado	Carmen Martínez Aroca
Detección de riesgo social	Inmaculada Brando Asensio

RESPONSABLES DE MONITORIZACION DE INDICADORES DE CALIDAD 2001

INDICADOR	Responsable
1. Reingresos en S. Urgencias	José Antonio Serrano Martínez
2. Prevalencia de úlceras por presión	Eva Abad Corpa
3. Prevalencia de infección nosocomial	Rosa María Blázquez Garrido
4. Prevalencia de infección de herida quirúrgica	
5. Prevalencia de infección en pacientes sondados	
6. Incidencia de infección de herida quirúrgica	
7. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica en UCI	Andrés Carrillo Alcaraz
8. Estancias no adecuadas en GRD con estancia más desviada de la media del grupo	Juan Belchí Hernández
9. Suspensiones quirúrgicas de cualquier etiología	José Sanz Campillo
10. Suspensiones de consultas externas	M ^a Luisa Rue da Martínez
11. Pacientes que permanecen > 3 horas en Servicio de Urgencias	José Antonio Serrano Martínez
12. Pacientes que permanecen > 6 horas en Servicio de Urgencias	
13. Pacientes < 60 a. ASA 1 con Rx de tórax en estudio preoperatorio	Gabriel Motos Lajara
14. Adecuación de vías venosas en Urgencias	Eva Abad Corpa
15. N ^o Sesiones Generales del Hospital	Juan Miguel Sánchez Nieto
16. N ^o Principios activos de Guía F. Terapéutica	María Ventura López
17. % prescripciones de principios de Guía F-T	M ^a Dolores Nájera Pérez
18. % coste asignado a paciente sobre coste total en medicamentos del Hospital	Andrés Carrillo González

PRESIDENTES DE COMISIONES CLINICAS EN 2001

COMISION	PRESIDENTE
C. Central de Garantía de Calidad	Director Médico
C. Investigación y Docencia	Juan Miguel Sánchez Nieto
C. Farmacia y Terapéutica	M ^a Dolores Iranzo Fernández
C. Infecciones	Rosa M ^a Blázquez Garrido
C. Historias Clínicas y Documentación	Dolores García Ruipérez
C. Mortalidad, Tumores y Tejidos	Alberto Giménez Bascuñana
C. Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos	Enrique Pellicer Franco
C. Nutrición	Gumersindo González Díaz
C. Transfusiones	M ^a José Cutillas Aulló

C. Urgencias	José A. Serrano Martínez
C. Trombosis y Coagulación	Isabel Zuazu Jausoro
C. Etico de Investigación Clínica	Rosa M ^a Ramos Guevara
Comité de Etica Asistencial	Abel J. Novoa Jurado
Quirófanos	José Sanz Campillo
Cuidados de Enfermería	M ^a Jesús González Rodríguez

XIV.- PREMIOS DE LA CALIDAD Y FORMACIÓN 2001.

Por primera vez en el año 2001 se crean los Premios de la Calidad y Formación del Hospital Morales Meseguer, para los Servicios y Unidades más comprometidos con la Calidad, mejores Comisiones Clínicas, Grupos de Mejora y Cursos de Formación Continuada. La definición de estos premios y la elección de los premiados en el 2001 se acordaron en reunión de la Comisión Central de Garantía de Calidad (21-11-2001), en base a las propuestas presentadas por los Coordinadores de Formación Médica y de Calidad, discutidas en reunión previa por componentes de la UDICA y Dirección del Hospital. La presentación y entrega de premios se realizó en Sesión Plenaria General del Hospital, el 23 de Noviembre de 2001. Los premios y los grupos nominados y premiados han sido los siguientes:

PREMIOS DE LA CALIDAD Y FORMACIÓN 2001 Hospital Morales Meseguer
--

MEJOR:.....	CRITERIOS	FINALISTAS NOMINADOS	PREMIO
SERVICIO ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - N° comunicaciones al Congreso Nacional de Calidad (orales/póster) - N° vías clínicas - N° prof. con formación en Calidad - N° ciclos de mejora completados 	S. CIRUGÍA GENERAL S. FARMACIA S. URGENCIAS S. O.R.L. S. UROLOGÍA	S. CIRUGÍA GENERAL
UNIDAD DE ENFERMERÍA	<ul style="list-style-type: none"> - N° comunicaciones al Congreso Nacional de Calidad (orales/póster) - N° vías clínicas - N° prof. con formación en Calidad - N° ciclos de mejora completados 	U. HOSP. 3ª DERECHA U. HOSP. 7ª DERECHA	COMPARTIDO
SERVICIO NO	<ul style="list-style-type: none"> - N° comunicaciones al Congreso Nacional de Calidad (orales/póster) 	S. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	S.

ASISTENCIAL (Gerencia)	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de Programa /Actividades de Calidad en la Unidad - N° prof. con formación en Calidad - N° ciclos de mejora completados 	S. ATENCIÓN AL USUARIO S. CONTROL DE GESTIÓN	DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
SERVICIO NO ASISTENCIAL (Gestión)	<ul style="list-style-type: none"> - N° comunicaciones al Congreso Nacional de Calidad (orales/póster) - Desarrollo de Programa /Actividades de Calidad en la Unidad - N° prof. con formación en Calidad - N° ciclos de mejora completados 	S. ALMACÉN S. CONTABILIDAD	S. ALMACÉN
MEJOR:.....	CRITERIOS	FINALISTAS NOMINADOS	PREMIO
COMISIÓN CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo continuado en los últimos años con cumplimiento de objetivos y repercusión en Plan de Calidad del hospital - Objetivos cumplidos en 2000 (n° y relevancia) - N° de reuniones en 2000 - Memoria de actividades 2000 - Motivación y participación de sus componentes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Trabajo continuado y repercusión en Plan de Calidad:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Infección Hospitalaria - Historias Clínicas - Tecnología y Medios D/T - Farmacia 2. <u>Actividades en 2000:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad, Tumores y Tejidos - C. Asistencial de Ética 3. <u>Innovación y motivación de sus miembros:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de Enfermería 	C. INFECCIÓN HOSPITALARIA C. HISTORIAS CLÍNICAS
GRUPO DE MEJORA	<u>Repercusión de la mejora conseguida en:</u> <ul style="list-style-type: none"> - importancia del problema - pacientes implicados - profesionales afectados - Servicios participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhaladores (*) - Úlceras corneales (**) - Anticoagulación en angor inestable (***) 	INHALADORES (*)
CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA	Valoración de los alumnos del curso (encuesta de satisfacción)	<ul style="list-style-type: none"> - Curso de Higiene Postural (Rehabilitación) - RCP avanzada (UCI) 	C. HIGIENE POSTURAL
ACTIVIDAD FORMATIVA	<u>Repercusión de la actividad formativa:</u> <ul style="list-style-type: none"> - profesionales beneficiados - pacientes afectados - utilidad permanente - repercusión fuera del hospital 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos de Enfermería Quirúrgica en fichas (Enfermería de Quirófanos) - Manual de Introducción al 	PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN FICHAS

		Diseño de la Investigación (UCI y Urología)	
<p>(*) “Administración de broncodilatadores inhalados” (Neumología, M. Interna, Urgencias y Enfermería)</p> <p>(**) “Atención a los pacientes con úlceras corneales postraumáticas en Urgencias (Urgencias)</p> <p>(***) “Adecuación del tratamiento anticoagulante en pacientes ingresados por angor inestable” (Cardiología, M. Interna, UCI y Hematología)</p>			

XV. CONCLUSIONES:

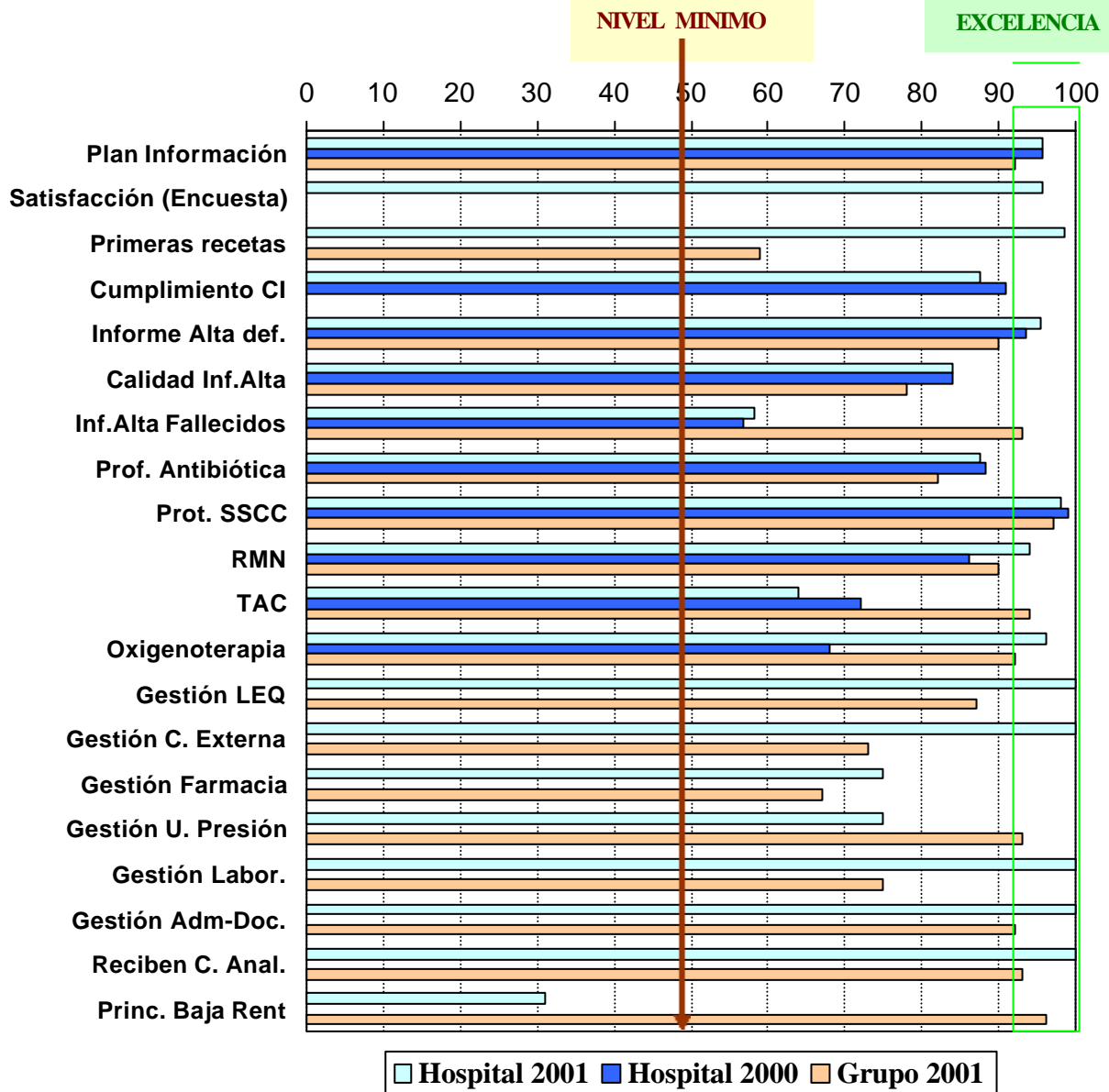
RESUMEN DE RESULTADOS EN 2001	
<u>FORTALEZAS:</u> <u>Mejores resultados</u>	* Indicadores de <u>Eficiencia</u> (Nº altas, IEMA, Peso medio. E. Media Prequirúrgica, Suspensión de cirugía programada)
	* Niveles altos de <u>calidad global</u> y de <u>cumplimiento del pacto</u>
	* <u>Objetivos de calidad anuales en todos los Servicios</u> (Clínicos, U. Enfermería y No Asistenciales)
	* Nº de <u>protocolos y vías clínicas</u> implantados y evaluados
	* Nº de <u>Comisiones Clínicas</u> y <u>Grupos de Mejora</u>
	* Nº de <u>profesionales con formación en calidad</u>
	* % de <u>Informe de Alta definitivo</u> antes de 15 días
	* Cumplimiento de <u>Profilaxis Antibiótica en Cirugía</u>
	* Nivel máximo de <u>vigilancia de infección nosocomial</u>
	* % de pacientes satisfechos con la atención recibida
* Nivel de <u>contabilidad analítica</u> máximo del INSALUD	
<u>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</u> <u>Objetivos prioritarios</u>	<u>ACCIONES DE MEJORA (en 2002)</u>
* <u>Factores "vergüenza" del Hospital:</u> 1. No realización de <u>necropsias</u> 2. Difusión e implantación de Protocolo de <u>Atención a PCR</u> 3. % <u>Informes de Alta a mano</u>	1. Comisión Promotora de Estudios Necrósicos (Dirección, Comisión de Mortalidad. S. Anatomía Patológica) 2. Grupo de Mejora de Atención a PCR y Cursos de RCP 3. Priorizar Informes a máquina como objetivo de calidad en Servicios con mayor % de Informes a mano y aumentar dotación de apoyo administrativo
* % de <u>Altas Codificadas</u>	- Incluir codificación de altas de Servicios de Hospital General (potenciación de S. de Documentación)
* <u>Cumplimentación de Informe de Alta:</u> - Informes de Alta <u>a máquina</u> - Informes de Alta en <u>fallecidos</u>	- Análisis de % de informes a máquina por Servicios y pactos con Servicios con mayor % de informes a mano - Seguimiento mensual de informes de enfermos fallecidos por S. de Documentación
* <u>Cumplimiento de protocolos de alta tecnología (TAC)</u>	- Difusión repetida de los protocolos y resultados de la evaluación.
* % <u>prescripciones de principios activos de baja aportación terapéutica</u>	- Difundir de nuevo la lista de medicamentos del grupo C a médicos prescriptores
* <u>Incidencia de infección de herida quirúrgica</u>	- Protocolo de seguimiento de bioseguridad en quirófanos y unidades de alto riesgo - Difusión de protocolo de profilaxis antibiótica y resultados de estudios de incidencia de infección de herida quirúrgica
* % de <u>reprogramaciones de consultas externas</u>	- Difundir resultados de evaluación a médicos implicados
* <u>Rx de tórax prequirúrgica innecesaria</u>	- Difusión repetida de protocolo de peticiones de estudio preoperatorio (para Consulta de Anestesia) a todos los Servicios quirúrgicos

* % de pacientes con riesgo social entrevistados

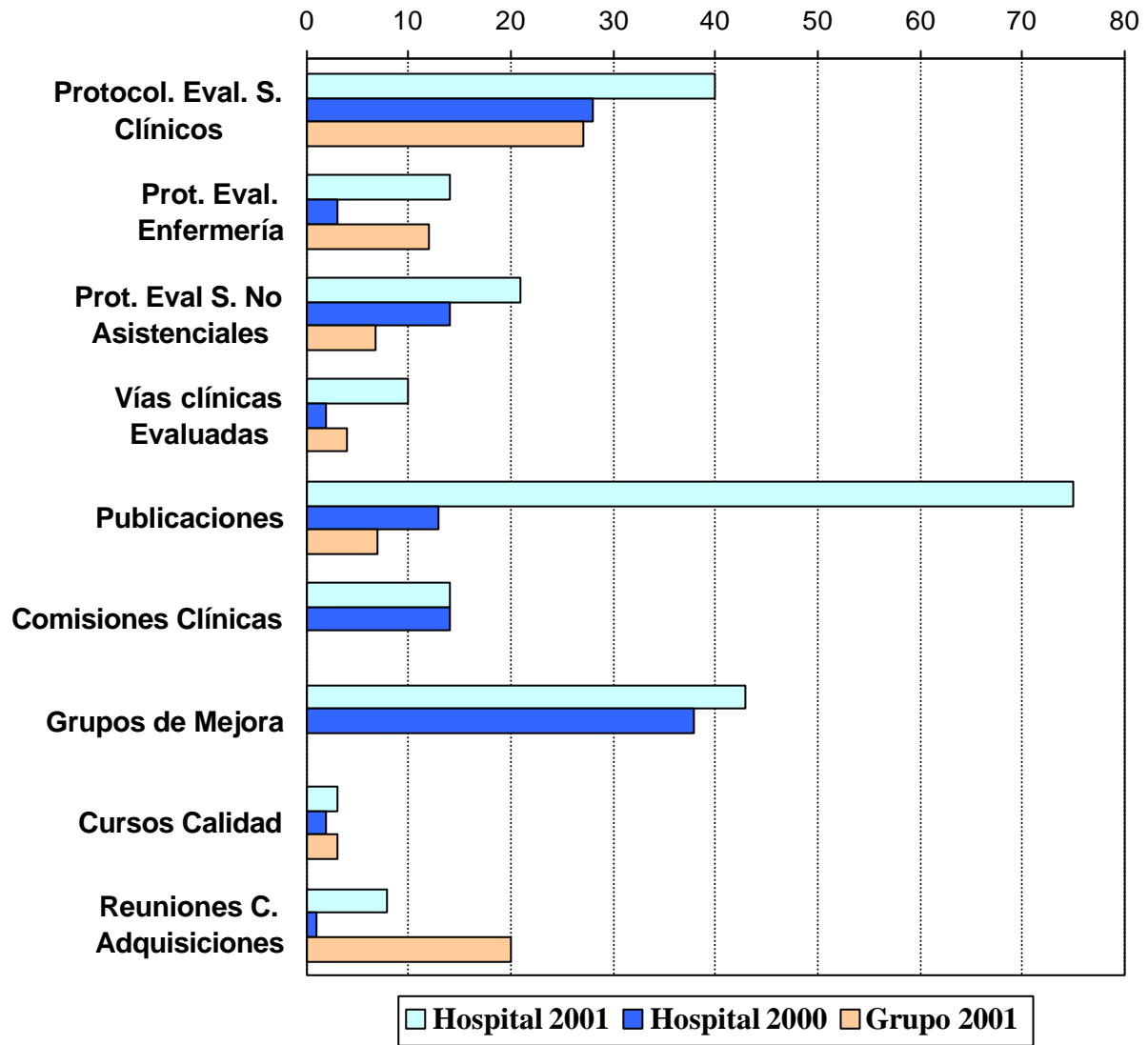
- Proponer potenciación de S.A.U.

ANEXO 1

OBJETIVOS DE CALIDAD C. GESTION 2001 (I)

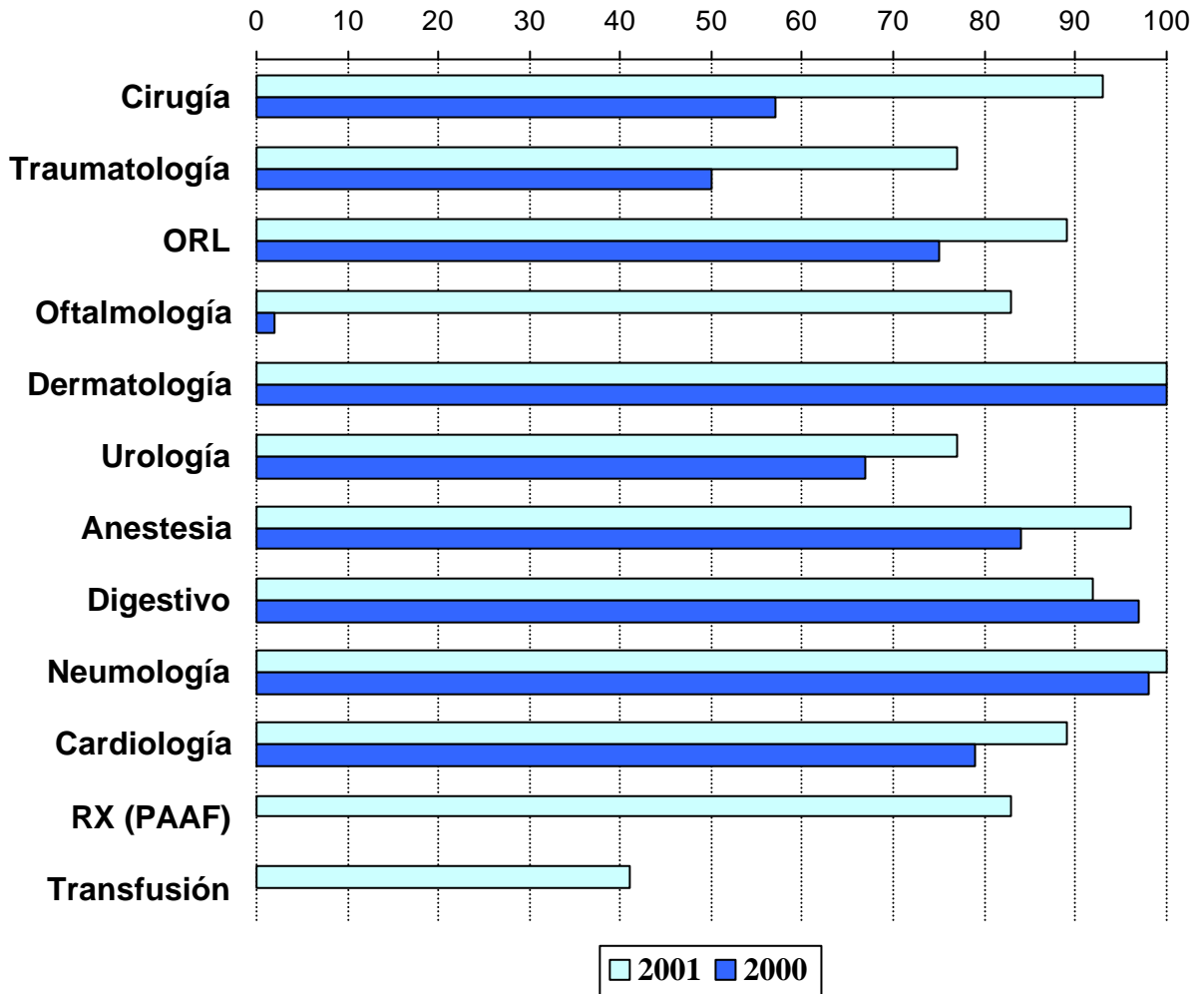


OBJETIVOS DE CALIDAD C. GESTION 2001 (II)



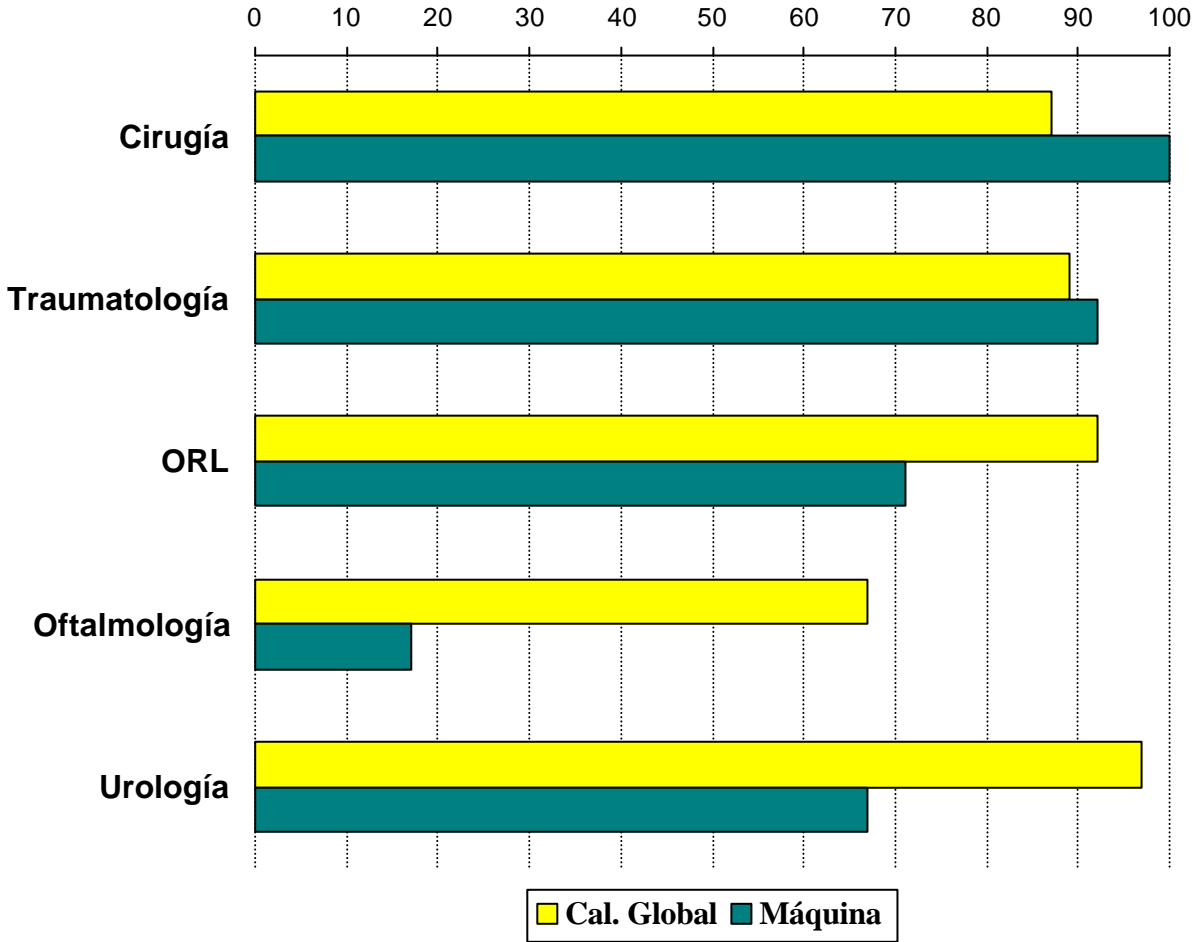
OBJETIVOS DE CALIDAD C. GESTION 2001

CUMPLIMIENTO DEL C. INFORMADO POR SERVICIOS



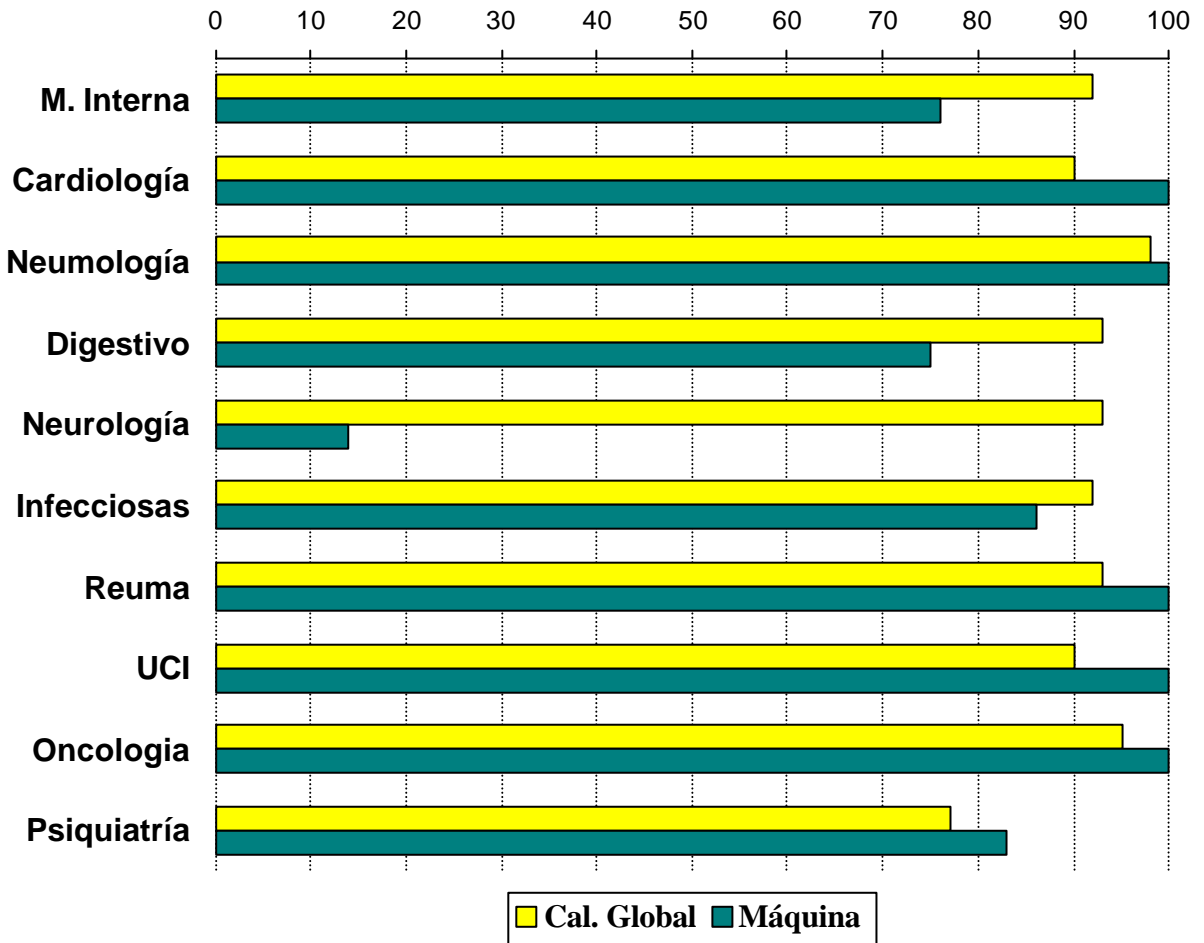
OBJETIVOS DE CALIDAD C. GESTION 2001

CALIDAD DEL INFORME DE ALTA
(Servicios Quirúrgicos)



OBJETIVOS DE CALIDAD C. GESTION 2001

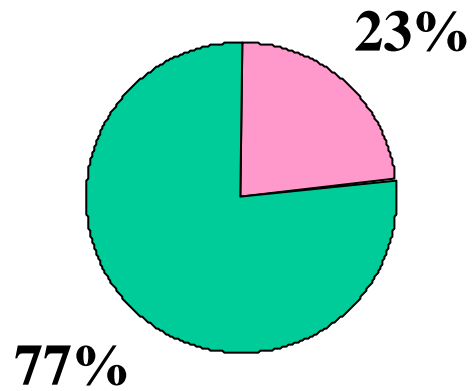
CALIDAD DEL INFORME DE ALTA
(Servicios Médicos)



OBJETIVOS DE CALIDAD C. GESTION 2001

INFORMES DE ALTA A MÁQUINA

(Sin cambios significativos respecto a 2000)



■ A mano ■ A máquina