

Hospital Santa María del Rosell

Unidad de Calidad: Memoria de Actividad 2001

Índice

- **Introducción**
- **Relación cronológica de actuaciones realizadas**
- **Resultados de los objetivos y nivel de cumplimiento, 2001**
- **Protocolos de todos los servicios hospitalarios**
- **Monitorización de indicadores, estudios realizados en el hospital**
- **Cumplimiento de la profilaxis quirúrgica**
- **Actividad y objetivos de las comisiones clínicas**
- **Evaluación del consentimiento informado**
- **Informes de alta en archivos antes de 15 días por servicios**
- **Informes de exitus en archivo antes de 60 días por servicios**
- **Estudio de la flora microbiana hospitalaria**
- **Sensibilidad de los antimicrobianos a nuestra flora hospitalaria**
- **Servicios asistenciales y objetivos de calidad**
- **Objetivos de calidad de enfermería**
 - **Estudio de las caídas producidas en el hospital**
 - **Estudio sobre las úlceras por presión**
 - **Estudio sobre las infecciones ligadas al catéter**
 - **Estudio sobre la infección ligada al sondaje urinario**
- **Gestión de las reclamaciones por el servicio de atención al paciente**
- **Servicios no asistenciales con objetivos de calidad**
- **Personal que colaboró con el plan de calidad**
- **Estudio sobre adecuación de estancias**
- **Encuesta de satisfacción en urgencias**
- **Grupos de mejora**
- **Documento de autoevaluación de protocolos**
- **Documento de autoevaluación del consentimiento informado**
- **Documento de autoevaluación de la calidad del informe de alta**
- **Documento para la autoevaluación de la vía clínica**
- **Documento para la autoevaluación de la profilaxis antibiótica**
- **Evaluación de la fisioterapia en el ACV**
- **Resultados de la encuesta de calidad percibida y de satisfacción**

Introducción

El hospital Santa María del Rosell de Cartagena, pertenece a la red de titularidad pública INSALUD. Su misión es proporcionar atención médica hospitalaria y ambulatoria para mejorar la salud y calidad de vida de la población del Área de Salud de Cartagena. El hospital se encuentra coordinado con el resto de hospitales de la zona y de nuestra Región para completar las prestaciones de la población a la que atiende.

El hospital Santa María del Rosell viene desarrollando su plan de Calidad desde el año 1997. En dicho año se creó la figura del Coordinador de Calidad. Atendiendo a los objetivos marcados por el

INSALUD, y los propios del hospital, tanto en ejercicios anteriores como en el presente 2.001, nuestro hospital ha tratado de ir adaptando su infraestructura para poder responder y alcanzar un nivel adecuado en el cumplimiento de dichos objetivos.

En el ejercicio del año 2.001, en cuanto a actividad asistencial, hay que mencionar que el hospital continua inmerso en obras de remodelación. Como consecuencia de ello, los servicios, Pediatría, Obstetricia-Ginecología, Neumología, y una Sección de Medicina Interna, se han trasladado dentro de nuestra misma ciudad al hospital Naval del Mediterráneo. Este traslado puede de alguna forma modificar algunos de los indicadores, frente a ejercicios anteriores. Así, por ejemplo, la codificación de dichos servicios lleva un considerable retraso frente al resto de servicios. Además, los indicadores que tienen en cuenta el número total de pacientes ingresados, como los referentes a medir tasas de infección hospitalaria, los resultados pueden ser diferentes frente a ejercicios pasados, dado que en este ejercicio no se han considerado los pacientes ingresados en dichos servicios.

La obra de remodelación, a su vez, ha supuesto para la mayoría de los servicios su desplazamiento dentro del propio hospital, con lo cual han surgido nuevas dificultades para el funcionamiento normal y la cumplimentación de algunos objetivos. La obra es una fuente continua de inconvenientes para los pacientes y todo el personal que trabaja en el hospital. Los ruidos, polvo, escombros, pérdidas-cortes de agua, falta de aire acondicionado, falta de calefacción, suciedad, etc, etc,..... etc. Todo ello, junto con la duración, crean un mal ambiente de trabajo y de satisfacción entre pacientes, familiares, personal asistencial y no asistencial.

En otro orden de cosas, durante este año el equipo dirección ha cambiado, con la incorporación de un nuevo Director Gerente, Dr. Cástor Pedro Escribano, Director médico, Dr. Juan José Pedreño, Directora de enfermería, D^a Pilar Cuesta, y Director de Gestión, Sr. Delfín Rodilla. El director médico ha dedicado parte importante de su tiempo a los temas de Calidad. En enfermería con el nuevo equipo directivo, se ha incorporado como Coordinadora de Calidad y Docencia, Adoración Aleo Luján, con enorme dedicación y gran ilusión. Como en ejercicios anteriores, no existe una correspondencia absoluta entre el planteamiento inicial de los objetivos, la metodología de evaluación y hoja de resultados, lo que dificulta la buena cumplimentación de los objetivos.

Dr. José Antonio Melgarejo Moreno

Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva

Coordinador de Calidad

Relación cronológica de la actuación del Coordinador de Calidad

Enero de 2001.

El resumen de los resultados del año 2000 son remitidos al Director Gerente y Director médico.

Se reparte a todos los Servicios implicados en la información a pacientes, la nueva Guía de información Hospitalaria.

Se envían a todos los servicios/secciones/unidades los resultados del año 2.000 y los objetivos del año 2.001. Se remarcan los resultados que es necesario corregir. Se adjuntan los resultados de Microbiología, donde se recoge los patógenos aislados en el pasado ejercicio, el lugar de aislamiento de dichos gérmenes, y la sensibilidad a los distintos antibióticos disponibles en nuestro hospital.

Febrero de 2001

Colaboro con la Dirección médica en la elaboración de objetivos de Calidad del nuevo contrato de Gestión para el presente ejercicio.

Contacto con nueva dirección de enfermería y con la nueva coordinadora-responsable de enfermería en temas de calidad y docencia, mantengo contacto abierto con ella, le planteo todos los objetivos del presente ejercicio.

Reviso con coordinadora de enfermería los cuestionarios de control de la infección de la herida quirúrgica y profilaxis antibiótica. El hospital tiene que empezar a llamar a los pacientes para completar los cuestionarios antes de introducirlos en la base de datos.

Se inicia la introducción de datos de la infección de herida quirúrgica y profilaxis antibiótica en la base de datos situada en el ordenador de Órganos Colegiados. De nuevo se detecta un bajo cumplimiento de la profilaxis quirúrgica, se empieza a llamar a los pacientes para completar los cuestionarios.

Me entrevisto con director y subdirector médicos para diseñar el cronograma de los objetivos sobre los servicios y comisiones para el presente ejercicio. Le presento un esquema básico con los objetivos para el 2.001 y a cada servicio se le marcarán objetivos concretos, a ser posible buscando nombres de responsable y tratando de mejorar las deficiencias detectadas el ejercicio anterior.

Marzo de 2001

Se redacta la Memoria de Calidad del año 2.000, y se remite al INSALUD.

Abril de 2001

Me entrevisto con Director Gerente, se plantean todos los problemas detectados en el ejercicio anterior, así como las necesidades estructurales de la Unidad de Calidad.

Mayo-Junio de 2001

colaboro con las distintas Comisiones clínicas en lo que a objetivos de Calidad se refiere. Informo a los distintos Servicios de los nuevos objetivos del presente año.

Diseñamos conjuntamente con la Coordinadora de enfermería, nuevas hojas de recogida de datos de los objetivos referentes a: sondaje vesical, úlceras por presión, control de la infección asociada al catéter periférico. Se diseña una hoja para el control de las caídas de los pacientes durante la hospitalización.

Septiembre-Octubre de 2001

Con la dirección médica y una subcomisión de la Comisión Mixta. Se llega al acuerdo de enviar a los distintos servicios unos modelos de hojas de autoevaluación de los objetivos. Elaboro los documentos para evaluar el informe de alta de acuerdo a los criterios establecidos por la Comisión e historias clínicas, un documento para evaluar el consentimiento informado, otro para los protocolos, y Vías clínicas. Las hojas se envían a todos los Servicios.

En el pleno de la Comisión Mixta informo del sistema de evaluación para el presente año y quedo a disposición de cualquier aclaración adicional. Se adjuntan los modelos de hojas de evaluación de resultados.

Noviembre de 2001.

En una de las Reuniones de la Comisión Mixta se explica a todos sus miembros las diferencias con los objetivos del año anterior. El bajo nivel de cumplimentación, con los datos referentes a la fecha actual. Se expone el diferente sistema de recogida de datos frente al año anterior.

Recibimos a través de INTERNET, el modelo de hoja para enviar los Resultados este año. Como novedad, recibimos la nueva encuesta del INSALUD. Se obtienen copias de la misma y con la colaboración de la coordinadora de enfermería se inicia su difusión inmediata entre los pacientes ingresados para tratar de conseguir difundirla y obtener resultados que se puedan enviar antes de finalizar el año.

Recibimos una inspección del INSALUD para analizar los documentos de consentimiento informado. Solicitan historias clínicas al archivo para su análisis. Se les facilitan los documentos y las historias, se les informa del grado de cumplimiento que tenemos registrado del ejercicio anterior. Así mismo, se les informa que este año la evaluación del consentimiento informado será, a propuesta de la Comisión Mixta y de la Dirección médica, por un sistema de autoevaluación por servicio.

Reunión de la Comisión Central de Calidad, se expone la evolución del cumplimiento de los objetivos hasta el momento presente. Se indican los cambios respecto a los objetivos del año anterior. Se explica el distinto sistema de evaluación del presente ejercicio, a propuesta de la Comisión Mixta del hospital y de la Dirección médica. Se muestran los documentos de autoevaluación que se han realizado desde la Unidad de Calidad. Los presidentes de las Comisiones exponen sus problemas. La dirección médica escucha las demandas de los distintos presidentes. Se realiza acta de la reunión.

Se completa el reparto de la encuesta posthospitalización, con la colaboración de las supervisoras de plantas de hospitalización, se consiguen 100 encuestas. Se introducen los resultados en la base de datos.

La inspección del INSALUD nos informa de los resultados tras analizar el cumplimiento de la normativa sobre el consentimiento informado. A la reunión, asisten dos inspectores, el director médico, el gerente y yo. Como hechos a resaltar, cabe destacar que hay algunos documentos continúan sin adaptarse a la normativa establecida en el hospital en cuanto a normalización, documentos de los servicios de cirugía, traumatología y endoscopias. Además se recoge como algo a mejorar en la mayoría de los consentimientos la falta de referencias a los daños personalizados de los pacientes. Es decir, en la mayoría de los casos, son documentos estandarizados y realizados por las sociedades científicas, donde este aspecto quedó relegado. Por último, existe en ocasiones, como en el caso de endoscopias la tendencia a no guardar el documento dentro de la historia clínica, probablemente en relación con el alto porcentaje de endoscopias ambulatorias que realizan, y en este caso al parecer se guardan en un archivador en la consulta externa, de cualquier manera, como este hecho repercute en los resultados globales del hospital deberá mejorarse.

Diciembre de 2.001

Iniciamos la reclamación de los resultados a los servicios que no los han presentado. Iniciamos su procesamiento informático. Hay servicios que nos los entregan pasado el día 15, después de reclamarlos el director médico. Los resultados del EPINE de este año, pese a haberse reclamado, no los hemos recibido. El día 28 de diciembre se envían los resultados a la Subdirección General de atención especializada del INSALUD. Se realiza un envío mediante correo electrónico, y un envío por correo certificado. Además de los resultados, se envían todos los documentos que se nos habían requerido desde la Subdirección General.

Resultados de los objetivos de Calidad. Año 2.001

Estándares de calidad percibida y derechos de los pacientes		Alcanzado
Estándar 1. Las mujeres tienen posibilidad de acompañamiento durante el parto y la dilatación	A	Sí
Estándar 2. El hospital dispone de un plan de acogida a los pacientes	A	Sí
Estándar 3. El hospital entrega a los pacientes una Guía del hospital	A	Sí
Estándar 4. El hospital facilita el acompañamiento durante la hospitalización padres-hijos	A	Sí
Estándar 5. El hospital gestiona las reclamaciones de los pacientes y familiares	A	Sí
Estándar 6. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado	A	Sí
Estándares de calidad científico-técnica		
Estándar 7. El hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria	A	Sí

Estándar 8. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería	A	Sí
Estándar 9. Se realiza correctamente el proceso de donación y trasplante de órganos	A	Sí
Estándares de liderazgo y cultura de la calidad		
Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad	A	Sí
OBJETIVOS DE CALIDAD PARA EL CONJUNTO DE LOS HOSPITALES		
Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes		
1. Porcentaje de servicios, con plan de información a pacientes y familiares	A	Sí
2.1 ¿ Ha implantado el hospital la nueva encuesta posthospitalización ?	No	Sí
2.2. Porcentaje de pacientes a los se facilitan las recetas prescritas por 1ª vez en Cons. Exter.	B	42,4%
Objetivos de calidad científico-técnica		
3.1 N° de protocolos documentadas, implantadas y evaluadas por servicios asist.		
3.2 Porcentaje de pacientes con profilaxis quirúrgica adecuada a protocolo	23	26
3.3 Porcentaje de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo	C	76,5%
3.4 Porcentaje de pacientes intervenidos de acuerdo al protocolo de sus Soc. Cient.	A	98%
3.4.1 Cataratas	A	100%
3.4.2 Amigdalectomía	A	93,3%
3.4.3 Hiperplasia benigna de próstata	A	96%
3.4.4 Prótesis de rodilla	A	96,6%
3.4.5 Prótesis de cadera	A	96,9%
3.4.6 Hallux valgus	A	96,85%
3.5 Guía de práctica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en Urgencias	No	Sí
3.6 N° de Vías Clínicas implantadas y evaluadas por el hospital	4	3
3.7 N° de protocolos documentados, implantados y evaluados por servicios no asistenc.	2	3
4.1 Porcentaje de pacientes con RNM, de acuerdo a los criterios del protocolo	A	95%
4.2 Porcentaje de pacientes con TAC, de acuerdo a los criterios del protocolo	B	85%
4.3 Porcentaje de pacientes con oxigenoterapia, de acuerdo a la circular del INSALUD	A	96,6%
5.1 El hospital ha realizado estudios sobre las caídas en pacientes hospitalizados	No	Sí
5.2 El hospital tiene acciones de mejora en los sucesos adversos de los medicamentos	Sí	Sí
	Sí	Sí
	< 1%	5%

6.1 El hospital dispone de una Guía farmacoterapéutica	1%	Sí
6.2 Se dispone de un modelo de informe técnico para evaluar nuevos medicamentos	Sí	
6.3 Porcentaje de prescripciones de principios activos tipo C		
6.4 Dispone el hospital de un protocolo de equivalentes terapéuticos		
Objetivos de gestión clínica		
7. Grado de adhesión a las siguientes guías		
7.1 Gestión de la lista de espera quirúrgica	A	96%
7.2 Gestión de consultas externas	A	90%
7.3 Gestión de Farmacia	D	75%
7.4 Guía de cuidados de enfermería	A	100%
7.5 Catálogo de pruebas de laboratorios clínicos	D	100%
7.6 Gestión de Admisión y Documentación clínica	C	90%
8.1 Realizar informes de alta definitivos en un periodo menor de 15 días	B	86,8%
8.2 Informes de alta definitivos en archivo antes de 60 días	A	91,5%
8.3 Informes de alta de pacientes fallecidos en archivo antes de 60 días	B	86,2%
8.4 Porcentaje de informes definitivos con el 100% de los criterios del hospital	E	70
9. Porcentaje de servicios que reciben puntualmente la contabilidad analítica	No	No
10.1 Se ha realizado la memoria del Plan de Calidad del año 2.000	Sí	Sí
10.2 N° de comunicaciones de Calidad	2	Sí
11 N° de reuniones anuales de las comisiones clínicas obligatorias	36	No
12.1 La unidad de Calidad funciona integrando objetivos de médicos y enfermería	Sí	Sí
12.2 La unidad de Calidad integra objetivos médicos, de enfermería y no sanitarios	Sí	Sí
13. Existe Comisión de Adquisiciones, nº de reuniones anuales	Sí	No
Objetivo de satisfacción del cliente interno		
14. N° de cursos impartidos por el programa de formación continuada	22	Sí
14.1 N° de cursos sobre calidad asistencial	3	Sí
15.1 Existe señalización en la entrada del hospital de la prohibición de fumar	Sí	Sí
15.2 Se han habilitado áreas específicas para no fumadores	Sí	Sí
15.3 Se han llevado a cabo acciones complementarias para la prevención del tabaq.	Sí	Sí
	Sí	Sí

16. Se dispone de un plan de acogida al nuevo trabajador	No	No
17. Se dispone de un plan de comunicación interna		
Objetivos sociosanitarios		
18. Se ha establecido algún convenio con ONGs	No	No
19. Se ha implantado el Programa de Detección de Riesgo Social al ingreso	Sí	Sí

Protocolos de todos los Servicios hospitalarios

- 1. Protocolos sobre desensibilización a anestésicos locales y betalactámicos. Alergia
- 2. Protocolo sobre diagnóstico sobre RTU y adenomectomía prostática radical. Anatomía Patológica
- 3. Protocolo de carcinoma colorectal. Anatomía Patológica
- 4. Protocolo de carcinoma de mama. Anatomía Patológica
- 5. Manejo de la angina inestable. Cardiología
- 6. Protocolo de derivación de patologías quirúrgicas. Dermatología
- 7. Protocolo sobre endoscopia digestiva alta. Digestivo
- 8. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de las reacciones transfusionales. Hematología
- 9. Boletín de Flora hospitalaria y de Sensibilidad Antibiótica. Microbiología
- 10. Utilización de inhibidores IIb/IIIa en Síndrome coronario agudo. Medicina Intensiva
- 11. Utilización de trombolíticos. Medicina Intensiva
- 12. Control de las infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica. Medicina Intensiva
- 13. Utilización de Inmunosupresores. Medicina Interna-MIR
- 14. Protocolo sobre control de las infecciones hospitalarias. Medicina Interna-MIF
- 15. Utilización de eritropoyetina. Nefrología
- 16. Utilización de expansores plasmáticos intradiálisis. Nefrología
- 17. Scrining del Síndrome del Túnel carpiano. Neuroelectrofisiología
- 18. Derivación de paciente con cefalea desde Atención primaria. Neurología
- 19. Vacunación por hepatitis B en recién nacidos de alto riesgo. Pediatría
- 20. Protocolo de detección de deficiencias auditivas en recién nacidos. Pediatría
- 21. Protocolo-Guía de uso hospitalario de tranquilizantes hipnóticos. Psiquiatría
- 22. Uso adecuado del TAC. Radiología
- 23. Indicaciones urgentes de TAC y ecografía. Radiología
- 24. Pacientes con ACV tratados por Rehabilitación de acuerdo a protocolo. Rehabilitación
- 25. Tratamiento rehabilitador en pacientes con artroplastia total de rodilla. Rehabilitación
- 26. Protocolos sobre manejo y criterios de ingreso del paciente con EPOC. Urgencias

2. Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos del hospital

Indicadores	%
2.1. Tasa de reingresos en urgencias a las 72 horas	3,7%
Porcentaje de suspensión quirúrgica (enero a octubre 2.001)	3,66%

2.2 Prevalencia de pacientes con úlceras por presión	1,7%
2.3 Tasa de prevalencia de la infección nosocomial	6,6%
2.4 Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica	3%
2.5 Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados	5,7%
2.6 Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimientos quirúrg.	3%
2.7 Incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)	19,7%
2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GRD con estancia más desviada de la media	7,5%
2.9 Porcentaje de suspensiones quirúrgicas	3,7%
2.10 Porcentaje de suspensiones de consultas externas	5,3%
2.11.1 Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias	25%
2.11.2 Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias	13,25%
2.12. Porcentaje de pacient. < 60 años ASA 1 con RX de tórax en preoperatorio	43%
2.13. Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias	90%
2.14.1 Número de sesiones generales	25
2.14.2 Media de asistentes	10
2.15 Número de principios activos de la Guía Farmacoterapéutica	580
2.16 Porcentaje de prescripciones a través de receta de los principios de la Guía	63,8%
2.17 Coste asignado a paciente respecto al total de medicamentos del hospital	43%

Cumplimiento de la profilaxis quirúrgica por Servicios

Estudio realizado por la Comisión de Infecciones, con la colaboración de la División enfermería y de la secretaria de Órganos colegiados dentro del Sistema de Vigilancia de la infección hospitalaria. Estudio prospectivo, aleatorio sobre 200 pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugía limpia programada, durante el año 2.001.

El cumplimiento de la profilaxis quirúrgica ha mejorado respecto al año anterior, se ha pasado del 65,5% para el conjunto del hospital al 76,5%, alcanzándose el objetivo que inicialmente se había propuesto el hospital para el presente año. La tasa de infección asociada a la herida quirúrgica ha sido del 3%.

Actividad y objetivos de las comisiones clínicas

Comisión	Nº Reuniones	Objetivos más relevantes en el año 2.000
C. Farmacia	5	Renovación de la Guía farmacoterapéutica. Análisis de todas las propuestas de inclusión de nuevos medicamentos. Edición de boletines informativos.
C. Infecciones	4	Colaboración y control del Sistema de Vigilancia de la profilaxis antibiótica y de la infección de la herida quirúrgica Estudio EPINE
C. Historias Clínicas	4	Colaboración con la evaluación de informes de alta e informes

		de exitus
C. Tejidos, Tumores y Mortalidad	0	
C. Transfusiones	1	Creación de la Comisión.
C. Dietética-Nutrición	2	Elaboración de nuevos protocolos de nutrición enteral y parenteral
C. Docencia	3	Realización de 21 cursos para personal asistencial y no asistencial Evaluación de Residentes
C. Área Quirúrgica	2	Programación de quirófanos
C. Central de Calidad	2	Difusión de objetivos del INSALUD y del Hospital Elaboración de nuevos documentos para la obtención de resultados

Autoevaluación del estándar sobre consentimiento informado.

1. Normalización al modelo del hospital
2. Presencia en la historia clínica
3. Firmado por paciente o representante y el facultativo responsable.

SERVICIO	Procedimiento	Nº	Normalización	Resultado
Alergia	Desensibilización a anestésicos y betalactámicos	21/21	Sí	100%
Anestesia	Documento genérico	38/38	Sí	100%
Cardiología	Test de esfuerzo	21/21	Sí	100%
Cirugía	Diferentes patologías, Colectomía	21/21	No	100%
Dermatología	Carcinoma basocelular	18/21	Sí	85,7%
Digestivo	Endoscopia	19/21	No	90,4%
Endocrino	Supresión cortisol, estímulo y supresión de GH	62/62	Sí	100%
Ginecología	Diferentes patologías, Histerectomía	21/21	Sí	100%
Hematología	Quimioterapia	26/26	Sí	100%
Medicina Intensiva	Implantación de marcapasos	21/21	Sí	100%
Nefrología	Biopsia renal percutánea	10/10	Sí	100%
Neumología	Broncoscopia	21/21	Sí	100%
Oftalmología	Cataratas	18/18	Sí	100%
Otorrinolaringología	Adenoidectomía	-	Sí	100%
Radiología	Diferente exploraciones radiológicas	21/21	-	---
Reumatología	Infiltraciones periarticulares	19/21	Sí	90,4%
Traumatología	Prótesis de cadera, rodilla		No	
Urología	Resección transuretral de próstata	20/21	Sí	95
Total hospital		346/364	14/17, 82,3%	95%

Servicio de Documentación médica.

Porcentaje de informes de alta definitivos en plazo inferior a 15 días.

Periodo del estudio, 1-10-2.001 al 31-10-2.001.

Servicio	Altas totales	Informes < 15 días	Porcentaje
ALG	8	8	100
CAR	160	146	91,2
CGD	163	144	88,3
DER	3	3	100
DIG	87	84	96,5
END	5	5	100
HEM	23	15	65,2
MIF	80	71	88,7
MIR	85	71	83,5
MIV	15	15	100
NEF	13	12	92,3
NML	87	69	79,3
NRL	69	57	82,6
OFT	18	11	61,1
ORL	31	29	93,5
PSQ	16	7	43,7
REU	13	13	100
TRA	91	82	90,1
URO	45	37	82,2
Total	1.012	879	86,8

Porcentaje historias clínicas de EXITUS con informe disponible a los 60 días tras el alta.

Periodo del estudio, 1-04-2.001 al 31-05-2.001.

Servicio	Total de EXITUS	Exitus con Informe	Porcentaje
CAR	9	7	77,78
CGD	7	7	100
DIG	12	10	83,3
HEM	2	1	50
MIF	15	13	86,67

MIR	10	8	80
MIV	20	17	85
NEF	2	2	100
NML	2	2	100
NRL	4	4	100
TRA	2	2	100
URO	2	2	50
Total	87	75	86,21

Estudio de la flora bacteriana en el primer semestre del año 2.001

Laboratorio de Microbiología.

Microorganismos	Global	Espuito	Orina	Sangre	Sec. Bronq	Ex. Herida	Catéter
S. epidermidis	6,5	*	*	30,3	*	5,7	2,3
P. aeruginosa	8,0	12,7	4,5	1,2	20,2	15,2	*
S. aureus	8,2	6,9	3,6	6,7	15,5	21,0	7,0
E. faecalis/faecium	3,9	*	9,5	1,2	*	4,8	*
A. baunmani/haemolitycus	1,6	1,9	*	1,2	4,8	4,8	0,0
K. pneumoniae	3,2	5,8	5,9	*	*	*	*
P. mirabilis	1,9	*	3,2	*	1,5	10,5	*
Haemophilus sp.	3,3	6,2	*	*	13,1	*	*
Enterobacter sp.	3,5	6,2	*	*	*	*	*
Otros estreptococos	3,1	*	*	3,0	7,1	*	*
Otras klebsielas	0,8	2,6	*	*	2,4	*	*
Otros proteus	2,5	*	4,5	*	*	*	*
Bacteroides sp.	0,1	*	*	*	*	0	*
OTROS	16,5	18,4	13,2	12,1	13,5	24,6	25,6
	83,5	81,6	86,8	87,9	86,5	75,4	74,4
	16,5	18,4	13,2	12,1	13,5	24,6	25,6

(*) = No aislado, o aislado en porcentaje menos significativo e incluido en otros.
Consultar boletín

Sensibilidad de los antimicrobianos a nuestra flora hospitalaria.

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

PORCENTAJE DE CEPAS SENSIBLES -PRIMER SEMESTRE DE 2.001

E. K. P. P. A. S. S. E.

	coli	pneumoniae	mirabilis	aeruginosa	baum/haem.	aureus	epidermidis	faecalis
Acido Nalidixico	42,3	62,5	50	*	*	*	*	*
Amikacina	99,3	100	100	98,7	81,8	*	*	*
Amoxicilina/Clav.	85,2	96,8	94,7		18,2	46,1	35,9	*
Ampicilina	*	*	*	*	*	*	*	93,5
Ampic./Sulbactam	*	*	*	*	72,7	*	*	*
Aztreonam	*	*	*	77,6	*	*	*	*
Cefazolina	83,8	93,5	89,5	*	*	46,1	37,5	*
Cefotaxima	98,6	100	100	11,8	*	46,1	37,5	*
Cefoxitina	87,5	100	100	*	*	*	*	*
Ceftazidima	*	*	*	82,9	18,2	*	*	*
Cefuroxima	88	93,5	100	*	*	*	*	*
Ciprofloxacino	56,3	90,3	89,5	65,8	9,1	46,1	50	41,9
Claritromicina	*	*	*	*	*	36,8	28,1	
Fosfomicina	98,7	87,5	75	33,3	*	100	98,4	83,9
Gentamicina	76,1	100	94,7	77,6	18,2	78,9	59,4	
Imipenem	97,2	96,8	94,7	85,5	63,6	46,1	34,4	90,3
Norfloxacino	53,8	62,5	89,5	*	*	*	*	*
Ofloxacino	*	*	*	61,8	18,2	48,7	50	41,9
Penicilina	*	*	*	*	*	*	*	93,5
Piper./Tazobactam	97,9	96,8	100	90,8	*	*	*	93,5
Teicoplanina	*	*	*	*	*	100	98,4	93,5
Ticarcilina	*	*	*	90,8	18,2	*	*	*
Trimet.-Sulfametox.	52,8	100	73,7	10,5	27,3	100	89,1	*
Vancomicina	*	*	*	*	*	100	100	93,5

Actividad de los Servicios Asistenciales en relación con los objetivos de Calidad

Servicio/Sección/Unidad	Actividad
1. Alergia	Evaluación del Consentimiento informado, normalizado, cumplimentación 100%. Evaluación del protocolo de desensibilización a anestésicos locales y betalactámicos. Pautas de derivación desde Atención Primaria en Alergia.
2. Análisis clínicos	Informe sobre analíticas no procesadas.
3. Anestesia	Consentimientos informado, normalizado, cumplimentación 100%. Estudio sobre las causas de la suspensión de intervenciones quirúrgicas
4. Anatomía Patológica	Evaluación del protocolo, diagnóstico macro y microscópico de cilindro de próstata, RTU y adenomectomía prostática y prostatectomía radica. Cumplimentación, 80%. Evaluación de protocolo de carcinoma colorectal y carcinoma de mama. Cumplimentación 90%.
5. Cardiología	Evaluación de la calidad del informe de alta. Calidad global 91%, informes con el 100% de los criterios 0%. Evaluación del consentimiento informado, normalizado, cumplimentación 100%.

	Evaluación de protocolo sobre "angina inestable": 93,75 de cumplimentación.
6. Cirugía	<p>Evaluación de la calidad del informe de alta. Calidad global del informe 80%, informes con el 100% de criterios, 10%</p> <p>Evaluación de la profilaxis quirúrgica. Cumplimiento 72,7%.</p> <p>Evaluación del consentimiento informado, no normalizado, cumplimiento 100%.</p> <p>Se les ha evaluado el cumplimiento de la profilaxis quirúrgica.</p>
7. Dermatología	<p>Protocolo de derivación de patologías quirúrgicas</p> <p>Evaluación de consentimiento informado, no normalizado, cumplimiento: 90,4%.</p>
8. Digestivo	<p>Evaluación de la calidad del informe de alta. Calidad global 95%, informes con el 100% de criterios, 0%.</p> <p>Evaluación del consentimiento informado, no normalizado, cumplimiento:100%.</p> <p>Protocolo sobre Derivación endoscópica desde Atención Primaria</p>
9. Endocrino	Evaluación del consentimiento informado, normalizado, cumplimentación 100%
10. Farmacia	<p>Evaluación de utilización de principios activos de reciente comercialización y de baja o nula aportación terapéutica</p> <p>Evaluación de la receta de consulta externa y al alta hospitalaria</p> <p>Evaluación del servicio de farmacia de acuerdo a la Guía del INSALUD</p> <p>Evaluación del porcentaje de prescripciones de principios activos incluidos en la</p> <p>Evaluación del coste farmacoterapéutico asignado a paciente</p>
11. Ginecología	<p>Evaluación de VÍA CLÍNICA " Asistencia a parto normal ". 100% de adecuación.</p> <p>Evaluación de VÍA CLÍNICA " Amenaza de aborto ". 96% de adecuación.</p> <p>Evaluación de la calidad del informe de alta. Calidad global 88,43%, informes con el 100% de criterios 0%.</p> <p>Evaluación del consentimiento informado, normalizado y cumplimentación del 100%.</p> <p>Evaluación de la profilaxis quirúrgica. Cumplimentación en el 100% de los casos.</p>
12. Hematología	<p>Evaluación del informe de alta. Calidad global 100%, informes con el 100% de criterios 100%.</p> <p>Evaluación del consentimiento informado, normalizado, cumplimentación, 100%</p> <p>Elaboración del protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento de las Reacciones Transfusionales.</p>
13. M. Interna. MIR	<p>Evaluación del informe de alta. Calidad global 98,7%, informes con el 100% de los criterios, 93%.</p> <p>Presentación del protocolo Guía de inmunosupresores. Informan que se han ajustado a los criterios establecidos.</p>
14. M. Interna. MIF	Evaluación del informe de alta. Calidad global 99,5%. Informes con el 100%

	<p>de los criterios 93%.</p> <p>Protocolo sobre control de las infecciones hospitalarias.</p> <p>Colaboración con el Sistema de Vigilancia de la Infección hospitalaria.</p>
15. M. Intensiva	<p>Evaluación de la Calidad del informe de alta. Calidad global 100%, informes con el 100% de criterios, 99,9%.</p> <p>Evaluación del consentimiento informado, normalizado, 100% de cumplimentación.</p> <p>Evaluación del protocolo sobre " utilización de trombolíticos": 94,7% de adecuación.</p> <p>Evaluación del protocolo sobre " utilización de inhibidores IIb/IIIa en el Síndrome coronario agudo, adecuación al protocolo 100%, utilización de inhibidores IIb/IIIa, 20,8%.</p> <p>Medida de la incidencia de la infección respiratoria asociada a ventilación mecánica, tasa del 16,59%.</p>
16. Microbiología	
Dr. Piqueras	<p>Presentación del Boletín de flora hospitalaria correspondiente al 2º semestre del año 2.000. Presentación de hoja resumen para su distribución.</p>
Dr. Maeso	<p>Presentación del Boletín de flora hospitalaria correspondiente al 1º semestre del año 2.001. Presentación de hoja resumen para su distribución.</p>
Dr. Marín	
17. Nefrología	<p>Evaluación del informe de alta. Calidad global del informe 99%, informes con 100% de criterios, 80% (Nº historias evaluadas, 5).</p> <p>Evaluación del consentimiento informado, normalizado, cumplimentación 100%.</p> <p>Evaluación del protocolo sobre "uso de eritropoyetina": adecuación 100%.</p> <p>Evaluación del protocolo "utilización de expansores plasmáticos": 100% de cumplimiento.</p>
18. Neumología	<p>Evaluación de la calidad del informe de alta. Calidad global del informe 99%, informes con el 100% de los criterios 0%.</p> <p>Evaluación del protocolo sobre "utilización de oxigenoterapia ": 96,6% de adecuación.</p> <p>Evaluación del consentimiento informado, normalizado, adecuación 100%.</p>
19. Neurología	<p>Evaluación de la calidad del informe de alta. Calidad global del informe 97%, informes con el 100% de los criterios 43,3%.</p> <p>Evaluación del protocolo de utilización de TAC, cumplimentación 100%.</p> <p>Evaluación del protocolo de utilización de RMN, cumplimentación 100%.</p> <p>Elaboración del protocolo de derivación de pacientes con cefalea desde Atención primaria.</p>
20. Neurofisiología	<p>Presentan el protocolo. "Scringing sobre Síndrome del túnel carpiano". Estudian 65 historias clínicas y elaboran conclusiones.</p>
21. Oftalmología	<p>Evaluación de la calidad del informe de alta. Calidad global del informe 70%, informes con el 100%, 0%.</p>

	<p>Evaluación de la profilaxis quirúrgica, n=22, adecuación 100%</p> <p>Evaluación del protocolo sobre " cataratas". Cumplimiento 100%.</p> <p>Evaluación del consentimiento informado, normalizado, 100% de cumplimiento.</p>
22. ORL	<p>Evaluación del informe de alta, informan que no pueden sacarlas una por una pero que se realizan según los criterios establecidos por la comisión.</p> <p>Vía Clínica, informa que no se puede iniciar mientras los pacientes no puedan ingresar de forma programada el mismo día de la intervención.</p> <p>Consentimientos informados, normalizados, informan que todos los pacientes lo llevan. Profilaxis antibiótica, informan que la realizan en todos los casos.</p>
23. Pediatría	<p>Evaluación del informe de alta. Calidad global del informe 96,8%, informes con 100% de criterios, 40%.</p> <p>Evaluación del protocolo de vacunación de hepatitis B en recién nacidos de madre de riesgo, cumplimentación 100%.</p> <p>Evaluación del protocolo sobre detección precoz de sordera en recién nacidos, cumplimentación 100%.</p> <p>Evaluación de la adecuación de estancias, 100% de cumplimentación</p>
24. Psiquiatría	<p>Elaboración y Evaluación del protocolo-guía de uso hospitalario de tranquilizantes e hipnóticos. Adecuación 86,6%</p> <p>Normalización de consentimiento informado</p>
25. Radiología	<p>Evaluación del consentimiento informado, normalizado, existe el documento, pero faltan las firmas en el 100% de los casos analizados.</p> <p>Evaluación del protocolo sobre uso adecuado del TAC</p> <p>Evaluación del protocolo sobre las indicaciones urgentes de TAC y ecografía</p>
26. Rehabilitación	<p>Evaluación del protocolo sobre fisioterapia en el accidente cerebrovascular agudo: cumplimiento 65%.</p> <p>Evaluación del protocolo sobre artroplastia total de rodilla: cumplimiento 100%</p>
27. Reumatología	<p>Evaluación de protocolos de utilización de RMN. Adecuación a protocolo, 87,8%</p> <p>Evaluación de Consentimientos informados, normalizados, cumplimiento 90,4%</p>
28. Traumatología	<p>Evaluación de protocolo sobre: "Prótesis de cadera", 96,2% de cumplimiento.</p> <p>Evaluación de protocolo sobre: "Prótesis de rodilla", 96,6% de cumplimiento.</p> <p>Evaluación de protocolo sobre: "Hallux Valgus", 96,9% de cumplimiento.</p>
29. Urgencias	<p>Evaluación del informe de alta. Calidad global 88,6%, porcentaje de informes con el 100% de criterios, 46,6%.</p> <p>Guía de las patologías más frecuentes atendidas en urgencias.</p> <p>Evaluación del protocolo sobre tratamiento en urgencias y criterios de ingreso de los pacientes con EPOC. Adecuación al protocolo 100%.</p> <p>Inicio de estudio sobre Adecuación de la vía venosa a los pacientes que ingresan en el área de urgencias.</p>
30. Urología	<p>Evaluación del informe de alta. Calidad global 95%, porcentaje de informes</p>

Objetivos de Calidad Conjuntos entre Unidad de Calidad y Enfermería

1. Colaboración con el Sistema de Vigilancia de la infección hospitalaria, colaboración con la recogida de datos para el control de la infección asociada a la herida quirúrgica, y de la profilaxis antibiótica. Colaboración con la realización del estudio EPINE.
2. Elaboración y evaluación del protocolo de " cuidados de las úlceras por presión ".
3. Elaboración y evaluación del protocolo de " sondaje urinario y cuidados de enfermería al paciente sondado ".
4. Evaluación del protocolo de la infección asociada al sondaje urinario.
5. Evaluación del protocolo de infección ligada al catéter periférico.
6. Evaluación de las caídas durante la estancia hospitalaria
7. Colaboración a través del Servicio de Atención al paciente con la consecución del estándar
5. Gestión de las reclamaciones de pacientes y familiares.
8. Colaboración con la distribución y recogida de la encuesta posthospitalización

EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL HOSPITAL

INTRODUCCIÓN

Entre los objetivos de Calidad propuestos por nuestro hospital en el presente año figura la evaluación de las caídas que se producen durante el ingreso hospitalario. Este objetivo se enmarcaría dentro de los estándares que se ocupan de garantizar que los procedimientos de asistencia empleados por el hospital se utilizan de manera adecuada y segura. También podría ser parte de los estándares que se ocupan del manejo adecuado de las situaciones de inmovilización y aislamiento. Estos estándares pretenden crear un entorno clínicamente adecuado y justificado para controlar las situaciones donde estas medidas sean necesarias. Se pretende realizar un esfuerzo organizativo en la planificación de las situaciones en las que la inmovilización sea necesaria, esfuerzo que se debe dirigir en primer lugar a proteger la salud del paciente y mantener su dignidad, sus derechos y su bienestar. Como primer paso en este proyecto, se diseñó una hoja de recogida de datos para conocer la dimensión del problema, atendiendo en primer lugar a las caídas producidas durante la hospitalización

MÉTODO

De forma prospectiva se registraron de acuerdo a una hoja de registro de datos todas las caídas producidas en plantas de hospitalización, incluyendo pediatría, y toco-ginecología. Se obtuvieron datos en relación con la filiación de los pacientes, edad, sexo, área hospitalaria de la caída, situación previa al ingreso, antecedentes, motivo del ingreso, situación clínica y tratamiento del paciente en el momento de la caída, desde donde se producía la caída y a que hora, así como las consecuencias de la caída.

RESULTADOS

1. PERIODO DE ESTUDIO

Desde el 1 de abril de 2.001 al 31 de octubre de 2.001.

2. POBLACIÓN ESTUDIADA

Se toma en este estudio como población la totalidad de los pacientes ingresados en nuestro centro, incluidos Urgencias, Pediatría y Toco-Ginecología. En el periodo indicado han sido 8.292 pacientes.

3. INCIDENCIA DE CAÍDAS

El número total de casos de caída registrados en el periodo indicado ha sido de 14.

A partir de los datos anteriores, se obtiene una incidencia de caídas en nuestro centro en el periodo indicado del 0,17%.

4. RESULTADOS PARCIALES

1. Sexo

De entre los casos ocurridos, el 71,5% son hombres

2. Edad

El 78,6% de las caídas se da en personas mayores de 60 años.

3. Servicio donde se produjo la caída

La distribución por servicios, excluyendo el caso pediátrico, es la siguiente:

- Urgencias 15,4%
- Plantas quirúrgicas 46,15%
- Plantas médicas 38,45%

4. Estado general del paciente antes de ingreso

El 75% de los pacientes llegaron al centro en condiciones de actividad normal.

1. Antecedentes clínicos

Las patologías previas más importantes son:

- Diabetes el 42,9%
- Enfermedades neurológicas el 21,5%
- Enfermedades crónicas el 28,6%

2. Motivo del ingreso

De entre los motivos del ingreso, los más importantes son:

- Quirúrgicos el 42,9%
- Alteraciones neurológicas el 21,5%

3. Estado general del paciente en el momento de la caída

El 38,45% de los pacientes presenta algún grado de desorientación, agitación o inestabilidad motora.

4. Tratamiento medicamentoso

El 50% de los pacientes estaba sometido a tratamiento con sedantes en el momento de la caída.

5. Circunstancias de la caída

0. Lugar en el que se encuentra el paciente

La distribución por situación del enfermo en el momento de la caída es la siguiente:

- De la cama el 64,3%
- De la silla el 21,4%
- En el baño el 14,3%

4. Ocupación del paciente

Es de reseñar que, en el momento de la caída, el 57,1% de los pacientes se encontraba durmiendo.

5. Hora

En la totalidad de los casos en los que se ha anotado la hora, un 57,1 %, la caída se produjo en horario nocturno, entre las 21 y las 7 horas.

6. Consecuencias de la caída

- Ilesos el 42,9%
- Con heridas o hematomas el 57,1%

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos se puede deducir que es necesario extremar las medidas de prevención y vigilancia, incluyendo la colocación de barandillas en las camas, en aquellos pacientes que reúnen una o varias de las siguientes condiciones durante su estancia hospitalaria. Pacientes mayores de 60 años, durante el horario de sueño, y/o pacientes que reciban tratamiento con sedantes

EVALUACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

INTRODUCCIÓN

Entre los pacientes hospitalizados la aparición de úlceras por presión (U.P.P.) suele ser consecuencia fundamentalmente del periodo que precisa reposo en cama y de la patología de base del paciente. Existen factores que contribuyen de forma importante al incremento de su incidencia como la edad, la imposibilidad de inmovilización y por supuesto la calidad de vida previa o la presencia de úlcera previa al ingreso hospitalario. De cualquier forma, esta patología tiene una gran importancia en primer lugar, por el número que representa, y que probablemente irá en

aumento en los próximos años, debido fundamentalmente, al incremento de hospitalizaciones de pacientes de edad avanzada, consecuencia a su vez del incremento de la esperanza de vida de toda la población. En segundo lugar, esta patología es consecuencia y causa de la prolongación de estancias lo que conlleva un riesgo añadido por sí mismo. En tercer lugar, un riesgo añadido e importante para estos pacientes es el desarrollo de sobreinfecciones en relación con la úlcera por presión. Por último, en ocasiones la úlcera por presión pueden constituirse como factor coadyuvante o factor decisivo en el exitus de algunos pacientes.

MÉTODOS

Estudio prospectivo, mediante un sistema de aleatorización, por el que se detectaron todos los pacientes ingresados, un día de la última semana del mes entre mayo y octubre en todas las plantas de hospitalización de nuestro hospital, con la excepción de Pediatría y Toco-Ginecología, al ser considerados pacientes de bajo riesgo en la escala de Norton para esta patología. Se realiza en primer lugar un análisis de prevalencia global de todo el hospital y por unidades de hospitalización. En segundo lugar se realiza un análisis en función del riesgo del paciente y de la unidad de hospitalización. Por último se expresarán los resultados corregidos globales para todo el hospital.

RESULTADOS

1. PERIODO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN ESTUDIADA

Un día de la última semana de cada mes entre mayo y octubre.

En el periodo indicado han sido 990.

2. INCIDENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

El número total de casos de U.P.P., producidas durante la estancia hospitalaria, registrados en el periodo indicado ha sido de 25. Se han detectado, además, 9 casos en los que los pacientes padecían úlceras previas a su ingreso.

A partir de los datos anteriores, se obtiene una incidencia de U.P.P. en nuestro centro en el periodo indicado del 2,52%. En este cómputo no se considera el 0,9 % que corresponde a los 9 casos de pacientes con úlceras previas al ingreso.

3. RESULTADOS PARCIALES

1. Resultados brutos

La distribución por servicios, ordenada por número de casos, es la siguiente:

- 2ª. UCI
62 pacientes, 7 afectados, 11,3%
1 afectados previos al ingreso, 1,6%
- 4ª C. Medicina Interna. Infecciosas:
121 pacientes, 7 afectados, 5,7%
3 afectados previos al ingreso, 2,4%
- 2ª C. Trauma:
160 pacientes, 7 afectados, 4,3%
- 8ª. Neumología:
50 pacientes, 1 afectados, 2%
- 6ª . Medicina Interna:
56 pacientes, 1 afectados, 1,8%
2 afectados previos al ingreso, 3,5%
- 3ª A. Cardiología y Neurología:
232 pacientes, 2 afectados, 0,8%
- 3ª C. Cirugía
103 pacientes, 0 afectados

- 1ª B. Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología
76 pacientes, 0 afectados
1 afectados previos al ingreso, 1,3%
- 2ª A. Nefrología y Hematología
130 pacientes, 0 afectados
2 afectados previos al ingreso, 1,5%

2. Resultados corregidos

Como complemento de los valores brutos, damos a continuación el valor de la prevalencia por servicios, calculada como la relación entre el número de pacientes afectados y el número de pacientes de riesgo en porcentaje.

Aún así, los resultados anteriores no reflejan la realidad de la casuística ni de la atención en cada uno de los servicios. Entendemos que no son homogéneos y por lo tanto tampoco comparables por cuanto no se relaciona la prevalencia con el número total de pacientes estudiados en cada caso.

Por este motivo, hemos calculado una "prevalencia corregida". Primero obtenemos un "factor de riesgo" de cada unidad como relación entre el número de pacientes de riesgo respecto del total estudiado. Los resultados así obtenidos nos dan idea de lo que podríamos llamar el "riesgo de unidad" en lo que a U.P.P. se refiere, es decir, el porcentaje de pacientes de riesgo que ingresan en cada unidad.

Finalmente, multiplicamos el valor de la prevalencia por el valor (1- factor de riesgo). La prevalencia así corregida nos permitirá comparar el éxito relativo de cada unidad en los cuidados que aplica y su relación con el resto de unidades.

Los resultados son los siguientes:

- 2ª. UCI
62 pacientes estudiados
7 afectados
Número de pacientes con riesgo, 30
Prevalencia, 23,3%
Factor de riesgo, 0,48
Prevalencia corregida, 12,02 %
- 4ª C. Medicina Interna. Infecciosas
121 pacientes estudiados
7 afectados
Número de pacientes con riesgo, 32
Prevalencia, 21,8%
Factor de riesgo, 0,26
Prevalencia corregida, 16,13 %

▪ 2ª		C.		Trauma
160		pacientes		estudiados
7				afectados
Número de pacientes con riesgo,				40
Prevalencia,				17,5%
Factor de riesgo,				0,25
Prevalencia corregida,				13,12 %
▪ 8ª		.		Neumología
50		pacientes		estudiados
1				afectados
Número de pacientes con riesgo,				12
Prevalencia,				8,33%
Factor de riesgo,				0,24
Prevalencia corregida,				6,33 %
▪ 6ª.		Medicina		Interna
56		pacientes		estudiados
1				afectados
Número de pacientes con riesgo,				24
Prevalencia,				4,16%
Factor de riesgo,				0,42
Prevalencia corregida,				2,41 %
▪ 3ª	A.	Cardiología	y	Neurología
232		pacientes		estudiados
2				afectados
Número de pacientes con riesgo,				9
Prevalencia,				22,22%
Factor de riesgo,				0,039
Prevalencia corregida,				21,35 %
▪ 3ª		C.		Cirugía
103		pacientes,	0	afectados
Número de pacientes con riesgo,				11
▪ 1ª	B.	Otorrinolaringología,	Oftalmología,	Urología
76		pacientes,	0	afectados
Número de pacientes con riesgo,				5
▪ 2ª	A.	Nefrología	y	Hematología
130		pacientes,	0	afectados
Número de pacientes con riesgo,				14

3. Resultados corregidos totales

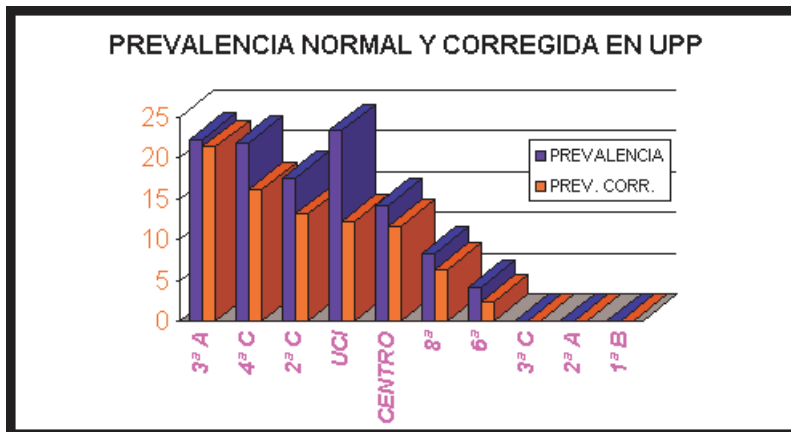
Los cálculos anteriores nos permiten, a su vez, hacer una corrección similar en el valor total del centro.

Total del Hospital:

- 990 pacientes estudiados
- 25 afectados

- Número de pacientes con riesgo, 177
- Prevalencia, 14,12%
- Factor de riesgo, 0,18
- Prevalencia corregida, 11,59 %

Figura 1. Prevalencia de úlceras por presión en el Hospital Santa María del Rosell durante el año 2.001. Se presentan los valores globales y corregidos.



PREVALENCIA = N° AFECTADOS DE UPP / N° DE PACIENTES DE RIESGO

PREV. CORR. = PREVALENCIA * (1-PACIENTES DE RIESGO / TOTAL DE PACIENTES)

CONCLUSIONES

La prevalencia de úlceras por presión es elevada entre los pacientes ingresados en nuestro hospital. Resulta especialmente elevada en plantas de hospitalización no quirúrgicas. Dado el factor de riesgo añadido que suponen en el incremento de las tasas de infecciones deben de ser tenidas en cuenta siempre que manejemos pacientes en nuestro hospital como posible causa de sobreinfección añadida. Deberán en cualquier caso extremarse las medidas de prevención del desarrollo de úlceras por presión y ante la aparición de las mismas intensificar los cuidados para tratar de erradicarlas.

EVALUACIÓN DE FLEBITIS LIGADAS AL CATÉTER PERIFÉRICO

INTRODUCCIÓN

La vigilancia, prevención y control de la infección hospitalaria es un estándar reconocido internacionalmente como de obligado cumplimiento en los hospitales. El objetivo de este estándar es identificar los riesgos de adquirir y transmitir infecciones entre los pacientes, empleados, clínicos y otros profesionales sanitarios, trabajadores de servicios contratados, voluntarios, estudiantes y visitas. Cualquier hospital tiene riesgo de infecciones nosocomiales, infecciones adquiridas en el hospital, así como de infecciones traídas al hospital. Estas infecciones pueden afectar a los pacientes y a los profesionales sanitarios. La vigilancia, prevención y control de infecciones cubre un amplio abanico de procesos y actividades. Dentro de los estándares de nuestro hospital se encuentra incluido el control de la infección ligada al catéter. En el desarrollo de este tipo de infecciones intervienen factores como la inmunosupresión del paciente, la

presencia de bacteriemia o la presencia de trombosis que son favorecedores de las mismas. En ocasiones las infecciones por catéter, no se deben a estos motivos, y pueden estar relacionadas con la asepsia en el momento de la implantación, la duración de la canalización, y los cuidados posteriores que reciben estos catéteres. En cualquier caso ante la presencia de signos locales de eritema, induración o dolorimiento sobre la región de implantación del catéter debe de valorarse la presencia de infección ligada al catéter.

MÉTODO

De forma prospectiva se registraron de acuerdo a una hoja de registro de datos todas los pacientes portadores de vía periférica en plantas de hospitalización, incluyendo la Unidad de Cuidados intensivos (UCI). Se obtuvieron datos en relación con la filiación de los pacientes, edad, sexo, área hospitalaria del paciente, situación previa al ingreso, antecedentes, motivo del ingreso, situación clínica y tratamiento del paciente. En los casos donde se detectó flebitis se intentó conseguir cultivos para identificar el posible germen responsable

RESULTADOS

1. PERIODO DE ESTUDIO

Se han estudiado casos, mediante ficha diaria de control, durante los meses de mayo y junio de 2.001.

2. POBLACIÓN ESTUDIADA

Se toma en este estudio como población la totalidad de los pacientes ingresados en nuestro centro, en unidades médicas y quirúrgicas, portadores de vía periférica. En el periodo indicado han sido 196.

3. INCIDENCIA

El número total de casos de flebitis clínica, detectadas durante el tiempo en el que el paciente era portador de vía periférica, registrados en el periodo indicado, ha sido de 31. De estas flebitis, en 26 casos se realizó cultivo, de los que se obtuvo un positivo en 5 casos. A partir de los datos anteriores, se obtiene una incidencia de las flebitis clínica en nuestro centro en el periodo indicado del 15,8%. Los cultivos realizados suponen el 13.2% y los cultivos con resultado positivo un 2,55%

4. RESULTADOS PARCIALES

La distribución por servicios es la siguiente:

o 2ª			UCI
99			pacientes
13		afectados,	13,13%
9	cultivos	realizados,	9,1%
3 cultivos positivos,	3%		

o 3ª		C.		Cirugía
30				pacientes
0 afectados				
o 4ª		C.	Medicina	Interna
37				pacientes
9			afectados,	24,3%
9		cultivos	realizados,	24,3%
0 cultivos positivos				
o 2ª	A.	Nefrología	y	Hematología
30				pacientes
9			afectados,	30%
4		cultivos	realizados,	13,3%
1 cultivos positivos, 3,3%				

CONCLUSIONES

La tasa de flebitis registrada es muy elevada, tanto frente a otros registros hospitalarios como comparativamente con los registros previos de nuestro hospital. Indudablemente en este hecho han contribuido dos situaciones, por una parte el estudio se ha realizado en una población de alto riesgo, de los 196 pacientes estudiados, 166 (84,6%), pertenecen a UCI, Infecciosas, Nefrología y Hematología, todos ellos, Servicios con pacientes de muy alto riesgo de adquirir infecciones nosocomiales. En segundo lugar, en esta tasa de flebitis están incluidas las flebitis químicas. Desde un punto de vista práctico este dato nos debe servir para insistir una vez más en extremar las medidas de asepsia en el momento de obtener los accesos venosos, así como en los cuidados de los catéteres periféricos durante los días siguientes a su implantación.

EVALUACIÓN DE INFECCIONES POR SONDAJE VESICAL

INTRODUCCIÓN

La vigilancia, prevención y control de la infección hospitalaria es un estándar reconocido internacionalmente como de obligado cumplimiento en los hospitales. Las infecciones del tracto urinario constituyen la primera causa de sepsis en pacientes hospitalizados, y hasta entre un 40%-50% de las infecciones nosocomiales tienen su origen en el tracto urinario. Los pacientes portadores de sondaje vesical tienen un riesgo aumentado de desarrollar estas infecciones. Entre los pacientes portadores de sondaje urinario el riesgo de infección urinaria es del 10-20% cuando el sondaje es superior a cuatro días, y del 90% cuando el sondaje es de más de 30 días. Dentro de los estándares de nuestro hospital se encuentra incluido el protocolo de colocación de sondas urinarias, su manejo y control así como un sistema de detección de infecciones relacionadas con el sondaje en estos pacientes.

MÉTODO

De forma prospectiva se registraron de acuerdo a una hoja de registro de datos todas los pacientes portadores de sondaje urinario en plantas de hospitalización. Se obtuvieron datos en relación con la filiación de los pacientes, edad, sexo, área hospitalaria del paciente, situación previa al ingreso, antecedentes, motivo del ingreso, situación clínica y tratamiento del paciente. A todos los pacientes se les realizó sedimento urinario y urocultivo. Cuando el resultado de alguno de ellos fue positivo se informó al facultativo responsable del paciente.

1. PERIODO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

Se han estudiado todos los pacientes portadores de sondaje vesical mediante ficha diaria de control, durante los meses de mayo y junio de 2.001. Se estudiaron pacientes tanto de unidades médicas como quirúrgicas. En total fueron 57 pacientes.

2. OCURRENCIAS E INCIDENCIA DE INFECCIÓN URINARIA

El número total de casos de infección urinaria, detectadas mediante urocultivo durante el tiempo en el que el paciente era portador de sondaje vesical, registrados en el periodo indicado fue de 2 pacientes. A partir de los datos anteriores, se obtiene una incidencia de la infección urinaria en pacientes con sondaje vesical en nuestro centro, en el periodo indicado, del 3,5%.

3. PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES POR SERVICIOS

La distribución por servicios es la siguiente:

- o 2ª C. Traumatología
16 pacientes
0 afectados
- o 3ª A. Cardiología y Neurología
11 pacientes
1 afectado, 9%
- o 1ª B. Otorrinolaringología, Oftalmología, y Urología
30 pacientes
1 afectado, 3,3%

CONCLUSIONES.

La incidencia de infección urinaria en pacientes con sonda urinaria se encuentra dentro de los rangos establecidos y es similar a la media comunicada entre los hospitales de nuestro grupo. Debemos continuar siendo estrictos en seguir los cuidados programados cuando se realiza este procedimiento, en continuar utilizando sistemas cerrados y en los cuidados de mantenimiento de estos sistemas.

Gestión de las reclamaciones por el servicio de atención al paciente

El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de pacientes y familiares.

Evaluación del estándar 5. Responsable del Servicio de Atención al Paciente (S.A.P.)

Periodo de evaluación. Primer trimestre del año 2.001

Nº de reclamaciones: 147

Contestadas: 118, (80,2%)

Contestadas en 30 días: 37, (32,1%)

La totalidad de las contestaciones se ajustan a las normas establecidas en el manual de organización del S.A.P.

Causas de Reclamación:

1. Demora en la asistencia en el área de urgencias. 33,2%
2. Listas de espera para consultas, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas, 32,4

3. En relación con huelga médica, 16%

Servicios con mayor número de reclamaciones

1. Primeras visitas de Cardiología, Neurología, Cirugía, Oftalmología
2. Demora en la realización de ecocardiografía
3. Demora en pruebas de Neurofisiología
4. Endoscopias
5. Cirugía dermatológica
6. Radiología
7. Test de provocación de Alergia

Comentarios.

En la actualidad se han incrementado los recursos para reducir lista de espera de electromiografía, ecocardiografía, y endoscopias.

Se han producido mejoras en la atención del área de urgencias

Además de las reclamaciones escritas que son las que hemos descrito. Un elevado porcentaje de pacientes expresan verbalmente sus quejas o bien, mediante un documento que no es el apropiado. Manifiestan que estas reclamaciones no se realizan formalmente debido al temor de sufrir hostilidades por parte del servicio al que plantearían su demanda.

El S.A.P. ha solicitado de la Dirección del hospital, el equipo técnico y soporte informático adecuado a sus necesidades, para realizar una evaluación más precisa y agilizar la demora en las contestaciones a los pacientes y familiares.

Cartagena 15-11-2.001

Fdo. Paz Sáez de Jódar. Responsable del S.A.P.

Actividad de los Servicios no Asistenciales en relación con los objetivos de Calidad

Servicio	Objetivo principal
Suministros	Control de existencias
Mantenimiento	Grupo de mejora y formación de personal. Evaluación de la actividad en el año 2.001.
Facturación	Grupo de mejora
Cocina	Proyecto de reorganización del servicio de cocina. Se envía al INSALUD
Lencería/lavandería	Proyecto de evaluación de la actividad del servicio. Se envía al INSALUD
Personal subalterno	Definición de los objetivos 2.001. Grupo de mejora Cuadro de actividad de los celadores de quirófanos, urgencias, laboratorio, y grupos de apoyo Curso de evaluación y mejora de la calidad
Telefonistas	Grupo de mejora
Informática	Evaluación del uso de aplicaciones ofimáticas en microordenadores

Admisión Cons. Externas	Protocolo de derivación de pacientes
Admisión de urgencias	Recogida de datos del 100% de los pacientes atendidos
Facturación	Seguimiento y cuantificación de los resultados del ejercicio anterior
Ropero	Formación del personal sobre calidad
Contabilidad	Ciclo de mejora. Implantación del sistema de calidad ISO 9000
Personal	Grupo de mejora

Personal que ha colaborado con el Plan de Calidad del Hospital. Año 2.001

Nombre y Cargo	Colaboración
D^a Adoración aleo Luján, Coordinadora de enfermería de calidad y docencia	Objetivos de calidad de enfermería. Úlceras por presión, control de flebitis, control de infecciones urinarias ligadas al sondaje, control de las caídas hospitalarias. Colaboración en la distribución de la encuesta posthospitalización.
Dr. Gustavo Schmidt Fernández	Evaluación de objetivo sobre criterios de la lista de espera Evaluación de tres protocolos de Traumatología
D^a Paz Sáez de Jódar, responsable del S.A.P.	Evaluación del estándar 5. Gestión de las reclamaciones
Dra. Amparo Egea	Responsable del objetivo sobre tiempo de retraso en los informes de alta y exitus.
Dra. Josefina García García y Dr. José A. García Henarejos	Responsables del estudio sobre Vigilancia de la infección hospitalaria
Dr. Juan José Pedreño Saura, Director Médico	Desde la dirección médica, se han impulsado la distribución de los objetivos y recogida de datos.
Dr. Tomás Fernández Pérez, Adjunto Gerencia.	Responsable-colaboración con el objetivo sobre reingresos en urgencias, demora en listas de espera de consultas y quirúrgicos. Colaboración en el estudio del proceso con mayor incremento en la estancia media. Colaboración en la determinación del porcentaje de paciente quirúrgicos sin RX en el preoperatorio.
Enfermeras supervisoras de plantas quirúrgicas	Encargadas del registro de los datos de filiación y cumplimentación de la hoja de recogida de datos para el Sistema de Vigilancia de la infección hospitalaria, control de profilaxis quirúrgica. Colaboración en la distribución de la encuesta posthospitalización.
D. Enrique, asistente social D^a. Ana, asistente social	Valoración riesgo social Valoración riesgo social
D. Jesús Muñoz Robles	Responsable de evaluación de servicios no asistenciales con objetivos de calidad
Comisión de infecciones: Drs. Henarejos, J. García, Onofre, Ibañez, Allegue, González, Barceló, Encomendero, Piqueras, Marín, Rodríguez, D^a Adoración aleo y Dr. Melgarejo.	Colaboración en el Sistema de Vigilancia de la infección hospitalaria. Realización del estudio EPINE
D. Javier de las Heras Velasco	Objetivos de calidad del personal subalterno
Dr. Juan Martínez Hernández y Dr. Antonio Melgarejo Moreno	Conclusión de un trabajo premiado con Beca EMCA (Evaluación y mejora de la calidad asistencial), en relación con la evaluación de la corta estancia hospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio.
Srta. Laly Gómez, Secretaria de Órganos colegiados	Recogida de datos del objetivo sobre la espera en urgencias. Encargada de la base de datos del programa de Vigilancia de la infección hospitalaria. Encargada del seguimiento telefónico de los

Estudio del proceso con mayor desviación de la estancia media.

Estancias no adecuadas en el GRD con estancia más desviada de la media de nuestro grupo de hospitales.

Resultado

Periodo del estudio: 01-01-2.001 al 30-09-2.001

GRD 116: Implantación de marcapasos definitivo en pacientes sin infarto, insuficiencia cardíaca o shock.

Estancia media en nuestro hospital: 9,19 días

Estancia media de este GRD en los hospitales de nuestro grupo: 5,47 días

Nº de pacientes desviados de la media: 19

Nº de estancias totales generadas por estos 19 pacientes: 264 días

Estancias Inadecuadas: 20 días, 7,5%.

Análisis de los Casos

Este grupo de pacientes en su conjunto, realizan un circuito Cardiología-UCI-Cardiología, con lo cual, se ven afectados con facilidad por el buen funcionamiento de Admisión y de los dos Servicios responsables.

Entre los problemas detectados se encuentran:

1) Relacionados con el diagnóstico principal al cumplimentar el informe de alta, dado que en un porcentaje elevado de ocasiones la implantación del marcapasos se realiza en el contexto de una situación de insuficiencia cardíaca. Suele ser frecuente la presencia de miocardiopatía en un grado avanzado de la NYHA y fibrilación auricular crónica que precisa para su control de fármacos cardiodepresores. En esta situación se plantea la electroestimulación como una alternativa necesaria para el manejo de estos pacientes. Por tanto, estos pacientes tendrían como diagnóstico principal, insuficiencia cardíaca, y se encontrarían en otro GRD, de mayor estancia media.

2) En ocasiones se implanta el marcapasos, y al hacerles el alta, 2º día de estancia en UCI, en el 90% de las ocasiones. El servicio de admisión no les da cama en planta, con lo cual se retrasa la evolución en Cardiología. 3) El día de la semana en que los pacientes son alta de UCI también influye. Cuando el alta de UCI se produce, viernes o sábado, este hecho contribuye a retrasar su alta hospitalaria. 4) Con relativa frecuencia, los pacientes reciben tratamiento anticoagulante con dicumarínicos. La anticoagulación y su control son determinantes mayores de la estancia, y de mayor número de complicaciones asociadas. El control de anticoagulación precisa en ocasiones el control por servicio de hematología, lo que se convierte a su vez en mayor retraso. 5) Con mucha menor frecuencia, cuando se programa una implantación de marcapasos, existe una urgencia del día previo o del mismo día que precisa implantación de marcapasos definitivo y esto retrasa la implantación y alarga la estancia.

Todos estos datos, se han discutido con UCI y Cardiología, con vistas a realizar las mejoras que conduzcan a disminuir la estancia.

Conclusiones

En resumen:

- 1) se necesita una mayor coordinación entre ambos servicios cardiología y medicina intensiva,
- 2) algunos pacientes deben llevar como diagnóstico principal insuficiencia cardíaca, con lo cual entrarían en otro GRD,
- 3) El servicio de admisión no debe demorar las altas de medicina intensiva,
- 4) cuando se trate de un procedimiento programado, como lo es en el 90% de ocasiones, y se precise anticoagulación, se debe coordinar con hematología los controles previamente.

Resultados del cuestionario sobre la satisfacción en Urgencias-2.001

1.¿Esperó mucho antes de ser atendido?

Menos 15m.	Menos 30m.	Menos 60m.	Más 60m.	Totales <30 m
10	4	0	10	14/24= 58%

2.Durante su estancia en urgencias recibió información adecuada por parte del médico

SI	NO	Totales Sí
22	2	22/24=91%

3.Entendió bien la información que le dieron

SI	NO	Totales Sí
24	0	100%

4. Cree que recibió suficiente información

SI	NO	Totales Sí
20	4	20/24=83%

5.El lugar en el que le dieron la información le pareció adecuado

SI	NO	Totales Sí
18	6	15/20=75%

6. Tuvo suficiente intimidad

SI	NO	Totales Sí
18	6	18/24=75%

7. ¿Como le trataron los médicos ?

MUY BIEN/BIEN

23/24=95%

8. ¿Como le trataron por parte del personal de enfermería?

MUY BIEN/BIEN

23/24=95%

9. ¿Como le trataron el resto del personal?

MUY BIEN/BIEN

24/24=100%

10. ¿Quiere añadir o hacer alguna sugerencia para mejorar la asistencia del Hospital ?.

11. ¿Qué cambiaría de este Área de Urgencias?

A continuación se relatan las contestaciones más reiteradas por los pacientes o sus familiares:

- Se reclama más limpieza sobre todo en la sala de espera. Así mismo, se reclama mayor celeridad en la asistencia.
- En cuanto a los datos de la presente encuesta frente a ejercicios anteriores, los datos son concordantes

fundamentalmente en cuanto a la satisfacción general y a la atención por parte de todos los componentes del servicio de urgencias. Un aspecto que ya había sido reclamado, aunque se ha mejorado frente a los años previos, es la reclamación de mayor intimidad, además de la presencia de camas con pacientes en los pasillos del área de Urgencias.

Comentario

Aunque se trata de datos correspondientes a un sólo día y la muestra no es muy grande, los 24 pacientes que han contestado representan el 10% de los pacientes que acudieron a Urgencias el día del estudio, por tanto, los resultados deben al menos ser tenidos en cuenta.

Frente al cuestionario del año anterior, destacamos lo siguiente: 1º) el tiempo de espera ha aumentado, 2º) de forma similar al año previo, la información fue adecuada y se entendió muy bien; 3º) es de reseñar que el 25% de los pacientes sintió falta de intimidad; 4) el trato dispensado por los facultativos, así como por enfermería y el resto del personal fue percibido como bueno o muy bueno.

Por último, cuando se solicitaron sugerencias, existe una reclamación de mayor limpieza en las sala de espera, dato ya señalado en ejercicios anteriores.

En mi opinión, como en años anteriores la forma de describir la falta de limpieza, y el dato de intimidad, que se han repetido, requieren de intervenciones.

Grupos de Mejora

El año anterior se creó un Grupo multidisciplinario par el control y Vigilancia de la Infección hospitalaria. Dicho grupo está constituido por la Comisión de Infecciones, Microbiología, Sección de infecciosas de Medicina Interna, responsables de Servicios Quirúrgicos y supervisoras de planta. Durante este año, se han recogido prospectivamente de forma aleatoria, uno de cada cuatro pacientes intervenidos de cirugía limpia. Se recogieron todas las variables de filiación, de características clínicas y relacionadas con los factores potenciales favorecedores de infección. En la población se estudió, la profilaxis quirúrgica, y las tasas de infección quirúrgica tanto durante la estancia hospitalaria como en el primer mes de seguimiento.

Como complemento del Sistema de Vigilancia de la infección, se solicitó de la Sección de Microbiología, la elaboración de un boletín con nuestra flora hospitalaria y la sensibilidad antibiótica, este objetivo se ha cumplido satisfactoriamente. En diciembre se repartieron los resultados obtenidos entre todos los servicios implicados.

Se han creado nuevos grupos de mejora por parte de la dirección de enfermería, tratando de completar la vigilancia de la infección hospitalaria. Desde la Unidad de Calidad, y en colaboración con la Dirección de Enfermería, se han realizado estudios prospectivos dirigidos a la detección de la infección urinaria en pacientes sondados y a la detección de infección en pacientes con vías venosas. Se han continuado los protocolos de sondaje urinario y de cuidados de úlceras por presión.

Al igual que en años anteriores, se realizó por parte de la Comisión de Infecciones, el Estudio de Prevalencia de las Infecciones nosocomiales, EPINE. Los datos obtenidos completan el Sistema de Vigilancia de la Infección hospitalaria.

La sección de infecciosas de medicina interna, ha realizado un sistema de control de la infección hospitalaria entre los pacientes ingresados en su sección. Se ha elaborado un documento por parte de dicha sección, y se presentó en la Comisión de infecciones.

Por parte de los celadores, se han presentado comunicaciones en relación con la calidad asistencial en Murcia y en Cádiz.

Gracias a la colaboración de la Coordinadora de enfermería y de las supervisoras de planta. Se ha conseguido realizar en al menos 100 pacientes ingresados la encuesta posthospitalización. Los resultados se han introducido en una base de datos y se han enviado junto con el resto de los resultados.

Por el Servicio de Medicina Intensiva, se ha concluido un proyecto sobre la evaluación de la corta estancia hospitalaria en los pacientes con infarto agudo de miocardio. Proyecto encabezado por los doctores, Juan Martínez Hernández y Antonio Melgarejo Moreno, en colaboración con la Consejería de Sanidad. Se solicitó una Beca del programa de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial (EMCA). El trabajo se ha terminado en el presente año, y los resultados se darán a conocer.

Documento de autoevaluación de Protocolos

Servicio / Unidad:

Protocolo:

Objetivos:

Criterios:

1.

2.

3.

Periodo del estudio: Desde --2001 hasta --2001

Número total de casos del periodo del estudio:

Número de casos estudiados:

Número de casos que cumplen criterios:

Números de las historias clínicas estudiadas:

Conclusiones:

Total															

Responsable: Firma: Fecha:

Nota: Se adjunta el modelo elaborado por la Comisión de Historias clínicas con los criterios de evaluación. Estos resultados se enviarán a la Dirección médica antes del 30-11-2001.

Documento de evaluación de Vía Clínica

Servicio / Unidad:

Vía Clínica:

Objetivos:

Criterios:

1.

2.

3.

Periodo del estudio: Desde --2001 hasta --2001

Número total de casos del periodo del estudio:

Número de casos estudiados:

Número de casos que cumplen los criterios:

Números de las historias clínicas estudiadas:

Conclusiones:

Acción de mejora propuesta:

Responsable: Firma: Fecha:

Nota: Adjuntar la Vía Clínica evaluada. Estos resultados se enviarán a la Dirección médica antes del 30-11-2001.

Documento de evaluación de Profilaxis Antibiótica

Servicio / Unidad:

Protocolo de profilaxis de cirugía limpia correspondiente a:

Nombre del antibiótico indicado según el protocolo del propio Servicio:

Periodo del estudio: Desde --2001 hasta - -2001

Número total de casos del periodo del estudio:

Número de casos estudiados:

Número de casos que cumplen todos los criterios:

Nº Historia	Indicación adecuada Sí/No	Dosis adecuada Sí/No	Vía adecuada Sí/No	Duración adecuada Sí/No

Conclusiones:

Acción de mejora propuesta:

Responsable: Firma: Fecha:

Nota: Adjuntar el protocolo de profilaxis quirúrgica evaluado. Estos resultados se enviarán a la Dirección médica antes del 30-11-2001.

Documento de evaluación del tratamiento con Fisioterapia individual en el ACV

Servicio / Unidad:

Protocolo:

Objetivo: Conocer el porcentaje de pacientes que recibe tratamiento de fisioterapia durante más de 9 meses por Accidente Cerebro Vascular (ACV).

Criterio:

1. Duración de la fisioterapia en pacientes con ACV mayor de 9 meses.

Periodo del estudio: Desde --2001 hasta --2001

Número total de casos con ACV durante el periodo del estudio tratados con fisioterapia:

Número de casos estudiados:

Número de casos que cumplen el criterio:

Números de las historias clínicas estudiadas:

Conclusiones:

Acción de mejora propuesta:

Responsable: Firma: Fecha:

Nota: Estos resultados se enviarán a la Dirección médica antes del 30-11-2001.

Resultados de la encuesta de calidad percibida y de satisfacción

Metodología.

La encuesta consta de dos apartados, en el primero, hay 19 preguntas referidas a aspectos relacionados con la calidad percibida. En un segundo apartado, se califica la percepción de la calidad global de la asistencia del centro, este apartado consta de 7 preguntas. Con la colaboración de las supervisoras de planta, se repartió la encuesta del INSALUD, a todos los pacientes ingresados en plantas de hospitalización de nuestro hospital entre el 1 al 15 de noviembre del 2001. En total se han recogido 100 encuestas consecutivas de pacientes ingresados en nuestro hospital durante este periodo. Los resultados de la encuesta se procesaron mediante una base de datos informatizada.

Resultados.

Las respuestas se han agrupado atendiendo a los datos más significativos. Los resultados se expresan como porcentajes y se refieren a la agrupación de dos respuestas: cuando se responde que la situación es mejor de lo que esperaban o mucho mejor de lo que esperaban.

A) Aspectos parciales de la calidad percibida

1. La tecnología de medios diagnósticos y tratamientos, los pacientes consideran en el 45% que es mejor de la esperada o mucho mejor.
2. La apariencia, limpieza y uniforme del personal ha sido para los pacientes un 49% mejor de la esperada o mucho mejor.
3. Las indicaciones, señalizaciones, para orientarse y saber dónde ir en el hospital, sólo el 26% de los pacientes considera que es mejor de la esperada o mucho mejor.
4. El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido para los pacientes en el 68% mejor de la esperada o mucho mejor.
5. El estado en que están las habitaciones del hospital, apariencia, comodidad, ha sido para los pacientes en el 43% de los casos mejor de la esperada o mucho mejor.
6. En cuanto a la información proporcionada por los médicos, los pacientes considera en el 46% de ocasiones es mejor de la esperada o mucho mejor.
7. El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido para el 46% de los pacientes mejor de la esperada o mucho mejor.
8. La facilidad para llegar al hospital ha sido en el 37% mejor de la esperada o mucho mejor.
9. El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes ha sido en el 67% de las ocasiones que es mejor de la esperada o mucho mejor.
10. La puntualidad de las consultas médicas ha sido para los pacientes en el 44% de ocasiones mejor de la esperada o mucho mejor.
11. La rapidez con que se consigue lo que se necesita ha sido para el 54% de los pacientes mejor de la esperada o mucho mejor.
12. La disposición del personal para ayudarte cuando lo necesitas ha sido en el 63% de las ocasiones mejor de la esperada o mucho mejor.
13. La confianza, o seguridad, que el personal transmite a los pacientes ha sido en el 64% de los casos mejor de la esperada o mucho mejor.
14. La amabilidad, o cortesía, del personal en su trato con la gente ha sido en el 64% de las ocasiones mejor de la esperada o mucho mejor.

15. La preparación del personal, o capacitación para realizar su trabajo ha sido en el 59% de los casos mejor de la esperada o mucho mejor.
16. El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido en el 55% de las ocasiones mejor de la esperada o mucho mejor.
17. La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido en el 58% de los casos mejor de la esperada o mucho mejor.
18. La información que los médicos dan a los familiares ha sido en el 50% de las ocasiones mejor de la esperada o mucho mejor.
19. El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido en el 61% de los casos mejor de la esperada o mucho mejor.

B) Grado de satisfacción global percibida

1. El 90% de los pacientes expresan satisfacción por la atención global recibida.
2. En el 73% de los casos nuestros pacientes recomendarían nuestro hospital a otra persona.
3. A la pregunta sobre si le han realizado alguna prueba sin su permiso, responden que en el 99% de ocasiones, sí se les pide permiso.
4. El tiempo de permanencia en el hospital ha sido para el 95% de los pacientes menor de lo necesario o el tiempo necesario.
5. Entre nuestros pacientes el 100% de los mismos conoce al médico que le trató durante el ingreso.
6. En el 99% de los casos, los pacientes conocían el nombre de la enfermera que les atendió.
7. Nuestros pacientes perciben que en el 96% de ocasiones recibieron suficiente información.