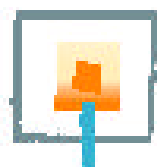




# MEMORIA DEL PLAN DE CALIDAD 2002

**HOSPITAL JOSÉ MARIA MORALES MESEGUER**  
**UNIDAD DE CALIDAD**



Unidad de Docencia, Investigación y Calidad  
U D I C A

# ÍNDICE

Introducción .....	3
Objetivos de calidad del Programa de Gestión 2002 .....	5
Monitorización de indicadores de calidad:.....	8
Actuaciones sobre los Objetivos prioritarios del 2001.....	9
Objetivos de Servicios y Unidades .....	10.
Servicios Clínicos.....	10
Unidades de Enfermería .....	12
Dirección del Hospital .....	12
Objetivos de las Comisiones Clínicas .....	13
Grupos de Mejora (activos en 2002).....	15
Investigación en Gestión de Calidad .....	15
A. Proyectos de investigación en Calidad .....	15
B. Participación en el XIX Congreso Nacional de Calidad .....	15
C. Participación en otras reuniones científicas .....	17
Premios de la Calidad y Formación en 2001 .....	18
Conclusiones.....	19

## INTRODUCCIÓN

El año 1997 se inició el **Plan de Calidad del Hospital "Morales Meseguer"**, coordinado por el Dr. D. José Antonio Andreo Martínez y desarrollado posteriormente en fases sucesivas. Se fundamenta en el 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.

Se definieron los objetivos del Plan de Calidad del Hospital en su conjunto y para cada uno de sus componentes, agrupados en los apartados de: Dirección, Servicios Asistenciales (médicos, quirúrgicos y centrales), Unidades de Enfermería, Servicios No Asistenciales, Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora. Se fijaron los cumplimientos de objetivos tanto en su evaluación como en parámetros monitorizados, diseñándose al efecto sistemas de recogida de datos.

El año 2002 supone un cambio, por un lado con la entrada en vigor de las competencias en materia sanitaria, pasa a ser el Servicio Murciano de Salud el responsable de la gestión de la calidad asistencial, en lugar del antiguo INSALUD. Por otro lado, se produce el cambio del Coordinador de Calidad, cesando en el mismo el Dr. José Andreo y ocupando esta plaza en mayo de este año el Dr. Julián Alcaraz Martínez.

En este sentido, este ha sido un año de transición y continuidad con lo que se venía realizando hasta ahora, un año para acabar trabajos pendientes y diseñar la estrategia a seguir en los próximos años. En marzo de este año se dieron al efecto las líneas estratégicas a seguir desde la Consejería de Sanidad, en una reunión con los coordinadores de calidad de los diferentes centros.

El hecho de haber celebrado el Congreso de Calidad el año anterior en Murcia supuso la finalización de muchos ciclos de mejora que estaban en marcha, muchos de ellos gracias al curso a distancia EMCA, y esto hacía prever por un lado una bajada de actividad en este año y por otro lado la necesidad de una reordenación de objetivos en calidad.

Este año también se ha producido un cambio de ubicación del despacho de la Coordinadora de Calidad de enfermería, Dña Eva Abad Corpa, que ha supuesto una mejora en la accesibilidad para trabajar conjuntamente con el Coordinador de Calidad, y conocer los proyectos y trabajos de las diferentes divisiones.

Como hechos destacados de este año, podríamos citar los siguientes:

1. **Plan de Calidad 2002:** Se optó por conservar todos los indicadores que se medía en el antiguo INSALUD, con el fin de poder evaluar mejoras o retrocesos, modificando sólo los objetivos de cumplimiento en el contrato gestión.
2. **Encuesta de satisfacción del usuario EMCA:** Como novedad, este año la encuesta de satisfacción de los usuarios se centralizó, usándose un nuevo formato validado por los profesionales del Programa EMCA, siendo además ellos mismos los encargados de su puesta en marcha.
3. **Objetivos de calidad. Pactos por servicio:** Este año se pactaron objetivos de calidad por servicios y se cambió la recogida de datos con el fin de tener datos individualizados por cada servicio. Además se evaluaron cumplimientos a fin de año por una comisión creada al efecto.
4. **Evaluación de herramientas:** Coincidiendo con la recogida de datos de los indicadores de calidad, se ha evaluado la validez de las herramientas de medida, proponiéndose modificaciones para el año próximo de la evaluación de la calidad del informe de alta y la recogida de datos sobre infección nosocomial.
5. **Cuestionario al alta:** Se ha puesto en marcha una encuesta a los pacientes al alta del Hospital con el fin de obtener información sobre diferentes aspectos de su atención incluidos en objetivos de calidad. Es de destacar el importante apoyo obtenido por parte de supervisores y demás personal de enfermería en la realización de la misma.
6. **Reuniones de responsables de Calidad de los diferentes servicios:** Durante este año se ha comenzado a tener reuniones con el conjunto de los responsables de calidad de los servicios asistenciales con el fin de recavar información sobre la actividad en sus servicios y para informar de resultados generales y noticias de interés en relación con la calidad. Se espera para el próximo año institucionalizar estas reuniones, dándoles entidad de comisión clínica.

7. **Objetivos prioritarios 2001:** Se realizaron actuaciones directas por el Coordinador de Calidad en los objetivos prioritarios susceptibles de mejora, concretamente en los informes de alta a máquina, informes de éxitos, rx de tórax preoperatoria innecesaria y vigilancia de la infección quirúrgica.
8. **EFQM:** durante este año han tenido lugar dos cursos de formación, uno centralizado en la Consejería de Sanidad, sólo para gestores, y otro en el Hospital, destinado al personal del centro y con varias ediciones, según la categoría profesional. Es un primer paso para implantar esta metodología en el centro
9. **XX Congreso Nacional de Calidad Asistencial**, celebrado en Pamplona, con la presentación de 13 comunicaciones (6 orales y 7 póster).

**Julián Alcaraz Martínez**  
Coordinador de Calidad.

## Objetivos de Calidad del Programa de gestión del 2002

### ESTÁNDARES DE LA ORGANIZACIÓN (INSALUD)

ESTÁNDAR	pactado	resultado
1. Acompañamiento en la dilatación y parto	No aplicable	-
2. Plan de Acogida (documentado e implantado)	1	1
3. Guía del Hospital para pacientes	1	1
4. Hospitalización padres-hijos	No aplicable	-
5. Gestión de reclamaciones	1	1
6. Cumplimiento del Consentimiento Informado	2	2 (72,4%)
7. Sistema de vigilancia de infección nosocomial	1	1
8. Protocolos y cuidados en paciente sondado	1	1 (83,3%)
9. Donación y trasplante de órganos	1	1
10. Liderazgo de la Gerencia en implantación del Plan de Calidad	2	1

### OBJETIVOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE GESTIÓN 2002

Objetivo	Indicador	Nivel pactado	Resultado 2001	Resultado 2002
<b>1. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES</b>	Elaboración de Guía para la Información y el C. Informado	si	Sí	SI
	% S. con plan documentado de información a familiares	100	95,7%	100%
<b>2. SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ATENCIÓN RECIBIDA</b>	Implantación de Encuesta posthospitalización	Si	SÍ	si
	% Pacientes satisfechos / muy satisfechos con la atención recibida	100	92%	94,1%
	% Pacientes con primeras recetas en consultas y al alta	100	98,5%	Consulta 100% Alta 32%
<b>3. PROTOCOLOS / VÍAS CLÍNICAS</b>	3.1. Nº protocolos implantados y evaluados en Servicios Asistenciales	40	40	47
	3.2. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica de acuerdo a protocolo	90	88%	92%
	3.3. Nº protocolos implantados y evaluados en Unidades de Enfermería	16	14	16
	3.4. % pacientes incluidos en LEQ según protocolo: Cataratas	100	100 %	97%
	- Amigdalectomía y adenoidectomía	100	100 %	98,55%
	- Hiperplasia Benigna de Próstata	100	100 %	100%
	- Prótesis total rodilla	100	100%	100%
	- Prótesis total de cadera	100	100 %	100%
	- Hallux valgus	100	100%	100%
	3.5. ¿Se ha elaborado la Guía de Práctica clínica de Patologías más frecuentes en Urgencias?	Si	si	SI
	3.6. Nº de Vías clínicas/gestión de procesos implantados y evaluados en el Hospital	6	10	11
3.7. Nº de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales del Hospital	21	21	21	

Objetivo	Indicador	Nivel pactado	Resultado 2001	Resultado 2002
4. UTILIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA	RMN cerebral	95	94 %	90%
	TAC craneal urgente	85	64 %	72%
	Oxigenoterapia domiciliaria	95	96 %	97,9%
5. REDUCIR LOS SUCESOS ADVERSOS	Hay estudios de Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados	si	si	Si
	Hay medidas para reducir efectos adversos de medicamentos	si	SÍ	Si
6. CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN	Guía fármaco terapéutica con actualización periódica	si	SÍ	Si
	Modelo de informe técnico de evaluación de medicamentos	SÍ	SÍ	Si
	% prescripciones de principios activos nuevos de nula / baja aportación terapéutica	4	69%	2,9%
	Protocolo de equivalentes terapéuticos	SÍ	SÍ	Si
7. IMPLANTAR GUÍAS DE GESTIÓN Grado de adhesión a:	Gestión de Lista de Espera Quirúrgica	100	100%	100%
	Gestión de Consultas Externas	100	100%	100%
	Gestión de Farmacia Hospitalaria	75	75%	75%
	Guía de Cuidados (úlceras por presión)	90	75%	67%
	Catálogo de pruebas de los Laboratorios Clínicos	100	100%	100%
	Guía de gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica	100	100%	100%
8. INFORME DE ALTA	% HC con informe de alta definitivo en menos de 15 días	95	95,5%	no
	% HC con informe de alta definitivo a los 2 meses	100	95,5%	95,5%
	% HC de fallecidos con informe de alta definitivo a los 2 meses	90	58,3%	69%
	% de informes de alta definitivos que cumplen 100% de criterios de calidad	90	84%	87%
9. CONTABILIDAD ANALÍTICA	% Servicios que reciben informe semestral de C. Analítica	100	100%	100%
10. DIVULGAR EL PLAN DE CALIDAD	Realizada Memoria de Calidad de 2001	SÍ	SÍ	Si
	Nº de publicaciones sobre Calidad	10	75	36
11. PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES	Nº de Comisiones clínicas		14	14
	Nº medio de reuniones de Comisiones en 2002	6	6	5,1
	Nº medio de objetivos por Comisión cumplidos en 2002		3,7	2,7
	Nº reuniones de Comisión Central de Garantía de Calidad en 2002		5	5
	Nº de Grupos de Mejora activos en 2002		43	22
12. UNIDAD DE CALIDAD	Integración de objetivos entre profesionales médicos, de enfermería y no sanitarios	SÍ	SÍ	Si

Objetivo	Indicador	Nivel pactado	Resultado 2001	Resultado 2002
13. GESTIÓN DE SUMINISTROS	¿Existe Comisión de adquisiciones?	<b>SÍ</b>	SÍ	<b>Si</b>
	Nº reuniones de comisión de adquisiciones en 2001	3	8	<b>3</b>
14. FORMACIÓN CONTINUADA EN CALIDAD	Nº cursos de Calidad	<b>1</b>	3	<b>8</b>
	Nº profesionales asistentes	22	87	<b>86</b>
15. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO	Señalización de prohibición visible	<b>SÍ</b>	SÍ	<b>Si</b>
	Áreas permitido fumar	<b>SÍ</b>	SÍ	<b>SÍ</b>
	Otras acciones de prevención	<b>SÍ</b>	SÍ	<b>SÍ</b>
16. ACOGIDA AL NUEVO TRABAJADOR	Programa de acogida al nuevo trabajador	<b>SÍ</b>	SÍ	<b>si</b>
17. COMUNICACIÓN INTERNA	Plan de comunicación interna	<b>SÍ</b>	SÍ	<b>si</b>
18. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO	Convenios de colaboración con ONGs	<b>SÍ</b>	SÍ	<b>no</b>
19. DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL	% de pacientes con riesgo detectados que son entrevistados	92	60%	<b>65,7 %</b>

## Resumen de resultados del PLAN DE CALIDAD 2002

a) Cumplimiento del pacto (Contrato de Gestión) en 80%

b) Mejora respecto a 2001 en 8 indicadores

c) Participación de Unidades y Profesionales:

Objetivos de calidad en todos los Servicios

14 Comisiones Clínicas

22 Grupos de Mejora

36 publicaciones sobre calidad asistencial

86 profesionales en Cursos de Calidad

d) Objetivos e indicadores con menor nivel de cumplimiento (**A MEJORAR**):

- % de Informes de Alta en fallecidos (a los 2 meses)

- Cumplimiento de protocolos de alta tecnología (TAC)

- % de pacientes con riesgo social entrevistados

- grado de implantación a Guía de Cuidados (úlceras por presión)

- % Pacientes con primeras recetas en consultas y al alta

## Monitorización de Indicadores

<b>Indicador</b>	<b>Propuesta 2002</b>	Resultado 2001	<b>Resultado 2002</b>	<b>mejoría</b>
1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 H.	5	5%	<b>4,92%</b>	<b>0,08%</b>
2. Prevalencia de úlceras por presión*	2	5,3%	<b>6,01%</b>	<b>-0,71%*</b>
3. Prevalencia de infección nosocomial	6	4,5%	<b>6,71%</b>	<b>-2,21%</b>
4. Prevalencia de infección en pacientes con herida quirúrgica	5	8,6%	<b>9,3%</b>	<b>-0,7%</b>
5. Prevalencia de infección en pacientes sondados	7	8,4%	<b>11,1%</b>	<b>-2,7%</b>
6. Incidencia de infección de herida quirúrgica (resultado global)	5	7,1%	<b>6,5%</b>	<b>0,6%</b>
7. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica en UCI	24	18,4 ‰	<b>18,6%</b>	<b>-0,2%</b>
8. Estancias no adecuadas en GRD con estancia más desviada de la media del grupo	30	62,7%	<b>52,2%</b>	<b>9,5%</b>
9. Suspensiones quirúrgicas de cualquier etiología	4	2,7%	<b>2,8%</b>	<b>-0,1%</b>
10. Suspensiones de Consultas externas	3	0	<b>0</b>	0
10.b Reprogramaciones de consultas externas		11,9%	<b>7,48%</b>	<b>4,42%</b>
11. Pacientes que permanecen > 3 horas en Servicio de Urgencias*	25	15%	<b>41,06%</b>	<b>-26,06%*</b>
12. Pacientes que permanecen > 6 horas en Servicio de Urgencias*	10	3%	<b>10,14%</b>	<b>-7,14%*</b>
13. Pacientes < 60 a. ASA 1 con Rx de tórax en estudio preoperatorio	42	46,2%	<b>23,7%</b>	<b>22,5%</b>
14. Adecuación de vías venosas en Urgencias	90	92%	<b>no</b>	
15. Nº Principios activos de Guía Fármaco Terapéutica	550	539	<b>614</b>	<b>75</b>
16. % prescripciones en receta de principios de Guía Fármaco Terapéutica*	50	45%	<b>96,85%</b>	<b>51,85%*</b>
17. % de coste asignado a paciente sobre coste total en medicamentos del hospital	50	35,5%	<b>34,04%</b>	<b>1,45%</b>

\* En estos cuatro apartados ha habido un cambio en la recogida de datos al detectarse fallos en anteriores muestreos.

### ANÁLISIS 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) Indicadores con mejores resultados:
- Prevalencia de infección nosocomial



- Incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica
- % de suspensión de cirugía programada
- Tasa de retorno a urgencias a las 72 H.
- % prescripciones en receta de principios de Guía Fármaco Terapéutica
- Pacientes < 60 a. ASA 1 con Rx de tórax en estudio preoperatorio

b) Indicadores con peores resultados (A SEGUIR MEJORANDO):

- Incidencia de infección de herida quirúrgica
- Permanencia en S. de Urgencias (> 3 horas y > 6 horas)
- Prevalencia de úlceras por presión
- Adecuación de estancia en GRD con estancia más desviada de media

## Actuaciones sobre objetivos prioritarios propuestos en el 2001

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA (en 2002)</b>
% de reprogramaciones de consultas externas	-mejora del 11,7% de reprogramaciones en el 2001 al 7,5% en el 2002
Incidencia de infección de herida quirúrgica	- 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 Diseño de nuevo sistema de monitorización con técnica LQAS
Cumplimentación de Informe de Alta: - Informes de Alta a máquina - Informes de Alta en fallecidos	- monitorización del % de informes a máquina e información a los servicios - monitorización y cambio de circuito para mejora de la cumplimentación
Rx de tórax prequirúrgica innecesaria	- Difusión de protocolo de peticiones de estudio preoperatorio (para Consulta de Anestesia) a todos los Servicios quirúrgicos -monitorización de su cumplimiento por servicios
% prescripciones de principios activos de baja aportación terapéutica	- Difundir de nuevo la lista de medicamentos del grupo C a médicos prescriptores
% de pacientes con riesgo social entrevistados	Aumento de un 5,7% de entrevistas
<b>Pendientes de actividades de mejora</b>	
No realización de necropsias	
% de Altas Codificadas	
Cumplimiento de protocolos de alta tecnología (TAC)	
Difusión e implantación de Protocolo de Atención a PCR	

## OBJETIVOS DE SERVICIOS Y UNIDADES.

Este año, además de fijarse los objetivos para 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.), se han fijado objetivos específicos para cada servicio, aunque teniendo un esquema global de cumplimiento:

### OBJETIVOS DE CALIDAD DE CADA SERVICIO CLÍNICO

#### 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.

#### 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)

**OBJETIVOS DE CALIDAD ESPECIFICOS DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN 2002**

(Además de los objetivos comunes obligatorios)

**1.- URGENCIAS:**

- Elaboración de una "Guía de práctica clínica de Procesos Clínicos más frecuentes en Urgencias"

**2.- FARMACIA:**

<b>2º Estudios de utilización de medicamentos:</b>	a) Evaluación y seguimiento del uso de: - Inmunoglobulinas: revisión del protocolo con Oncohematología - Anfotericinas lípidas - Eritropoyetina
	b) Análisis y evaluación permanente de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital: - Difusión de la Adenda de la GFT (1º semestre 2002) - Nueva edición actualizada de la GFT impresa y en soporte informático (diciembre 2002)
	c) Seguimiento del protocolo de medicamentos de uso restringido
	d) Revisión del protocolo de medicamentos administrados por SNG y posibilidad de trituración de los mismos. Edición de la guía y difusión (2º semestre 2002)
<b>3º Control de la receta médica:</b>	a) Grado de adecuación de medicamentos prescritos a la GFT b) Promover la no prescripción de medicamentos del grupo C c) Control y medidas favorecedoras para la implantación de 1ª receta al alta y en CEX. Se realizará: - Corte transversal en Consultas Externas anual - Estudio informes de alta hospitalaria en MIR y CGD
<b>4º Integración en equipos asistenciales:</b>	a) Inicio del proyecto de conexión en red con HDM b) Realizar al menos 1 reunión anual con los servicios clínicos
<b>5º Ampliar relaciones con Atención Primaria, en coordinación con el Coordinador de Continuidad Asistencial, para potenciar el uso racional del medicamento</b>	a) Creación de la Comisión de Farmacia del Área b) Participar en la elaboración de los protocolos de consenso terapéutico c) Iniciar el proyecto de Guía Farmacoterapéutica del Área
<b>6º Errores en dispensación de medicamentos:</b>	a) Error de llenado de carros < 15% (año 2001:25%) b) Error de transcripción OM < 5% (año 2001:9,4%)
<b>7º Control de rotura de stock:</b>	a) Disminuir indicador de rotura (máximo 6 roturas mensuales) b) Mantener índice de rotación de stock por encima de 10
<b>8º Medida del impacto económico de nuevas inclusiones y exclusiones de medicamentos</b>	
<b>9º Evaluación del rendimiento de los circuitos de reciclado de mezclas y viales</b>	
<b>10º Implantación del programa de farmacovigilancia. Difusión de la Implantación, detección de errores y evaluación de los resultados</b>	
<b>11º Edición y difusión del libro resumen de Equivalencias terapéuticas (2º semestre del 2002)</b>	
<b>12º Edición de tres Boletines informativos a lo largo del año:</b>	I. Inclusiones y exclusiones de medicamentos II. Administración de medicamentos por SNG y trituración III. Alergia al látex

**3.- LABORATORIO:**

<b>2º Instauración de modelo de solicitud de analíticas grafitado tanto en el hospital como en Atención Primaria</b>
<b>3º Desarrollo de la WEB SERVER de laboratorios si se dota al Hospital de la infraestructura necesaria</b>
<b>4º Instauración y control de los nuevos glucómetros en las unidades de hospitalización</b>
<b>5º Desarrollo del proyecto POCT</b>
<b>6º Elaboración y puesta al día de los Catálogos de Laboratorio en soporte electrónico</b>

<b>7º Iniciar elaboración del Manual de Calidad del Laboratorio</b>
<b>8º Elaboración de la información mensual para el BEM: Actividad y tiempo de respuesta</b>
<b>9º Elaboración del fichero mensual de actividad por paciente para la Contabilidad Analítica</b>

#### **4.- RADIODIAGNÓSTICO:**

<b>2º Consentimiento informado:</b> - % de cumplimiento (firma del médico) - Adecuar documentos de CI específicos (añadir riesgos personalizados)
<b>3º Difusión del Protocolo de Consenso Europeo de Uso de Medios Diagnósticos de Radiología y Medicina Nuclear</b>
<b>4º Realizar al menos una reunión anual con los principales clientes internos (servicios clínicos) sobre cartera de servicios y relación mutua</b>
<b>5º Iniciar auditorias clínicas internas de utilización de Radiodiagnóstico con clientes internos</b>

#### **5.- ANATOMÍA PATOLÓGICA:**

- Continuar con las reuniones periódicas de la Comisión de objetivos del servicio
- Elaboración de protocolos de estudios macroscópicos y microscópicos:

##### **a) Protocolos de patología gastrointestinal:**

- Patología tumoral de colon
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Gastritis

##### **b) Protocolos de uropatología**

- Patología tumoral en biopsias y piezas prostáticas
- Patología tumoral en biopsias y piezas de vejiga

#### **OBJETIVOS DE CALIDAD DE U. DE ENFERMERÍA EN 2002**

- Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo
- Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas
- Existencia de grupos de mejora
- Programa de acogida al nuevo trabajador
- Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados
- Evaluación del Protocolo de prevención de úlceras por presión
- Objetivos específicos por unidades de la División de Enfermería

#### **OBJETIVOS DE CALIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL en 2002**

- Plan de Comunicación Interna (elaboración e implantación)
- Pacto de Objetivos de Calidad con los Servicios/Unidades
- Reunión hospitalaria anual para la Difusión del Plan de Calidad
- Implantación del Plan de Acogida al Nuevo Trabajador

## OBJETIVOS DE LAS COMISIONES CLINICAS.

<u>COMISIONES</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Cumplidos</u>
Farmacia y Terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Difusión del suplemento a la actual edición de la guía farmacoterapéutica (GFT)</li> <li>-Finalizar el borrador para la nueva edición de la GFT</li> <li>-Seguimiento de medicamentos de uso restringido (20 medicamentos)</li> <li>-Publicación y Difusión de equivalentes terapéuticos</li> </ul>	<p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>si</p>
Infección Hospitalaria Profilaxis y Política Antibiótica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener el estudio de incidencia de infección de la herida quirúrgica y adoptar las medidas necesarias para que la tasa de infección de la herida se mantenga en torno a un 5-6%.</li> <li>-Estudio prospectivo de adecuación de la profilaxis antibiótica en cirugía al protocolo establecido, y adoptar las medidas necesarias para que el porcentaje de cumplimiento esté por encima del 85%</li> <li>-Estudio de prevalencia de la Infección Nosocomial (EPINE 2002)</li> <li>-Detección y control de microorganismos de adquisición y transmisión nosocomial, así como de brotes epidémicos.</li> <li>-Formación continuada de los sanitarios en infecciones nosocomiales.</li> <li>-Control de bioseguridad ambiental en zonas de riesgo, ampliándolo a zonas de riesgo intermedio.</li> <li>-Realizar un estudio de la adecuación de la indicación de los antibióticos que han visto incrementado su consumo durante el año 2001.</li> <li>-Protocolo de uso de Linezolid®.</li> </ul>	<p>si</p> <p>si</p> <p>realizado</p> <p>realizado</p> <p>Se han dado 3 charlas</p> <p>si</p> <p>si</p> <p>realizado</p>
Historias Clínicas y Documentación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Normativa para la aprobación y normalización de documentos nuevos a integrar en la historia clínica</li> <li>2.- Revisión del protocolo y circuito de petición de documentos por usuario externo.</li> <li>3.- Carpeta de colores por servicio: Puesta en marcha en las consultas.</li> <li>4.- Informatización de la historia clínica (informe de alta)</li> <li>5.- Revisión del protocolo/circuito de consentimiento informado</li> <li>6.- Revisión de la calidad de la historia clínica/consentimiento informado: Informes de alta existentes y escritos a máquina identificación del médico que realiza anotaciones en la historia clínica valoración de la hoja de evolución de enfermería</li> </ol>	<p>realizada</p> <p>Revisado junto al SAU</p> <p>si (salvo infecciosas)</p> <p>No</p> <p>si</p> <p>si</p>
Tejidos Tumores Mortalidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Correlación Clínico-patológica: Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apendicectomías (apend. blancas, % cirugía innecesaria)</li> <li>-Biopsias intraoperatorias (tasa de muestras con material representativo de la lesión, correlación diagnóstico definitivo)</li> <li>-lesiones pigmentarias cutáneas atípicas (nevus displásicos, melanomas)</li> </ul> </li> <li>2.-Implantación de la Hoja de información clínica para realización de PAAF bajo control de imagen</li> </ol>	<p>Si</p> <p>Regular implantación de hoja de PAAF</p>
	Implantación del protocolo de manejo de pacientes con tumores de origen desconocido.	Problemas de implantación

	- Monitorización de mortalidad hospitalaria (datos CMBD) -Mortalidad potencialmente evitable (MIPSE)	si si
Tecnología y adecuación de Medios Diagn. y Terapéuticos	- Evaluar las nuevas tecnologías.	Evaluados los 5 procesos
Comité Asistencial de Ética	-Realizar y difundir el protocolo de Altas voluntarias -Diseño del plan Integral de Atención al paciente al Final de la Vida. Fase de evaluación -Renovación del Comité -Difusión de funcionamiento del Comité de Ética	si si si si
Nutrición	Definir el papel de la U. de Nutrición y el Comité de Nutrición	no
Hemoterapia / Transfusión	Informar y ayudar a organizar sobre el programa de hemovigilancia de la CEE -Insistir en la necesidad de la implantación de sistemas alternativos a la transfusión homóloga	
Urgencias	Publicación del Plan de Catástrofes Obtener material para formación en RCP	si no
Investigación, Docencia y Formación Continuada		
Trombosis y Coagulación	-Difusión de la hoja de seguimiento de la anticoagulación oral -Difusión del Protocolo de tratamiento Médico de ETE -Revisión del Protocolo de prevención de ETE -Elaboración del Protocolo de Tratamiento del Ictus.	si
Comité Ético de Investigación Clínica	-Inclusión y seguimiento de ensayos clínicos	si
Cuidados de Enfermería	-Elaboración, implantación y evaluación del protocolo de prevención de caídas en hospitalización. -Creación del formato estándar de protocolo de cuidados. -Revisión de 10 protocolos de cuidados generales o específicos del Hospital. -Revisión de los planes de cuidados estandarizados incluidos en las vías clínicas. -Circuito de resolución de problemas asistenciales. Magazine.	si si Revisados 9/10 Si Si
Comisión Central de Garantía de Calidad	-Recopilar los documentos de las diferentes Comisiones -Difundir los contenidos de dichos documentos -Recoger información sobre indicadores relevantes en las distintas Comisiones	Parcial no si

## **GRUPOS DE MEJORA (Activos en 2002):**

- “Educación sanitaria al paciente ostomizado”
- “Mejora del informe de enfermería al alta del paciente ostomizado”
- “Elaboración de registro interno para relevo de enfermería”
- “Protocolo de tratamiento de UPP”
- “Mejora del circuito de envío de muestras de analíticas a laboratorio”
- “Proceso de distribución de medicamentos en dosis unitaria”;
- “Calidad en la prescripción farmacéutica”
- “Evaluación y mejora de los registros de enfermería de urgencias”
- “Seguridad en la técnica de fijación de catéteres venosos periféricos en pacientes quirúrgicos”
- “Cuidados de enfermería en la nutrición enteral del paciente de UCI”
- “Manejo adecuado de catéteres venosos centrales: infección nosocomial”
- “Protocolo de prevención de UPP”
- “Informe de enfermería al alta en UCI”
- “Ventilación mecánica no invasiva”
- “Mejora en la comunicación interna”
- “Limpieza, higiene y seguridad en UCI”
- “Cumplimiento de la profilaxis antibiótica preoperatoria en cirugía general”.
- “Cumplimiento del protocolo preoperatorio”.
- Ciclo de mejora de realización innecesaria de rx de tórax en estudio preoperatorio
- Mejora de la profilaxis con HBPM en traumatismos de extremidades inferiores en Urgencias.
- Mejora de la realización del informe de éxitus
- Calidad del informe de éxitus en Urgencias

## **INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN 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 2002:

1. Evaluación y mejora de la motivación, compromiso y dedicación del colectivo de Enfermería Hospitalaria.
2. Adecuación de vías venosas (proyecto multicéntrico).
3. Encuesta de satisfacción de la atención recibida por el paciente inmigrante en urgencias.

**B.- Participación en el XX Congreso Nacional de Calidad Asistencial**, celebrado en Pamplona en Octubre de 2002. Comunicaciones:

MEJORA DEL SUBPROCESO DE EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN UN HOSPITAL DE ÁREA

López López E, Sanchez Nieto J, Carrillo Alcaraz A, Bermejo Lopez I, Alcaraz Martínez J. Abad Corpa E.  
*HOSPITAL MORALES MESEGUER, UNIDAD INVESTIGACION, DO*

MEJORA EN LA ACTITUD FRENTE AL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES TRAS UN PROGRAMA EDUCATIVO

García Martínez P, Sanchez Nieto J, Carrillo Alcaraz A, Fernández Fernández A, López López E.

*HOSPITAL MORALES MESEGUER, UNIDAD DE INVESTIGACION*

¿CÓMO INFLUIR EN LA DEMORA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?. LA IMPORTANCIA DE LOS PEQUEÑOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS.

Martínez Marín, R; Gismero Menoyo, P; Sánchez Marcos, C; Iniesta Alcázar, J; Abad Corpa, E; Giménez Bascuñana, A.

*HOSPITAL MORALES MESEGUER, Sº ANATOMIA PATOLOGICA*

MEJORA DE LA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN URGENCIAS

Alcaraz Martínez J, Ferrer Pinar B, Fernández Pérez C, Ruiz Ríos M J, Egea Martínez I, Martínez Larrull E.

*HOSPITAL MORALES MESEGUER. Servicio de Urgencias.*

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ESTOMATERAPIA

Abad Corpa, E; Aznar García, MA; Jerónimo Fernández, A; Paredes Sidrach de Cardona, A; Pérez López, C; Sánchez Alascio, MD; Tomás Bartrina, G.

MEJORA DE LA INFORMACIÓN APORTADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A INICIAR TRATAMIENTOS REHABILITADOS EN EL HOSPITAL JM MORALES MESEGUER.

Morales Jiménez, F; Fernández de Haro, MA; Giménez Abadía, MA; Aguirán Romero, L.

*HOSPITAL MORALES MESEGUER Sº REHABILITACION*

INCORPORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN UNA VÍA CLÍNICA PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD.

Leal Llopis, J; Pérez López, C; Pujante Zapata, C; Navarro Ortiz, MD; Martínez Mercader, MM; Iniesta Alcázar, J; Abad Corpa, E.

*HOSPITAL MORALES MESEGUER.*

VÍA CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO EN HOSPITALIZACIÓN: PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU EXPLORACIÓN Y SEGUIMIENTO

Aznar García, MA; López Pérez, C; Andreo Andreo, MªC; Pérez Fernández, AJ; Montero Gómez, R; García Ayala, EM; Liebanas Bellón, R.

*HOSPITAL MORALES MESEGUER SERVICIO DE FARMACIA*

PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN URGENCIAS

González Soler M A, Millán M J, Sánchez Espinosa A, Peñalver Guillén F, Gómez Yelo J, López García E.

*HOSPITAL MORALES MESEGUER SERVICIO DE URGENCIAS*

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE HORARIOS EN EL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS (SDMDU)

Nájera Pérez, MD; Plaza Anierte, J; Abad Corpa, E; Martínez Bueno, MA; García Oltra, E.

*HOSPITAL MORALES, MESEGUER SERVICIO DE FARMACIA*

VALORACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA ESTANDARIZADO A LA PERSONA OSTOMIZADA

Jerónimo Fernández, A; Martín Almendros, C; Mingorance Aguilar, I; Navarro Ortiz, MD; Ayala Muñoz, A; Abad Corpa, E; Pérez López, C.

*HOSPITAL MORALES MESEGUER SERVICIO DE FARMACIA*

EL ÁREA RADIOLÓGICA DE MAMA COMO PUERTA DE ENTRADA PARA LA PACIENTE REMITIDA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Martínez Mengual MªA , Martínez Gálvez Mª, García Vivancos F, Torres del Río S, Carrillo Almagro MªA

*HOSPITAL MORALES MESEGUER*



## MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Ferrer Pinar B, Sevilla Hernández E, Alcaraz Martínez J, Bustillo Busalacchi P.  
HOSPITAL MORALES MESEGUER SERVICIO DE URGENCIAS

### **PARTICIPACIÓN EN OTRAS REUNIONES CIENTÍFICAS DURANTE 2002.**

#### **Ponencias y Comunicaciones:**

- Vila Vidal, J; Martínez García, JA; Ramírez Fuertes, MI; Ramiro Tena, E; Rocamora Lucas, F; López González, MJ. "Evaluación y mejora de la cumplimentación de las hojas de tratamiento del servicio de urgencias" Comunicación presentada en el XV Congreso de enfermería de urgencias y emergencias. 2002 Toledo.
- Ramírez Fuertes, MI; Martínez García, JA; Vila Vidal, J; Ramiro Tena, E; Rocamora Lucas, F; López González, MJ. "Evaluación y mejora de la cumplimentación de las hojas de tratamiento en lo referente a prescripciones de inmovilizaciones y vendajes en el servicio de urgencias" Comunicación presentada en el XV Congreso de enfermería de urgencias y emergencias. 2002 Toledo.
- Ramiro Tena, E; Martínez García, JA; Abad Navarro, AL; Ramírez Fuertes, MI; Vila Vidal, J; Rocamora Lucas, F. "Evaluación y mejora de los registros. Relevo de enfermería de urgencias al ingreso del paciente en planta de hospitalización" Comunicación presentada en el XV Congreso de enfermería de urgencias y emergencias. 2002 Toledo.
- Gómez Guillermo, MD. "Recuperadores de sangre. Eritropoyetina (Transfusiones autólogas)". Ponencia presentada en el XVI Congreso Nacional de la ASEEDAR-TD. 2002 Santiago de Compostela.
- López Martínez, P. "Nutrición en el enfermo hospitalizado" Comunicación presentada en las VI Jornadas para supervisores de unidades de nutrición.
- Abad Corpa, E; Iniesta Alcázar, J; Jiménez Moreno, R.M; López Martínez, P; Martínez Marín, R; Leal Llopis, J; Martínez Corbalán, A; Paredes Sidrach de Cardona, A; Pascual Díaz, R. "La competencia profesional desde la perspectiva de la supervisión y los trabajadores" Comunicación presentada a las XIII Jornadas nacionales de supervisión en enfermería. 2002 Madrid.
- Paredes Sidrach de Cardona, A. "Reconocimiento social de la profesión enfermera a través de elementos simbólicos". Comunicación presentada en el VI Encuentro de Investigación en Enfermería. 2002 Madrid.
- Abad Corpa, E; Aznar García, MA; Jerónimo Fernández, A; Martín Almendros, c; Mingorance Aguilar, E; Navarro Ortiz, MD; Paredes Sidrach de Cardona, A; Pérez López, C; Sánchez Alascio, MD; Tomás Bartrina, G. "Exploración de la experiencia vivida y el proceso de adaptación de la persona ostomizada". Comunicación presentada en el VI Encuentro de Investigación en Enfermería. 2002 Madrid.
- Paredes Sidrach e Cardona,A; Iniesta Alcázar, J; Abad Corpa, E; Álvarez Victoria, A; Palaón Ruiz, P; Martínez Sánchez, C. "Experiencia de un hospital ante una epidemia de legionella" Comunicación presentada a las XIII Jornadas de supervisión de enfermería. 2002 Madrid.
- Valdés Padial, B; Jiménez Benítez, T; Ibáñez Bautista, R. "Control ambulatorio por personal de enfermería de los dispositivos de drenaje en la cirugía oncológica mamaria con alta precoz" Comunicación presentada en el XXI Congreso nacional de la sociedad española de senología y patología mamaria. 2002 San Sebastián.
- Abad Corpa, E; Hernández González, M; Ortells Rodríguez, MJ; Ríos Risquez, MI; Ruiz García, JF. "Complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva". Comunicación presentada al XXVIII Congreso nacional de la SEEIUC. 2002 Sevilla.
- López P, Ato E, Maquilón S, Fuentes I, Bermejo P. "Validez y fiabilidad de las fichas de técnicas de medicación inhalada". Comunicación presentada en el XXV Congreso Nacional de la SEPAR. 2002 Las Palmas.

- Leal Llopis, J. "Dificultad de enfermería en la toma de TA y lactato durante una prueba de esfuerzo triangular". Comunicación presentada al IV Congreso nacional de enfermería deportiva. 2002 Ciudad Real.
- Martínez Marín, R. "Nevus atípicos. Grado de correlación entre exploración dermatológica y el examen microscópico". Comunicación presentada en la XXV Reunión anual de la SEAP.
- Martínez Marín, R. "Insuficiencias y errores en la cumplimentación de volantes de petición de estudio anatomopatológico. Experiencia del comité de tejidos del Hospital Morales Meseguer". Comunicación presentada en la XXV Reunión anual de la SEAP.
- Pérez Alcaraz, G; Carrillo García, C. "Intervención en enfermos con dehiscencias quirúrgicas". Comunicación presentada al III Congreso nacional de enfermería militar. 2002 Cartagena.
- E. Abad Corpa; T. Moreno Casbas; M.A. de la Cal López; R. Grenier; A. Paredes Sidrach de Cardona; J. Iniesta Alcázar. "*Evidence Based Nursing*: How to evaluate the knowledge and the skills?". Comunicación presentada en la 11<sup>th</sup> Biennial Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers. 2002 Ginebra.
  
- Hernández Benítez F, Pascual López J.A., Rubio Gil E, García Seligrat M<sup>a</sup> C, Ortiz González O, Alcaraz Martínez J. MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR Y OTRAS ARRITMIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO XIV Congreso Nacional de Medicina de Urgencias y Emergencias Bilbao 2002
  
- Alcaraz Martínez, J. Ferrer Pinar, B. Fernández Pérez, C. Ruiz Ríos, M.J. Egea Martínez, I. Martínez Larrull, E. PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS XIV Congreso Nacional de Medicina de Urgencias y Emergencias Bilbao 2002
  
- González Soler, M.A.. López García, E. Peñalver Guillén, F. Sánchez Espinosa A. Gómez Yelo, J. PROFILAXIS CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS XIV Congreso Nacional de Medicina de Urgencias y Emergencias Bilbao 2002
  
- Sevilla Hernández, E. Ferrer Pinar, B. Alcaraz Martínez, J. MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. XIV Congreso Nacional de Medicina de Urgencias y Emergencias Bilbao 2002

## PREMIOS DE LA CALIDAD

Este año se ha convocado por primera vez el premio TOP 20 a los mejores servicios de traumatología de España, recayendo el premio en el Servicio de Traumatología de nuestro Hospital

## CONCLUSIONES:

Como principal conclusión habría que señalar que en este año de transición, la inercia de años anteriores ha hecho que se siga avanzando en la mejora de objetivos de calidad. Es de destacar la gran actividad tanto en aportaciones a congresos, grupos de mejora y publicaciones de la división de enfermería durante este año. Señalar al servicio de traumatología al haber conseguido el premio de los TOP 20, a medicina intensiva por el número de grupos de mejora activo, al de cirugía general por el desarrollo de vías clínicas, al de urgencias por su aportación a congresos, al de farmacia por el cumplimiento de objetivos del contrato programa y en general a todos los servicios por su buena disposición y afán de superación.

Como **puntos positivos** se podrían destacar la mejora en %Pacientes < 60 a. ASA 1 con Rx de tórax en estudio preoperatorio, historia clínica de fallecidos con informe de alta definitivo a los 2 meses (aunque aún estamos lejos del estándar) y el porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica de acuerdo a protocolo.

Destacar también el número de profesionales y cursos de calidad que se han realizado este año y el mantenimiento de la alta tasa de adecuación en inclusión de lista de espera quirúrgica. Además el hecho de empezar a contar con información detallada por servicios facilita la detección de oportunidades de mejora.

En la parte **negativa** debemos contar con el empeoramiento de indicadores de actividad en Urgencias, en parte motivados por la detección de un error en las medidas anteriores que daban resultados mejores a los reales y en parte por tener que asumir tres nuevas zonas básicas de salud.

Seguimos teniendo pendientes la realización de necropsias, cumplimiento de protocolos de alta tecnología (TAC), continuar mejorando la realización de informe de alta en éxitus y recetas en hospitalizados al alta. Dentro de este apartado señalar que se debe continuar evaluando las herramientas de medida para subsanar errores detectados y diseñar nuevos métodos de recogida de datos que sustituyan a los que no nos aportan una información adecuada.

Apuntar también el hecho de que este año no se haya realizado ninguna actividad de carácter general donde se comunicasen los resultados y avances en calidad, como fue el año anterior la entrega de premios de calidad 2001.

Dentro de la parte de hechos a mejorar también hay que señalar la falta de actividades de mejora de la calidad en servicios no asistenciales, con los que no se han realizado actividades concretas en este sentido.

En resumen, un año de cambio donde se han realizado más actividades y obtenido más mejoras de las que cabría esperar en épocas de transición y donde sólo queda dar las gracias a todos los responsables de que esto haya ocurrido.