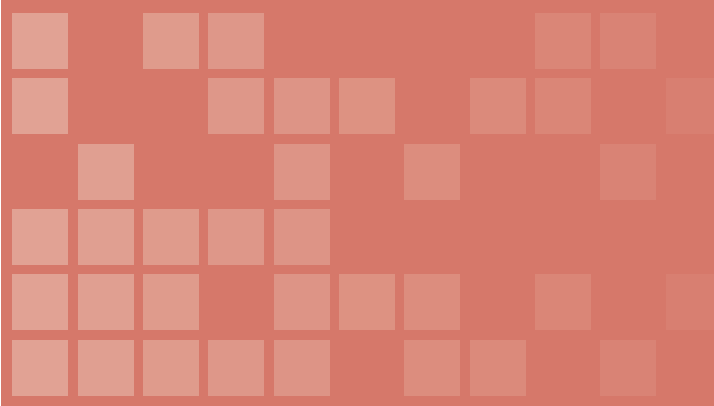




# 9

**Gestión de Calidad**





## 9.1. Comisiones Clínicas

	Nº REUNIONES 2003	% ASISTENCIA
C. de Farmacia y Terapéutica	11	83%
C. de Docencia MIR	3	87%
C. de Infecciones y profilaxis antibiótica	13	75%
C. de Investigación		
C. de Mortalidad	8	58%
C. de Calidad en Radioterapia	2	64%
CEIC	3	75%
C. de Tumores	6	68%
C. de Hª Clínicas	6	79%
C. de Formación Continuada y Docencia	4	58%
C. de Transfusiones	3	58%
C. de Calidad en Radiodiagnóstico	2	75%
C. de Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos	7	63%
C. de Trasplantes	sin datos	sin datos
C. Central de Garantía de Calidad	1	83%

## 9.2. Análisis de la Infección Nosocomial. Servicio de Medicina Preventiva

### ÁREA DE HIGIENE Y SANEAMIENTO

• Control de calidad del agua de suministro general (cloración)	634
• Control de bioseguridad ambiental en quirófanos de alto riesgo	8
• Control de limpieza en plantas de hospitalización	52
• Control de segregación, envasado y eliminación de basuras	12



151

### ÁREA DE SALUD LABORAL

• Exposición accidental a material biológico:	202
• Vacunas administradas:	
- en personal sanitario	250
- en personal de la contrata de limpieza	16
- en estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería	50
• Exámenes médicos periódicos a portadores de dosimetrías:	178
• Mantoux a estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería	53

### ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA

• Vigilancia epidemiológica de Inf. Nosocomial:	
- pacientes incluidos en estudios de prevalencia:	678
- pacientes incluidos en estudios de incidencia:	476
- aislamientos por gérmenes multirresistentes:	170
- pacientes incluidos en Sist. de Alerta de gérmenes multirresistentes:	189
- Alerta epidemiológica de gérmenes multirresistentes:	128
• Vacunas administradas en pac. trasplantados y grupos de alto riesgo:	62
• Partes de Enfermedades de Declaración Obligatoria:	49

**Prevalencia global de inf. nosocomial**

Prevalencia de Inf. Nosocomial:	11.95%
Prevalencia de Inf. Respiratorias:	2.95%
Prevalencia de Inf. Urinarias:	2.21%
Prevalencia de Bacteriemias:	1.77%
Prevalencia de Inf. Quirúrgicas en pacientes intervenidos:	5.85%
Prev. de Inf. Qca. en cirugía limpia:	3.85%
Prev. de Inf. Qca. en cirugía limpia-contaminada:	7.02%
Prev. de Inf. Qca. en cirugía contaminada:	16.67%
Prev. de Inf. Qca. en cirugía sucia:	0%
Prevalencia de Otras infecciones:	3.39%

**Incidencia de inf. nosocomial en el Sº de Traumatología**

Incidencia de Inf. Nosocomial:	16.93%
Incidencia de Inf. Respiratorias:	2.76%
Incidencia de Inf. Urinarias:	5.91%
Incidencia de Bacteriemias:	2.76%
Incidencia de Inf. Quirúrgicas:	2.70%
Incidencia. de Inf. Qca. en cirugía limpia:	3.51%
Incidencia de Inf. Qca. en cirugía limpia-contaminada:	0%
Incidencia de Inf. Qca. en cirugía contaminada:	0%
Incidencia de Inf. Qca. en cirugía sucia:	0%
Incidencia de Otras infecciones:	3.15%

**Incidencia de inf. nosocomial en el Sº de Medicina Intensiva**

Incidencia de Inf. Nosocomial:	32.30%
Incidencia de Inf. Respiratorias:	14.60%
Densidad de Incidencia de Inf. Resp. asociada a ventilación mecánica:	45.86%0
Incidencia de Inf. Urinarias:	7.52%
Densidad de Incidencia de Inf. Urin. asociada a sonda urinaria:	12.35%0
Incidencia de Bacteriemias:	5.75%
Densidad de Incidencia de Bact. asociada a línea central:	5.97%0
Incidencia de Otras infecciones:	3.10

### 9.3. Objetivos Específicos de Calidad de Enfermería

#### SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL SONDAJE VESICAL

##### Introducción

La infección del tracto urinario es la más común de las infecciones nosocomiales, representando de un 23% a un 30% del total de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario, con una prevalencia del 2%. Aumenta la estancia hospitalaria una media de 4 días, con el consiguiente incremento en los costes hospitalarios. La mortalidad es baja y está especialmente relacionada con la bacteriemia secundaria, que ocurre del 0,5 al 4% de estos enfermos.

A través de la aplicación de una serie de medidas médicas e higiénico-sanitarias es posible disminuir en aproximadamente un 30% las complicaciones infecciosas del cateterismo vesical.

Los CDC de USA han clasificado las medidas preventivas para evitar las infecciones del tracto urinario entre los pacientes con sonda vesical de corta duración, según la evidencia científica de su eficacia, en diferentes categorías y en base a estas recomendaciones se ha elaborado el protocolo de sondaje vesical.

La Dirección de Enfermería establece como objetivo en el Programa de Gestión Convenida (P.G.C.) la revisión del procedimiento de sondaje vesical para evitar o disminuir en lo posible el riesgo de infección nosocomial de los sondajes efectuados.



##### Objetivo

Revisión de procedimientos de riesgo de infección nosocomial, alcanzando el 96,5% de pacientes sondados de acuerdo a protocolo.

##### Método

Desde el Departamento de Calidad de Enfermería se realizan diversos controles a lo largo del año elaborándose con todos ellos un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, sobre todos los pacientes que se encontraban con sonda vesical en nuestro Hospital los días que se llevan a cabo las mediciones.

En el estudio se midieron mediante una hoja de registro, con 23 ítem para la evaluación, los aspectos que refiere el protocolo: motivo, duración, cambios efectuados y mantenimiento del sondaje, así como datos relacionados con quien realizó la técnica, tipo de sonda empleado, factores de riesgo, realización de urocultivos y su resultado, utilización de antibioterapia preventiva, etc.

## Resultados

Los cuidados de enfermería con respecto al mantenimiento del sondaje vesical son satisfactorios siendo el Sistema Cerrado en el 100% de los casos, estando la bolsa a nivel adecuado (100%), la posición de la sonda correcta (100%) y con soporte (100%).

Los motivos por los que se colocaron las sondas vesicales a los pacientes del presente estudio fueron protocolo quirúrgico 32%, protocolo médico 46%, orden médica 19% y no consta 3%.

Los cambios de sonda se han realizado en los tiempos que establece el protocolo según el tipo de catéter empleado, en el 94% de las veces.

Los tipos de sonda empleados fueron los adecuados en el 100% de los casos.

## Conclusión

Sintetizando los datos anteriormente citados podemos concluir que el 96,5% de los pacientes sondados han cumplido el protocolo considerándose con ello alcanzado el objetivo establecido en el P. G. C.

## ÚLCERAS

### Introducción

La creciente necesidad de aplicar criterios de calidad al quehacer diario, condicionados por los cambios sociales, complejidad creciente de los servicios, y el aumento creciente de los costes sanitarios derivados, ha motivado la búsqueda de sistemas de medición de la eficiencia de la asistencia prestada.

La úlcera se define como lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros<sup>1</sup>.

La calidad de los cuidados enfermeros en relación con las úlceras pasa por la implantación de protocolos basados en la evidencia científica, identificando cómo será la atención asistencial, documentando los cuidados prestados y recogiendo datos objetivos de las acciones reales y cuantificables, de modo que los resultados del análisis e interpretación de dichos datos puedan ser utilizados para alcanzar niveles de calidad determinados<sup>2</sup>.

Uno de los registros más utilizados es la medición mediante la escala de Norton<sup>3</sup> modificada, dicha escala es un instrumento que se utiliza para valorar el riesgo que tiene un paciente para desarrollar úlceras por decúbito.

La Dirección de Enfermería establece como objetivo en el Programa de Gestión Convenida (P.G.C.) la cumplimentación de los aspectos fundamentales del protocolo de prevención de úlceras.

## Objetivo

Cuidados de enfermería aplicados de acuerdo a protocolo en pacientes de riesgo de úlceras de presión: en un 86% de dichos pacientes de riesgo que no la hallan desarrollado.

Aumentar el número de pacientes de riesgo con úlceras por presión que evolucionan de forma favorable o se mantienen estables a un 88%.

Cuidados de enfermería hasta el alta hospitalaria de acuerdo a protocolo en el 100% de pacientes de riesgo que han presentando úlceras por presión al ingreso.

## Método

Desde el Departamento de Calidad de Enfermería se efectúa registro de todos los aspectos que son medidos en la escala de Norton (Norton, 1975), realizándose diversos estudios a lo largo del año elaborándose con cada uno de ellos un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, de todas las hojas de registro (escala Norton), analizando estadística descriptiva de cada uno de los ítems para evaluar las diferentes variables que intervienen en la aparición y evolución de las úlceras por presión: incidencia, los factores de riesgo, profilaxis, evolución, grado y localización de las mismas, cruzando y comparando datos para no medir solamente aspectos aislados, sino realmente los factores e indicadores de la calidad prestada como resultado de las intervenciones de enfermería.

Para la elección de personas que deben ser incluidas en el protocolo de prevención de úlceras se sigue lo recomendado en la Guía Práctica de cuidados enfermeros para úlceras por presión publicada por el INSALUD (1996).

Los datos del presente estudio, se refieren al año 2003 sobre todos los pacientes de riesgo ingresados en unidades de hospitalización, de los que se ha registrado la correspondiente ficha de recogida de datos (escala de Norton modificada) y recibida en la unidad de control de calidad de enfermería.

Los datos han sido tabulados y analizados, usando el programa informático Excel de Microsoft.

## Resultados

Durante el periodo estudiado, han ingresado en el Hospital un total de 1587 pacientes de riesgo a los que se les ha abierto ficha de control de úlceras por presión. Esta es la cifra que vamos a considerar, aunque el número real de pacientes es ligeramente inferior ya que ha habido traslados internos en algunos casos, pero para poder estudiar a las unidades individualmente los hemos considerado pacientes diferentes.

El total de pacientes de riesgo se distribuyó según la siguiente proporción:

	Pacientes que ingresan con úlcera	Pacientes de riesgo que desarrollaron úlcera en el hospital	Total de pacientes de riesgo
R. G.	1,83%	5,04%	33,08%
H. Ofra	5,04%	1,51%	25,52%
C. T. R.	2,52%	4,22%	29,30%
R. E. A.	0,06%	0,50%	0,88%
U. V. I.	0,19%	3,47%	10,49%
Incidencia 2003	8,00%	17,00%	75,00%
Incidencia 2002	13,00%	19,00%	68,00%

Quizás el parámetro que mejor valora la calidad de los cuidados prestados es la observación de la evolución de los pacientes de riesgo que ingresaron sin úlcera. En el Hospital, vemos claramente que en la mayoría de las Áreas, una gran proporción de los pacientes de riesgo no desarrollaron úlceras frente a los que si lo hicieron.

Evolución de los pacientes de riesgo que ingresaron sin úlceras (valores absolutos):

- RG: Sin datos:0, Sin úlceras:400, Peor:13.
- H Ofra: Sin datos:0, Sin úlceras:297, Peor:16.
- CTR: Sin datos:0, Sin úlceras:350, Peor:20.
- REA: Sin datos:0, Sin úlceras:0, Peor:10.
- UVI: Sin datos:0, Sin úlceras:115, Peor:37.

Evolución de los pacientes de riesgo que ingresaron sin úlceras: Peor: 7%, Sin úlceras: 92%, Sin datos: 1%.

En cuanto a la evolución de las úlceras en el Hospital vemos que en general, la evolución de las mismas es buena o estable en un 88%.

Los cuidados de enfermería hasta el alta hospitalaria se desarrollaron según el protocolo en el 100% de pacientes de riesgo que han presentando úlceras por presión al ingreso.

Podemos pues afirmar que el problema de las úlceras por presión afecta aproximadamente al 1,29% de los pacientes que han ingresado en nuestro hospital en 2003, que el 0,79% las ha desarrollado en nuestras unidades y que un 0,18% las ha tenido en grado 3 o 4.

## Conclusiones

Sintetizando los datos anteriormente citados podemos concluir que los objetivos pactados para el 2003 respecto a las úlceras, fueron alcanzados y con ello podemos afirmar que atendiendo a las incidencias de los distintos indicadores que hemos ido viendo a lo largo del estudio, los resultados han mejorado con respecto a estudios anteriores.

## Bibliografía

- 1.- **INSALUD**, Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid, 1996.
- 2.- **Jiménez M R, González E, Betzabé M, Laureano R, Lobatón A.** Úlceras por decúbito valoración por escala de Norton. Rev Enferm IMSS 2002; 10 (2): 89-91.
- 3.- **Norton D.** Nursing care of the immobile patient. En: Walker Wf. Taylor Dem, Eds. Intensive Care. Edimburgo: Churchill Livingstone, Pag. 208-215. 1975.

## RECICLAJE EN R. C. P. BÁSICA Y AVANZADA

### Introducción

La mejoría de la asistencia a los pacientes en parada cardio-respiratoria y otras situaciones de riesgo vital mejora la supervivencia y el pronóstico, por lo que es importante el aprendizaje de la Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP).

Es evidente que, a pesar de la existencia de personal muy entrenado y especializado en las técnicas de RCP en nuestro Hospital, es necesario una difusión de dichas técnicas, en mayor o menor grado, a todo el personal que es susceptible de encontrarse en una situación en la que sea importante el poseer conocimientos sobre RCP, varias publicaciones han demostrado la eficacia de estos planes en mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales<sup>1-4</sup>.

La Dirección de Enfermería establece como objetivo en el Programa de Gestión Convenida (P.G.C.) mantener al personal reciclado y formado ante una parada cardiorrespiratoria.

### Objetivo

Un 72,5% del personal de Enfermería debe de haber recibido un curso de reciclaje en R. C. P. Básica y avanzada.

### Método

Desde el Departamento de Calidad de Enfermería se efectúan varios cursos programados de R. C. P. Básica y avanzada.

Se ha elaborado un registro de todo el personal de enfermería de esta institución que ha sido formado en los temas de R. C. P. básica y avanzada.

## Resultados

El 72,6% del personal de Enfermería ha recibido un curso de reciclaje en R. C. P. Básica y avanzada.

## Conclusión

Sintetizando los datos anteriormente citados podemos concluir que un 72,6% del personal de enfermería de este hospital está reciclado en RCP con lo que el objetivo pactados para el 2003 ha sido alcanzado.

## Bibliografía

- 1.- **Halameck LP, Kaegi DM.** Utilization of NRP, PALS, and ACLS in pediatric residency training in the United States. *Pediatrics*. 1998;102(suppl 3):768.
- 2.- **Ryan CA, Clark LM, Malone A, Ahmed S.** The effect of a structured neonatal resuscitation program on delivery room practices. *Neonatal Netw*. 1999;18(1): 25-30.
- 3.- **Singhal N, McMillan DD, Yee WH, Akierman AR, Yee YJ.** Evaluation of the effectiveness of the standardized neonatal resuscitation program. *Journal of Perinatology* 2001; 21:388-392.
- 4.- **Rangaraj S, Rangaraj J, Scholler I, Buss P.** A survey of neonatal resuscitation training provided to general professional trainees at neonatal units in England and Wales. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2001; 85:F225.

## INFORMES DE ENFERMERÍA AL ALTA 2003

### Introducción

Para la mejora continua de los cuidados de enfermería se lleva a cabo la implantación del informe al enfermería al alta, un consenso del lenguaje y filosofía para la calidad en la División de Enfermería, así como el reajuste y la adecuación de la metodología enfermera, especialmente en la elaboración de planes de cuidados como es el caso del informe de enfermería alta .

Se establece como objetivo en el Programa de Gestión Convenida (P.G.C.) “la implantación de un plan de cuidados en el informe de enfermería al alta para los pacientes que son enviados a los centros de crónicos o centros concertados”.

### Objetivo

Pacientes dados de alta a centros de crónicos y/o concertados con plan de cuidados en el 100% de los pacientes.

### Método

Desde el Departamento de Calidad de Enfermería se realizan diversos controles a lo largo del año elaborándose con todos ellos un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, sobre todos los informes de enfermería al alta que son elaborados en cada una de las unidades.

En el estudio se midieron el porcentaje de informes de enfermería al alta en los pacientes enviados a centros de crónicos y/ o concertados.

### Resultados

Los pacientes enviados a centros de crónicos tenían el informe de enfermería al alta con su plan de cuidados en el 100% de los casos.

El informe de enfermería al alta con el plan de cuidados es uno de los documentos que anexa la asistente social al solicitar plaza para centro de crónicos y/o concertados.



### Conclusión

Sintetizando los datos anteriormente citados podemos concluir que el 100% de los pacientes dados de alta a centros de crónicos son enviados con un informe de enfermería con plan de cuidados al alta.

## REVISIÓN DE CARROS DE PARADA

### Introducción

El protocolo de actuación en RCP ha sido elaborado por un grupo de profesionales de este hospital (anestesiista, departamento de calidad de enfermería y grupo de formación en RCP) estableciendo entre otras cuestiones el contenido del carro, ya sea material fungible o inventariable, medicación, fluidos, etc, de manera sistematizada, de modo que su disposición y ubicación en las bandejas o cajones sea similar en todos los carros. Los contenidos del carro deben reservarse única y exclusi-

vamente para su utilización en circunstancias recomendadas por el protocolo de RCP que también establece el cumplimiento de unas normas claras de uso reposición y mantenimiento.

Existe uniformidad desde hace años en considerar la necesidad de organizar su administración para que este sea eficaz. Esta organización se justifica por la necesidad de aplicar una serie de actuaciones correctamente, establecer prioridades en situación de emergencia, disminuir el estrés para los profesionales y estandarizar su enseñanza.

La creación de un sistema integral de paradas garantiza un mecanismo de provisión de soporte vital que no solo depende de las habilidades y conocimientos de los profesionales. Este sistema se ha de diseñar atendiendo a las actuaciones recomendadas y a su priorización, este conjunto de acciones ordenadas se conoce como cadena de supervivencia y uno de los eslabones clave para cumplir de manera exitosa la resucitación (RCP) es el perfecto estado del carro de parada.

El perfecto estado del carro de parada ha de asegurar que todo el material necesario está disponible en el momento y lugar necesario. La forma mas organizada y sencilla es el uso de los carros de parada, móviles y suficientes para servir a todas las dependencias hospitalarias. El 40% de los carros de reanimación cardiopulmonar presentaban deficiencias que podían comprometer o dificultar la eficacia de la reanimación. Solo un 20% no presentaba deficiencias.

La Dirección de Enfermería establece como objetivo en el Programa de Gestión Convenida (P.G.C.) la cumplimentación y el mantenimiento de los carros de parada según el protocolo de actuación ante una RCP y tener así preparado y disponible el material necesario para dicha actuación.



### Objetivo

Unificar el contenido y orden de los carros de parada según protocolo de actuación ante una RCP en el 59,3% de los carros.

### Método

Desde el Departamento de Calidad de Enfermería se realizan dos controles a lo largo del año elaborándose con todos ellos un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, del estado de los carros de parada acorde al protocolo de RCP, los días que se llevan a cabo las mediciones.

Para la muestra han sido revisados en dos ocasiones a lo largo del año todos los carros de parada de las distintas áreas de hospitalización, servicios centrales, área quirúrgica y consultas externas.

La evaluación se realizó comprobando el estado de los carros de parada midiéndose 81 aspectos del orden general, contenido de sistema ventilatorio, sistema circulatorio, su medicación y la caducidad de todos sus medicamentos y utensilios.

Estos resultados posteriormente se agrupan y se analizan estadísticamente.

## Resultados

En el total del Complejo Hospitalario según los aspectos medidos:

- 1.- Orden general: 48,05%.
- 2.- Sistema ventilatorio: 55%.
- 3.- Sistema circulatorio: 71,11%.
- 4.- Medicación: 83,33%.
- 5.- Caducidad: 90,83%.
- 6.- Media de los aspectos medidos: 69,66%.

## Conclusión

Podemos concluir que la media de cumplimiento según lo recomendado en el protocolo de RCP respecto al contenido y orden de los carros de parada ha alcanzado el 69,66% cumpliéndose ampliamente con ello el objetivo propuesto.

## Bibliografía

- 1.- Fierro Rosón J, Ruiz Bailén M, Peinado Rodríguez J, et al. Evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar de un hospital. Med Intensiva 2003; 27: 399-403.

## REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

### Introducción

El Departamento de Calidad en Enfermería, consciente de la importancia de la Historia Clínica como documento que contiene la información y valoración de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial tal y como establece la Ley Básica Reguladora del paciente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica 41/2002 y como instrumento de garantía de una asistencia de calidad.

La Dirección de Enfermería pone en práctica lo acordado en la Comisión de Historias Clínicas sobre la documentación clínica, su orden, grado de cumplimentación, homogeneidad e identificación de los profesionales que interviene en las Historias Clínicas.

Como consecuencia se establece como objetivo en el Programa de Gestión Convenida, (P.G.C.) la cumplimentación de los aspectos orden y cumplimentación de las Historias Clínicas por parte de los profesionales de Enfermería..

### Objetivo

Cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería y el orden recomendado por la Comisión de Historias Clínicas en el 85% de las historias.

### Material y método

Desde el Departamento de Calidad de Enfermería se realizan dos controles a lo largo del año elaborándose un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, sobre la calidad de las historias clínicas de los pacientes ingresados en las distintas Unidades de Enfermería del Hospital escogiendo uniformemente (1 de cada 5 historias, por Unidad) al azar un 20% de las mismas para su evaluación.

La evaluación de las Historias, se realizó midiendo los dos objetivos pactados, orden y contenido, en los que se valoró únicamente si cumplían o no la condición expuesta. Estos resultados posteriormente se agrupan por unidades, por áreas y datos generales del hospital y se analizan estadísticamente.



### Resultados

La media del Complejo Hospitalario de las historias evaluadas según los aspectos medidos es:

1: Orden de la Historia	80,42%
4: Registro Observaciones de Enf. en todos los turnos.	95,20%

Los datos, son notificados al responsable de la Unidad y del Área, para que comunique al personal, aquellos factores que deben mejorar o su satisfacción con los obtenidos.

### Conclusión

Podemos concluir que la media aritmética de cumplimiento según lo recomendado por la Comisión de Historias Clínicas y la Dirección de Enfermería de los dos aspectos pactados es de 90,81% cumpliéndose ampliamente con ello el objetivo propuesto para las historias clínicas.

## SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CATETERISMOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS

### Introducción

La infección relacionada a catéteres centrales y periféricos constituye una de las principales complicaciones de su uso y la principal causa de bacteriemia nosocomial primaria. La incidencia de bacteriemia atribuible al uso de catéteres tiene tasas que varían según el hospital entre 4 a 5 eventos 1 por 1.000 días de cateterización y una tasa de 3,7 infecciones por 1.000 días de CVC en adultos y 4,6 eventos por 1.000 días para pacientes pediátricos, ocupando *Staphylococcus aureus* la primera causa en adultos o niños (34% y 24,7%, respectivamente).

La incidencia de las infecciones asociadas al cateterismo vascular varía dependiendo de factores del huésped, del catéter (material, ubicación, método de instalación, instalación electiva o de urgencia, número de lúmenes, duración de la cateterización) y la intensidad de la manipulación.

Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a CVCs representan un aumento de la morbilidad, de los costos de la atención de pacientes y en una fracción de los casos, tiene una fracción atribuible (14 a 24%).

Diversas intervenciones para prevenir estas infecciones han sido propuestas en diferentes guías y existe una sólida evidencia para recomendar la prevención y un entrenamiento formal y consensuado a través de protocolos sobre cateterización con los cuales se ha logrado disminuir la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo de 4,5 a 2,9 por 1.000 días catéter, resaltando la técnica del personal sanitario que realiza la intervención 4, el seguimiento estricto de las normas de manejo y cuidados de catéter supuso una disminución en la incidencia de infección asociada al sitio de entrada del catéter y en las infecciones del torrente sanguíneo (9,2 a 3,3 por 1.000 y de 11,3 a 3,8 por 1.000 días-catéter, respectivamente).

Los CDC de USA han clasificado las medidas preventivas para evitar las infecciones nosocomiales secundarias a cateterismos, según la evidencia científica de su eficacia, en diferentes categorías y en base a estas recomendaciones se ha elaborado el protocolo de Cateterismos Centrales y Periféricos aprobado por la Comisión de Infecciones del Hospital.

La Dirección de Enfermería establece como objetivo en el Programa de Gestión Convenida (P.G.C.) la cumplimentación de los puntos fundamentales del protocolo de cateterismos.

### Objetivo

Revisión de procedimientos de riesgo de infección nosocomial, secundarios a cateterismos, alcanzando el 80% de pacientes cateterizados en base al cumplimiento del protocolo y su correcto registro en la documentación clínica.

## Método

Desde el Departamento de Calidad de Enfermería se realizan diversos controles a lo largo del año elaborándose con todos ellos un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, de las historias y de los pacientes que se encontraban con cateterismo en nuestro Hospital los días que se llevan a cabo las mediciones.

Para la muestra han sido elegidas al azar dos unidades de cada área de hospitalización, intentando siempre escoger pacientes con vía central (30%) y con periférica (70%).

La evaluación se realizó mediante un cuestionario de 9 ítem que miden: punto de inserción, anti-séptico, tipo de apósito, estado del apósito, número de conexiones adecuado, selladas las conexiones sin uso, Rx control en vías centrales, registro correcto de: catéter, fecha del apósito y del suero.

En los aspectos evaluados se valoró únicamente si cumplían con lo recomendado en el protocolo. Estos resultados posteriormente se agrupan y se analizan estadísticamente.

## Resultados

La elección de punto de inserción es adecuada en el 100%.

El antiséptico elegido es el adecuado en el 100% de los casos.

El apósito empleado es el idóneo en el 97,56% y se encuentra en buen estado en el 100% de los casos.

Es adecuado el número de conexiones y/o llave de tres pasos en el 100% de los cateterismos evaluados.

Están selladas las conexiones que no están en uso en todos los catéteres (100%).

Se ha realizado RX de control en todas (100%) las vías centrales.

Se ha registrado adecuadamente el cateterismo en la historia clínica en el 75,60%.

Está registrada la fecha del apósito y suero en sólo el 26.82%.

## Conclusión

Sintetizando los datos anteriormente citados podemos concluir que el 88,89% de los pacientes fueron cateterizados cumpliendo el protocolo, considerándose con ello alcanzado el objetivo establecido en el P. G. C.

## Bibliografía

- 1.- **Fica C.** Consejo nacional sobre infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. Rev Chil Infect 2003; 20 (1): 39-40.
- 2.- **Brenner P, Budego G B et al.** Prevención de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. Rev Chil Infect 2003; 20 (1): 51-69.
- 3.- **Pai M P, Pendland S L, Danzinger L H.** Antimicrobial/bonded and-impregnated intravascular catheters. Ann Pharmacother 2001; 35: 1255-63.
- 4.- **Sherertz R J, Ely E W, Westbrook D M et al.** Education of physicians-in-training can decrease the risk for vascular catheter infection. Ann Intern Med 2000; 132: 641-8.
- 5.- **Eggimann P, Harbarth S, Constantin M N, Touveneau S, Chevrolet J C, Pittet D.** Impact of a prevention strategy targeted at vascular-access care on incidence of infections acquired in intensive care. Lancet 2000; 355: 1864-8.

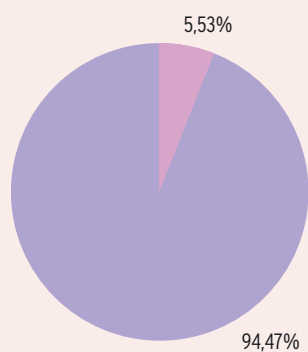
### 9.4. Unidad de Atención al Usuario

#### RECLAMACIONES AÑO 2003

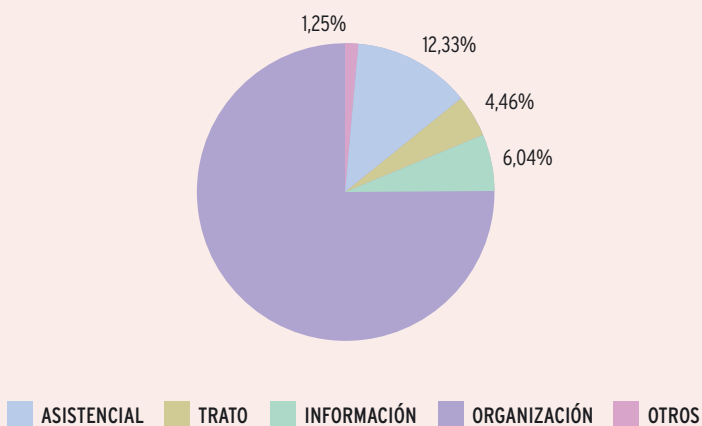
MOTIVO

MOTIVO	CANTIDAD	Porcentaje	MOTIVO	CANTIDAD	Porcentaje
PROCESO	2085	94,47%	ASISTENCIAL	257	12,33%
			TRATO	93	4,46%
			INFORMACIÓN	126	6,04%
			ORGANIZACIÓN	1583	75,92%
			OTROS	26	1,25%
ESTRUCTURA	122	5,53%	HOSTELERIA / HABITABILIDAD / CONFORT	122	5,53%

RECLAMACIONES AÑO 2003



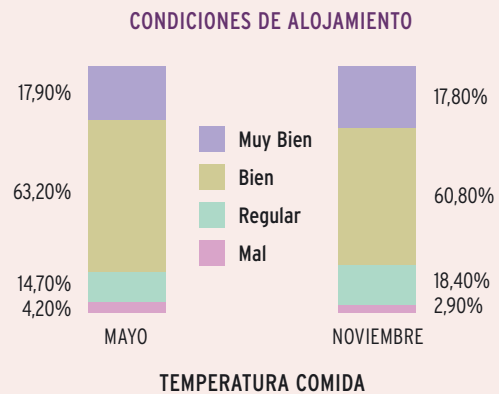
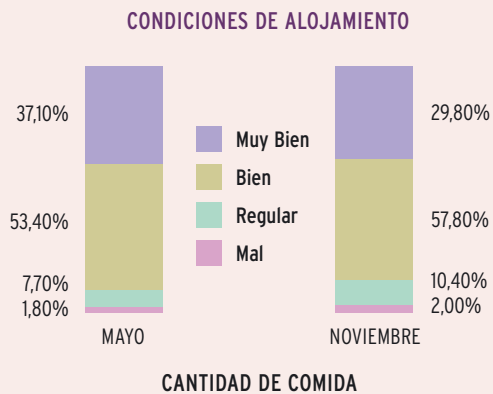
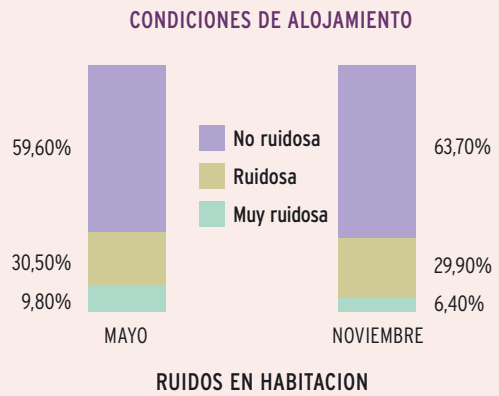
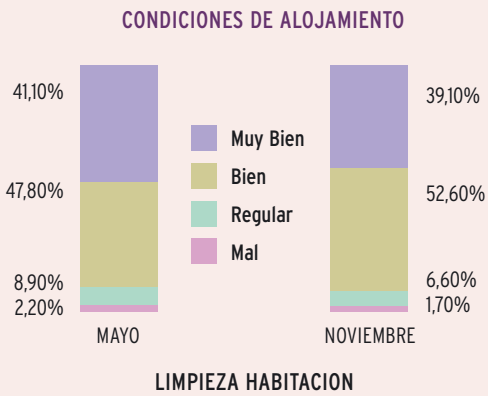
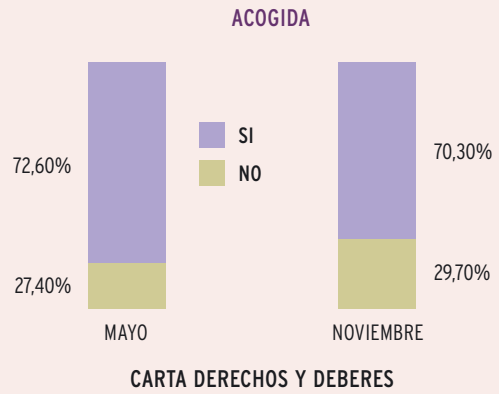
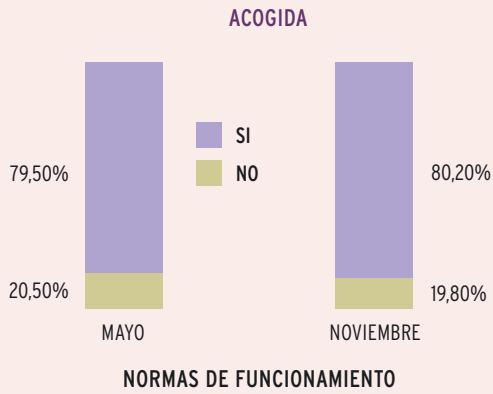
DISTRIBUCIÓN RECLAMACIONES DE PROCESO

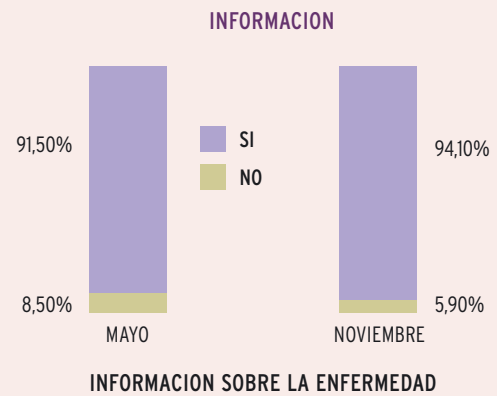
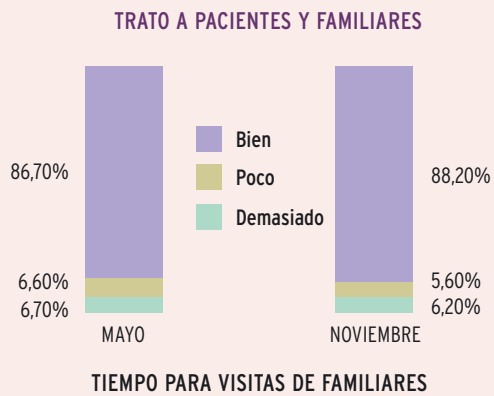
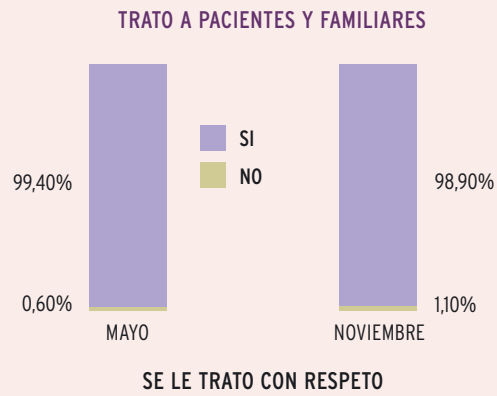
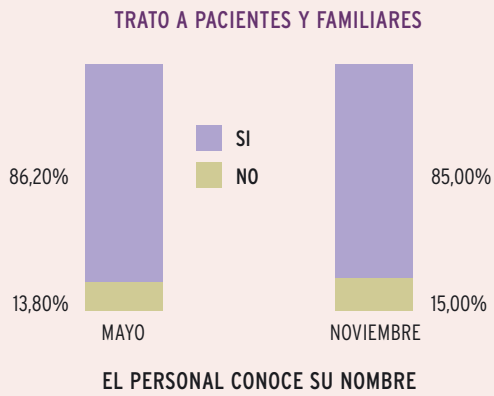
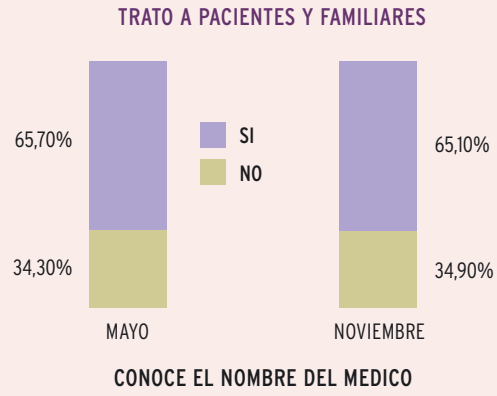
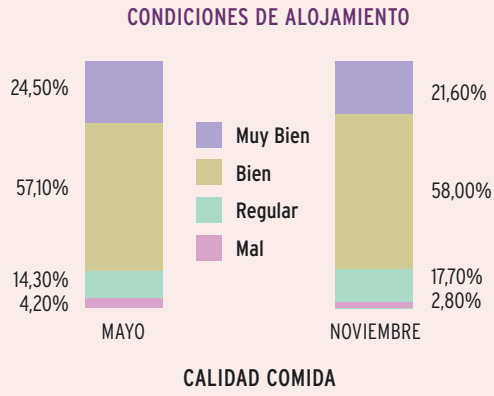


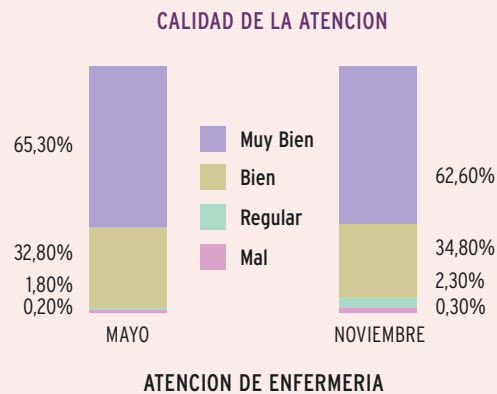
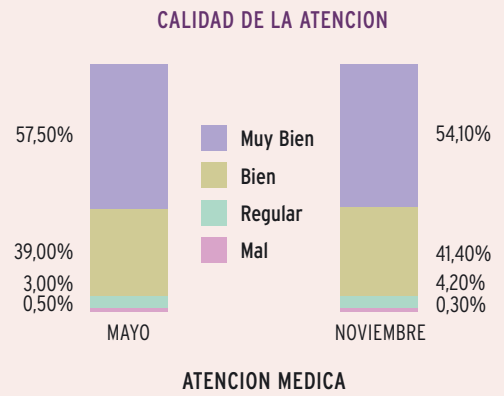
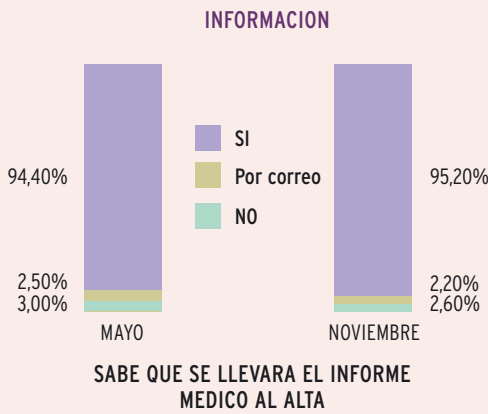
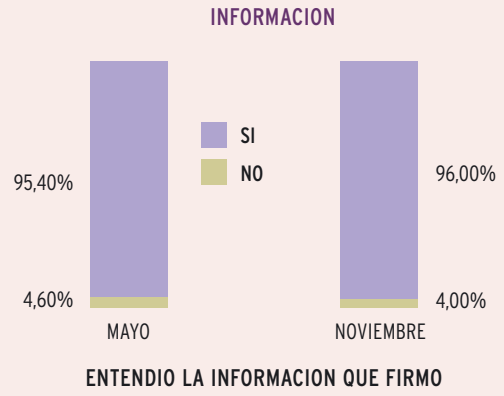
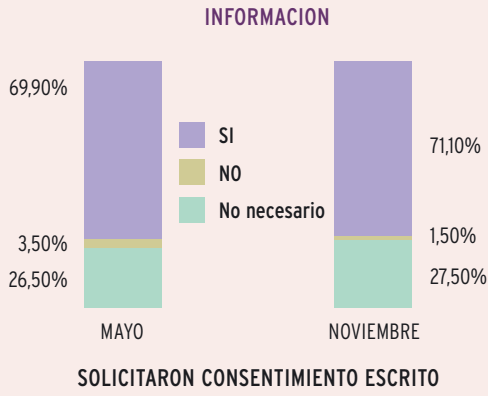
## 9.5. Calidad percibida

			MAYO	NOVIEMBRE	
<b>ACOGIDA</b>	Normas de funcionamiento	Si	79,50%	80,20%	
		No	20,50%	19,80%	
	Carta Derechos y Deberes	Si	72,60%	70,30%	
		No	27,40%	29,70%	
<b>CONDICIONES DE ALOJAMIENTO</b>	Limpieza de habitación	Mal	2,20%	1,70%	
		Regular	8,90%	6,60%	
		Bien	47,80%	52,60%	
		Muy Bien	41,10%	39,10%	
	Ruidos de habitación	No Ruidosa	59,60%	63,70%	
		Ruidosa	30,50%	29,90%	
		Muy Ruidosa	9,80%	6,40%	
	Cantidad comida	Mal	1,80%	2,00%	
		Regular	7,70%	10,40%	
		Bien	53,40%	57,80%	
		Muy Bien	37,10%	29,80%	
	Temperatura comida	Mal	4,20%	2,90%	
		Regular	14,70%	18,40%	
		Bien	63,20%	60,80%	
		Muy Bien	17,90%	17,80%	
	Calidad comida	Mal	4,20%	2,80%	
Regular		14,30%	17,70%		
Bien		57,10%	58,00%		
Muy Bien		24,50%	21,60%		
<b>TRATO A PACIENTES Y FAMILIARES</b>	Conoce el nombre del médico	Si	65,70%	65,10%	
		No	34,30%	34,90%	
	El personal se dirigió por su nombre	Si	86,20%	85,00%	
		No	13,80%	15,00%	
	Se le trató con respeto	Si	99,40%	98,90%	
		No	0,60%	1,10%	
	Tiempo para visitas de familiares	Bien	86,70%	88,20%	
		Poco	6,60%	5,60%	
Demasiado		6,70%	6,20%		
<b>INFORMACIÓN</b>	Inf. sobre evolución de la enfermedad	Si	91,50%	94,10%	
		No	8,50%	5,90%	
	Solicitaron consentimiento por escrito	No necesario	26,50%	27,50%	
		Si	69,90%	71,10%	
		No	3,50%	1,50%	
	Entendió la información que firmó	Si	95,40%	96,00%	
		No	4,60%	4,00%	
	Sabe que se llevará inf. médico al alta	Si	94,40%	95,20%	
		No	2,50%	2,20%	
		Por correo	3,00%	2,60%	
<b>CALIDAD DE LA ATENCIÓN</b>	Atención médica	Mal	0,50%	0,30%	
		Regular	3,00%	4,20%	
		Bien	39,00%	41,40%	
		Muy Bien	57,50%	54,10%	
	Atención de enfermería	Mal	0,20%	0,30%	
		Regular	1,80%	2,30%	
		Bien	32,80%	34,80%	
		Muy Bien	65,30%	62,60%	
	Se encuentra mejor del problema				

ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA HOSPITALARIA







## 9.6. Objetivos de Calidad

ATENCIÓN AL PACIENTE	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Contestar todas las reclamaciones por escrito	Porcentaje del total de las reclamaciones que son contestadas por escrito	48,78%	88%	55,43
Mejorar la gestión de las reclamaciones	Información centralizada de las gestiones efectuadas por reclamaciones	100%	100%	100,00
Disminuir los tiempos promedio en la respuesta escrita a las reclamaciones	Porcentaje de informes contestados por escrito, dentro de los 15 días siguientes a la presentación de la reclamación	64,92%	50%	129,84
Realización de Encuesta de Satisfacción (ESAH)	Número de ESAH o ESPH realizadas	2	2	100,00

INFORMACIÓN AL PACIENTE	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Comunicar las normas de funcionamiento de las plantas de hospitalización	Proporción de pacientes que, en la ESAH, declaran haber sido informados a su ingreso sobre las normas de funcionamiento de la planta, horarios y visitas	79,50%	85%	93,53
Entrega de la carta de derechos y deberes a los pacientes	Porcentaje de pacientes que declaran en la ESAH haber recibido la carta de derechos y deberes	72,60%	75%	96,80
Práctica de los derechos de los usuarios	Porcentaje de pacientes que, en la ESAH, declaran haber sido informados sobre la identidad médico responsable de su proceso	65,70%	75%	87,60
Aumentar la frecuencia con que se facilita información clínica	Porcentaje de pacientes que, en la ESAH, declaran no haber sido nunca informados sobre la evolución de su enfermedad y el resultado de las pruebas practicadas	8,50%	5%	170,00
Proporcionar a todos los pacientes en el momento del alta un informe médico	Proporción de pacientes que en la ESAH declaran que van a recibir al alta un informe médico	97,94%	97%	100,97
Promover el consentimiento escrito para intervenciones y pruebas diagnósticas de riesgo	Porcentaje de pacientes que, en la ESAH, declaran que no se les requirió consentimiento por escrito antes de operarles o realizarles pruebas molestas o dolorosas	3,60%	3,50%	102,86
Servicios Clínicos con horario definido para la información médica a los familiares	Proporción de Servicios Clínicos con horario definido para la información médica a los familiares	87,00%	85,00%	102,35

SERVICIO DE ADMISIÓN (1)	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Organización del archivo de historias clínicas	Normalización de la estructura física de la historia clínica, ordenada cronológicamente por episodios, y éstos por tipo de documentos	100,00%	100,00%	100,00
Informes Clínicos definitivos recibidos y registrados en Admisión a los 10 días del alta médica	Proporción de ICD recibidos y registrados en Admisión a los 10 días del alta médica	90,00%	99,00%	95,74
Mejorar la gestión de la codificación	Proporción de altas mensuales y cirugía mayor ambulatoria con informe clínico definitivo, y codificadas (C.I.E.-MC, 9ª Rev, hasta 5º dígito, en su caso), dos meses después	100,00%	95,00%	105,82
Aumentar la formación y potenciar la especialización de los codificadores	Asistencia a talleres de codificación, por codificador	0,00%	100,00%	0
Mejorar la calidad de la codificación	Proporción de altas con diagnóstico, principal o secundario, neoplasia maligna de tejidos linfoides o hematopoyéticos, codificadas con 5º dígito (según CMBD 1º semestre 2003)	100,00%	100,00%	100,00
Potenciar el empleo de las listas especiales de codificación	Proporción de altas con mención de cáncer como diagnóstico principal o secundario, codificadas por morfología (según CMBD 1º semestre 2003)	85,00%	70,00%	129,63
Mejorar la calidad del Case-Mix hospitalario	Proporción de GDR´s inespecíficos (según CMBD 1º semestre 2003)	0,20%	0,10%	200,00



172

SERVICIO DE ADMISIÓN (2)	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Definición de los criterios de inclusión en listas de espera	Implantación de Protocolos de Criterios de Indicación Quirúrgica y de Priorización Clínica - Nº de Protocolos del Grupo de Expertos sobre Listas de Espera del CISNS - Nº de Protocolos del Servicio/Unidad Asistencial			
Listas de espera quirúrgicas con consentimiento informado	Nº de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica con consentimiento informado			
Centralización de la gestión de las listas de espera Quirúrgicas	Listas de espera centralizadas, codificadas e informatizadas	100,00%	100%	100,00
Listas de espera quirúrgica depuradas	Realización anual, al menos, de 2 depuraciones completas	100,00%	100%	100,00
Sistema de Información de Consultas Externas y Pruebas Complementarias	Cumplimentación adecuada del SIH	*	50,00%	

RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN Y PRÁCTICA CLÍNICA	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Atención Médica correcta durante la hospitalización	Porcentaje de pacientes que contestan en la ESAH estar satisfechos con la atención médica recibida	96,50%	98%	98,47
Atención Enfermería correcta durante la hospitalización	Porcentaje de pacientes que contestan en la ESAH estar satisfechos con la atención de enfermería recibida	98,10%	98%	100,10
Calificación del Hospital	Calificación que los pacientes dan al Hospital en la ESAH	8,53	8,6	99,1
Elaboración, por los Servicios Clínicos, de protocolos de actuación y tratamiento para las patologías más prevalentes	Servicios en que existen protocolos de actuación y tratamiento en sus patologías más prevalentes (Especificar Servicios y protocolos) Servicios 1.- Cirugía General y Digestiva 2.- Neurología 3.- Anestesiología y Reanimación 4.- Ginecología y Obstetricia 5.- Cirugía Torácica	3 -3 -4 -3 -2	2 (en cada uno de los servicios)	SI

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Adecuación de las cesáreas	Realización de un protocolo de indicación de la cesárea por el Servicio de Ginecología	SI	SI	SI
Adecuación de las cesáreas	Cesáreas realizadas fuera de las indicaciones establecidas en el protocolo	0%	0%	SI
Oferta de anestesia epidural en partos vaginales	Proporción de partos vaginales, sin contraindicación de anestesia epidural, según protocolo del Servicio de Ginecología, con anestesia epidural ofertada	*	100%	
Aplicación de anestesia epidural en partos vaginales	Proporción de partos vaginales, con anestesia epidural realizada	42,39%	62%	68,37

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Elevar la frecuencia de realización de autopsias	Proporción de necropsias realizadas por el Servicio de Anatomía Patológica, exceptuando las de origen judicial, en relación al total de éxitos.	0,80%	5%	16,00
Evaluar, en pacientes con éxitos, la validez de los diagnósticos	Porcentaje de discrepancias, graves y leves, en la enfermedad fundamental, entre historia clínica y necropsia, por dictamen de la Comisión de Mortalidad	___	___	
Valoración en los éxitos de la mortalidad evitable por dictamen de la Comisión de Mortalidad	Porcentaje de éxitos revisados en los que se objetiva una mortalidad evitable por dictamen de la Comisión de Mortalidad	___	3%	
Definición de protocolos de intervención del Servicio de Microbiología	Catálogo de productos disponibles de actualización anual Protocolos escritos para la toma de muestras Protocolos de procesamiento e interpretación resultados	SI SI SI	SI SI SI	
Calidad de los laboratorios	Controles externos de calidad en las secciones de los laboratorios	SI	SI	

\_\_\_ Dato no disponible

MEDICINA PREVENTIVA	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Vigilancia de la infección nosocomial	Proporción de ingresos quirúrgicos sometidos a intervención, con infección de herida quirúrgica durante su estancia, en búsqueda activa, en Cirugía General y Urología.	<b>Trauma</b>	<b>Global EPINE</b>	
	Limpia	3,51%	3,85%	
	Limpia-contaminada	0,00%	7,02%	
	Contaminada	0,00%	16,67%	
	Sucia	0,00%	0,00%	
Revisión de procedimientos de riesgo de infección nosocomial	Porcentaje de pacientes con cuidado posterior a sondaje vesical según protocolo	96,50%	100%	SI
Reducción de la infección nosocomial	Prevalencia de infección urinaria en pacientes con sondas urinarias cerradas	8,57%	10%	SI
Control de brotes en infección nosocomial	Elaboración de protocolos de actuación frente a acinetobacter, estafilococos meticilin-resistentes y pseudomonas	SI	SI	SI
Potenciar la profilaxis antibiótica en procedimientos quirúrgicos	% Profilaxis antibiótica de acuerdo a protocolos 1.- Cirugía General 2.- Urología		90%	
			90%	
Gestión de residuos	Elaboración de programa específico de gestión de residuos hospitalarios	SI	SI	SI
Clasificación correcta de residuos	Nº contenedores incinerados/nº contenedores pactados para consumo			



COMISIONES CLÍNICAS	INDICADORES	Actividad	OBJETIVO	COBERTURA
Incentivar el funcionamiento de las Comisiones de Calidad Hospitalaria	Comisiones de Calidad con más de 4 reuniones anuales y acta levantada de las mismas (especificar nombre de las Comisiones)	7	10	70
	C. de Farmacia y Terapéutica	11	4	275
	C. de Docencia MIR	3	4	75
	C. de Infecciones y profilaxis antibiótica	13	4	325
	C. de Investigación	sin datos	4	sin datos
	C. de Mortalidad	8	4	200
	C. de Calidad en Radioterapia	2	4	50
	CEIC	3	4	75
	C. de Tumores	6	4	150
	C. de Hª Clínicas	6	4	150
	C. de Formación Continuada y Docencia	4	4	100
	C. de Transfusiones	3	4	75
	C. de Calidad en Radiodiagnóstico	2	4	50
	C. de Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos	7	4	175
	C. de Trasplantes	sin datos	4	sin datos
	C. Central de Garantía de Calidad	1	4	25
	Promover la participación en las Comisiones de Calidad Hospitalaria	Porcentaje de participantes, sobre el total de miembros, en cada reunión de las Comisiones de Calidad	71,23%	72%

ENFERMERÍA	INDICADORES	OBJETIVO	OBJETIVO	COBERTURA
Revisión de procedimientos de riesgo	Porcentaje de pacientes sondados de infección nosocomial de acuerdo a protocolo	90%	96.5%	SI
Cuidados de enfermería aplicados de acuerdo a protocolo en pacientes de riesgo de úlceras de presión	Porcentaje de pacientes de riesgo que no han desarrollado úlceras por presión	83%	86%	SI
Aumentar el número de pacientes de riesgo con úlceras por presión que evolucionan de forma favorable o se mantiene estable	Porcentajes de pacientes de riesgo con úlceras por presión (# intrahospit) que se mantienen estables o evolucionan favorablemente	62%	88%	SI
Cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo en pacientes de riesgo de úlceras por presión	Porcentajes de pacientes de riesgo que presentando úlceras por presión al ingreso, han sido objeto de cuidados protocolizados hasta el alta hospitalaria.	100%	100%	SI
Mantener al personal reciclado y formado ante una parada cardiorrespiratoria	Porcentaje de personal de Enfermería que ha recibido un curso de reciclaje en R.C.P. básica y avanzada	65%	72.5%	SI
Plan de cuidados. (Informe de Enfermería al alta)	Porcentaje de pacientes dados de alta a centros de crónicos y/o concertados, con plan de cuidados de informe de enfermería por escrito	100%	100%	SI
Unificar el contenido y orden de los carros de paradas según protocolo de actuación ante una RCP	Porcentaje de carros de paradas según protocolos establecidos	59,30%	59.3%	SI
Cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería y orden correcto de todos los ítem establecidos en las H. clínicas. por la comisiones de H.C.	Porcentajes de H.C que mantienen el orden y la cumplimentación por enfermería según la comisión de H.C.	85%	85%	SI
Aplicar el protocolo para la disminución y prevención de las infecciones nosocomiales, secundarias a cateterismos centrales y periféricos	Porcentajes de pacientes con cateterismo centrales o periféricos a los que se les aplica el protocolo	80%	80%	SI

### 9.7. Difusión de las Actividades de Calidad



### 9.8. Otras Actividades

- Estudio de la Calidad formal de la Historia Clínica
- Estudio de cumplimentación del consentimiento informado en procedimientos quirúrgicos
- Encuesta de satisfacción de los pacientes del Servicio de Medicina Nuclear
- Coordinación de las Comisiones Clínicas
- Programa de Trabajo Social