



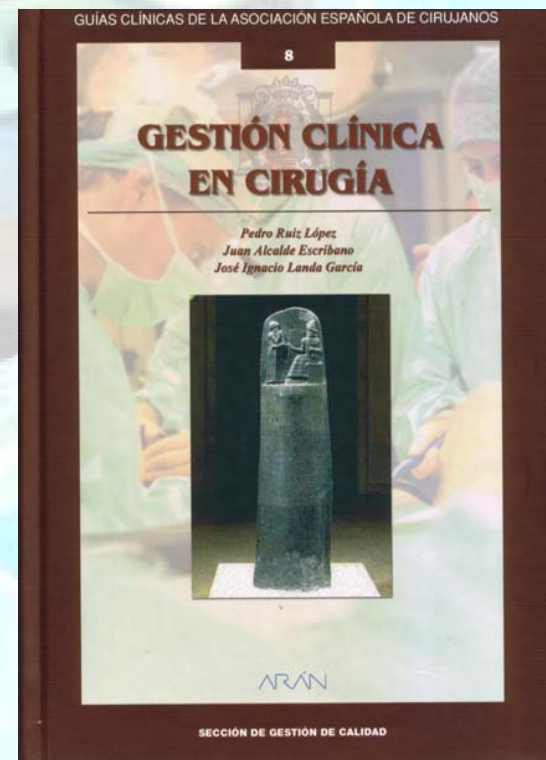
Curso Precongreso

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Acreditación de la Formación Continua del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Ministerio de Salud

Cómo organizar un Servicio de Cirugía y realizar una Memoria de Gestión.

Gestión de calidad

Susana Lorenzo
Unidad de Calidad
Fundación Hospital Alcorcón
slorenzo@fhalcorcon.es



nacional
gía
mbre de 2006
Melía Castilla

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Salud

Modelo de gestión: objetivo lograr "buenos resultados"

¿cómo?

OBJETIVOS

Sistema de Gestión

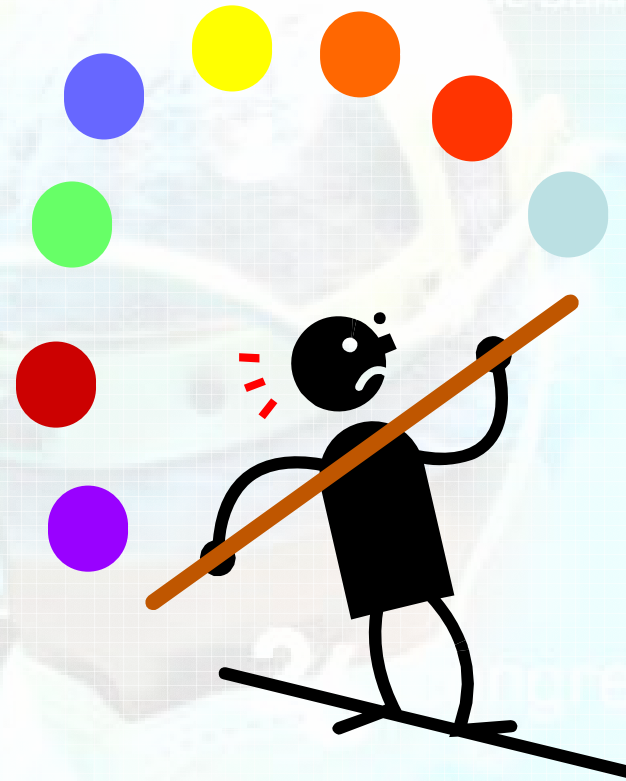
RESULTADOS

26º Congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

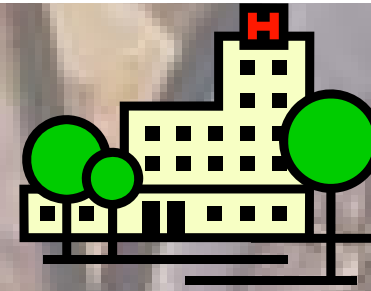
- Eficacia
- Eficiencia
- Efectividad
- Accesibilidad
- **Adecuación**
- Oportunidad
- Equidad
- **Satisfacción**
- Respeto
- Seguridad

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Sistema de Salud

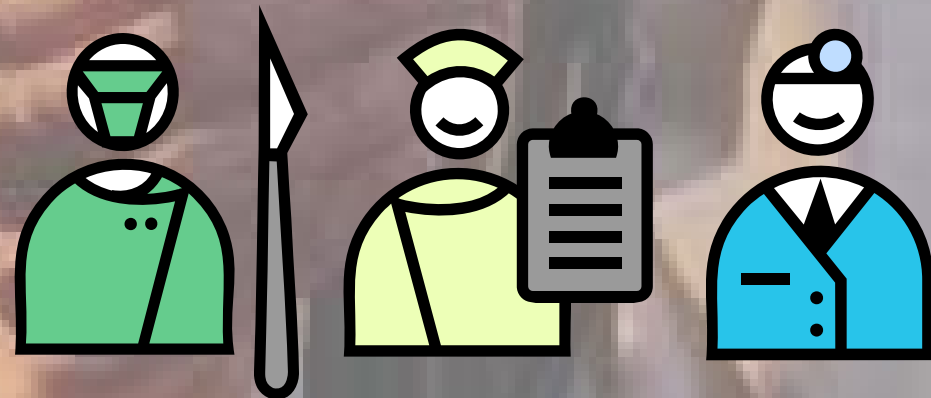


24º Congreso nacional
de Cirugía

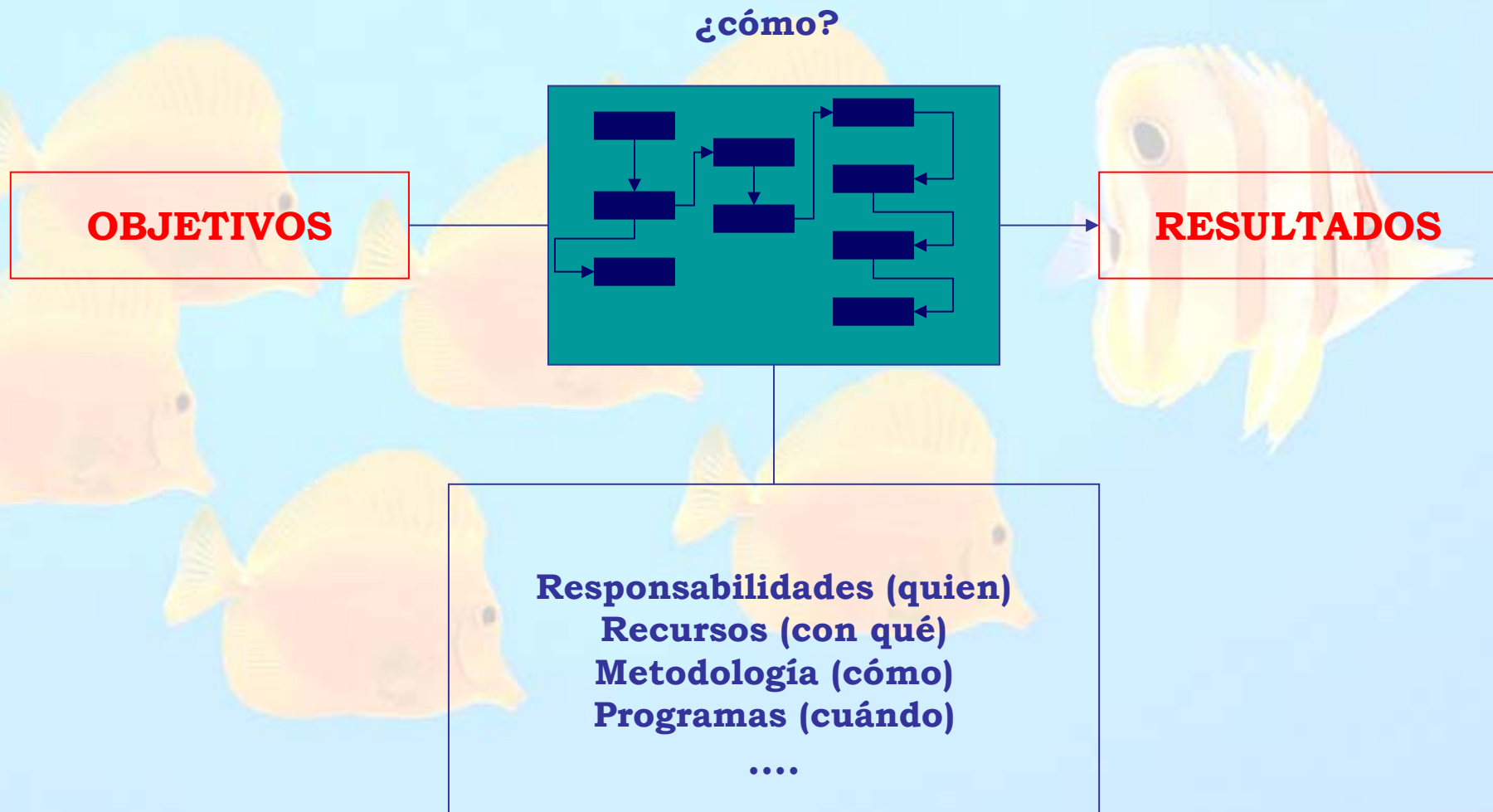
Madrid, 8 al 10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla



- Errar es humano.
- Ocultar los errores es una estupidez
- No aprender de ellos, imperdonable



Modelo de gestión: objetivo “buenos resultados”



Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias

Modelos de **mejora continua**

a) normalización y certificación

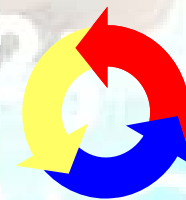
b) modelos de excelencia

Modelos de **acreditación**

26º Congreso nacional
de
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

- No es un nivel
- Implica comparar
- Implica medir
- El cliente hace la comparación
(necesidades vs expectativas)



Calidad



Mesas y simposio acreditados por la Comisión de
Formación Continuada de Navarra Sistema de
Evaluación de la Formación de las profesiones
sanitarias

INSTITUTO DE
CALIDAD VASCA

de 2006
Castilla

Aseguramiento

Conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad.

Comprador: para que proveedor cumpla requisitos, han de estar escritos (documentados y sistematizados)

Norma:

- documento
- aplicación voluntaria
- especificaciones técnicas

Certificación

- alguien asegura que un tercero cumple con una serie de normas de calidad,
- asegurar al cliente que va a recibir lo que él/ella especificó
- confirmar que sigue un proceso de puesta en práctica rigurosa de un determinado proceso (o actividad).

- obligatorias
- voluntarias

Norma ISO 9000

sistema de calidad: método que adopta cada organización (servicio o centro) asegurar la conformidad de los productos o servicios

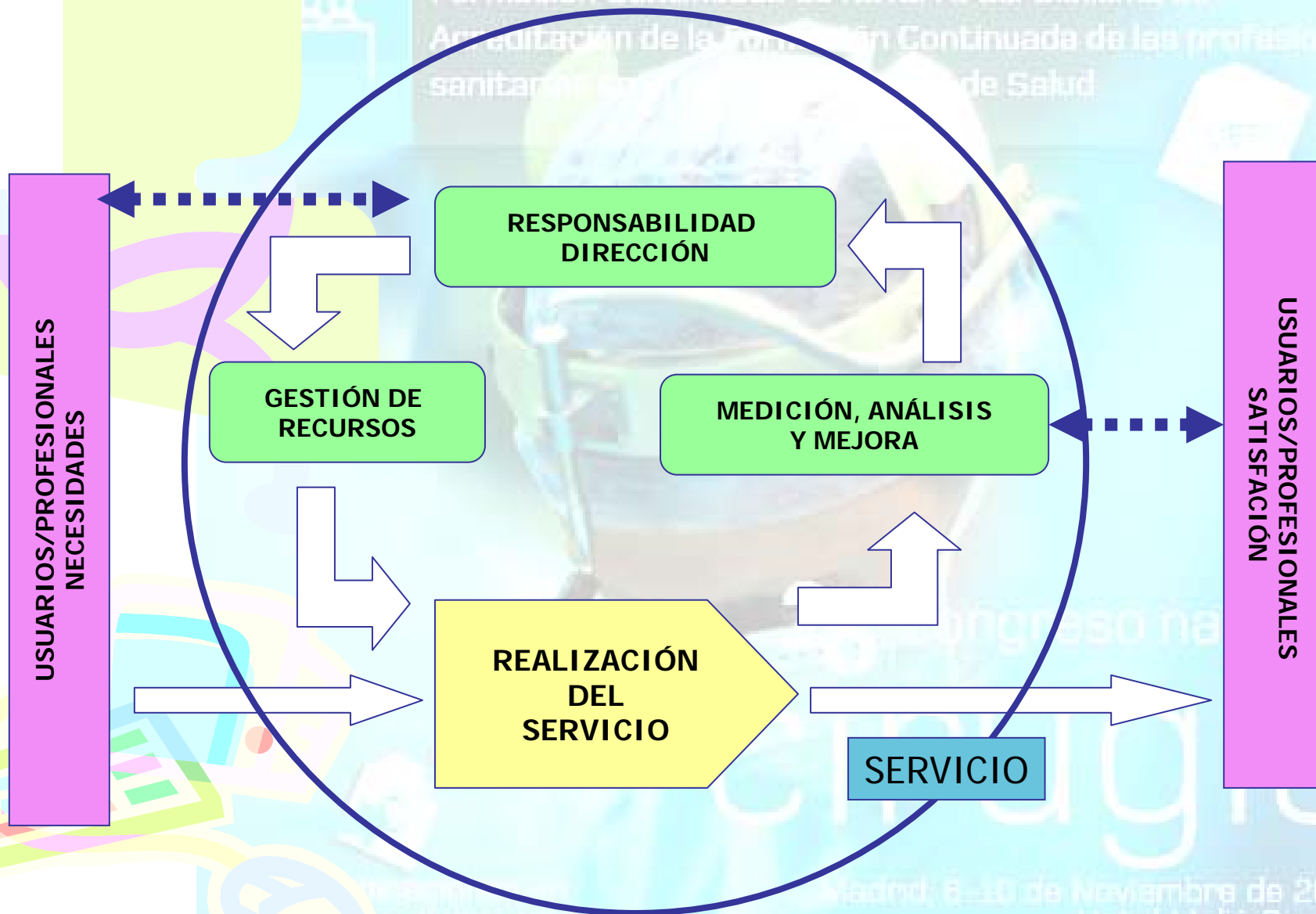
**Manual
de Calidad**

**Procedimientos
Generales**

**Instrucciones de Trabajo
Guía de Uso**

Registros de Calidad

NORMA ISO 9001:2000



Formación Continuada de Navarra del Sistema de
Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones
sanitarias en el ámbito de Salud

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Acreditación

- método de análisis
- una vez establecido el grado de calidad de las prestaciones de un centro o unidad,
- comprobar si cumple las características adecuadas para alcanzar los niveles especificados en cuanto a estructura física, equipos, organización, métodos y procedimientos, personal, etc.

Objetivos:

- a) Como verificación de una conformidad de acuerdo a unos estándares de seguridad y calidad (EEUU)
- b) Como iniciación para emprender una búsqueda de mejora de la calidad (Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda)
- c) Como autorización para producir unos cuidados que puedan ser contratados por un organismo financiador (programa federal Medicare en USA, Cataluña,...)
- d) Como regulación de la oferta de atención sanitaria (Francia, Cataluña,...)

Accreditación

Características :

1.- Carácter voluntario.

2.- El procedimiento:

organismo independiente que elabora las normas y realiza el proceso de acreditación.

3.- Las normas:

tienden a centrarse en criterios y estándares de procesos (de gestión y asistenciales) y de resultados.

4.- Autoevaluación previa:

comprobada por auditoria externa o procedimiento de verificación externo.

Acreditación...

Equipo auditor multidisciplinar:

- expertos en gestión sanitaria y/o clínica
- enfermería
- servicios generales, contabilidad, gestores, etc.

Modelos más utilizados...

King's Fund en Reino Unido y Portugal

España: modelo catalán y andaluz de ámbito autonómico... CMA

Joint Commission International



RECAS

Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria

Julio 2004

Presentación

La Sociedad Española de Calidad Asistencial elabora el Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria como parte del esfuerzo para caminar hacia la excelencia del sistema sanitario. El RECAS es una base de datos que acoge de forma sistemática los centros y servicios sanitarios que han conseguido alguna certificación o acreditación. Su principal finalidad es difundir ante la sociedad el trabajo que nuestras organizaciones realizan para mejorar el sistema sanitario español. Todas las organizaciones sanitarias están invitadas a formar parte de él, para lo cual pueden contactar con la secretaria de la Sociedad, cuya dirección está al pie de página.

Acreditación Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

Organización	Ámbito	Agencia Evaluadora	Emisión	Renovación
ÁREA BÁSICA DE SALUD Vandellos-L'Hospitalet de l'Infant GRUP SAGESSA	Toda la Organización	FAD-JCAHO	2002	2005
EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL COSTA DEL SOL Marbella	Toda la Organización	FAD-JCAHO	2002	2005

European Fundation Quality Mangement (EFQM)

Organización	Ámbito	Agencia Evaluadora	Emisión	Puntuación
CLÍNICA MONCLOA	Toda la Organización	SGS ICS Ibérica	12/2003	> 401 puntos
HOSPITAL COMARCAL DEL BIDASOA Ondarribia	Toda la Organización	Euskaltt	11/2002	> 500 puntos
HOSPITAL DE ZUMÁRRAGA Zumárraga		Euskaltt	10/2003	> 500 puntos

iones

onal

a

2006

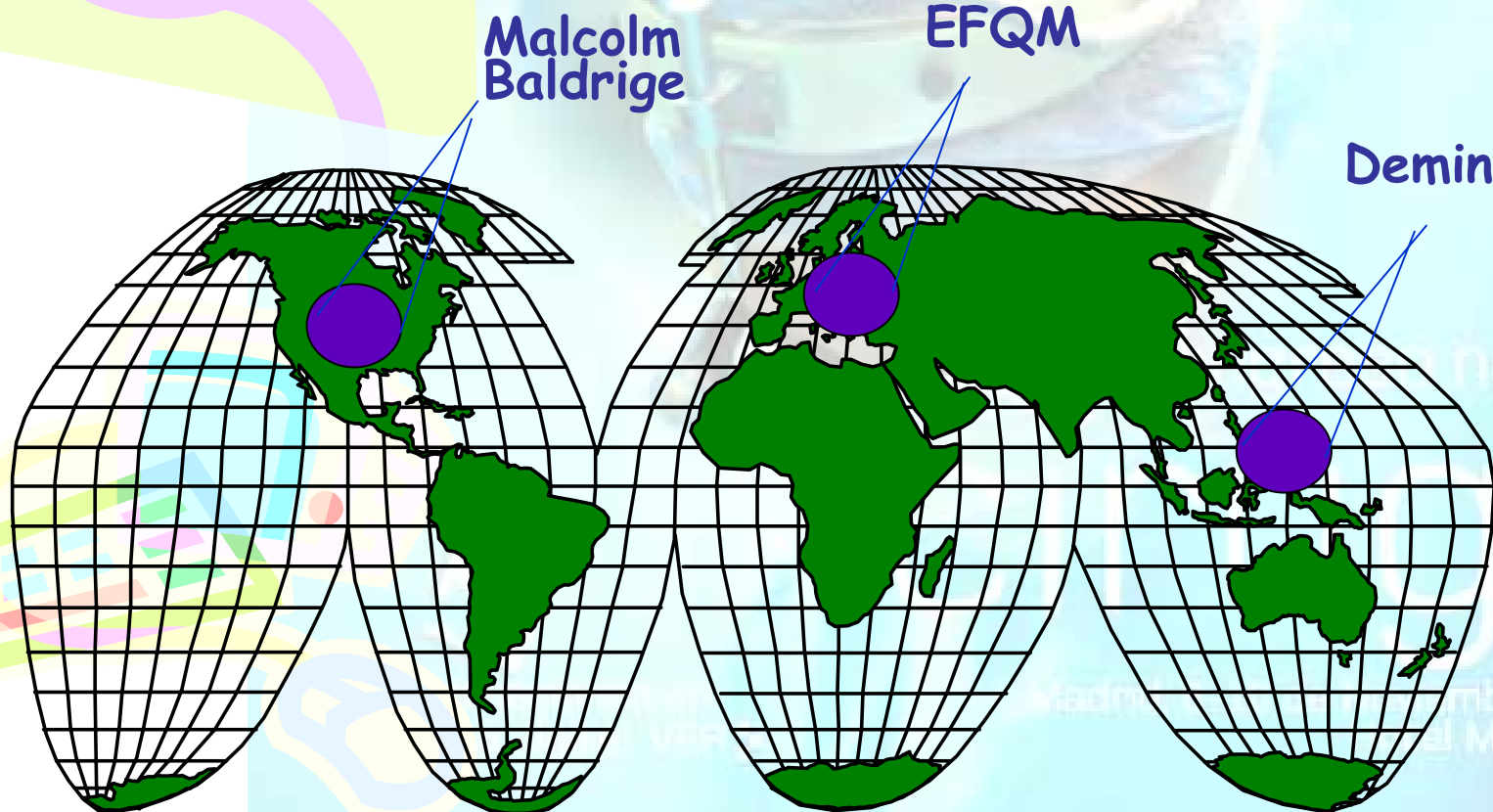
Castilla

Modelos de gestión de Calidad Total

Módulo de formación acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continua de las profesiones sanitarias con el fin de mejorar la Calidad de Salud

¿Qué son?

Sistemas de evaluación de las organizaciones en su modelo de gestión



Deming

EFQM

Malcolm
Baldrige

nacional

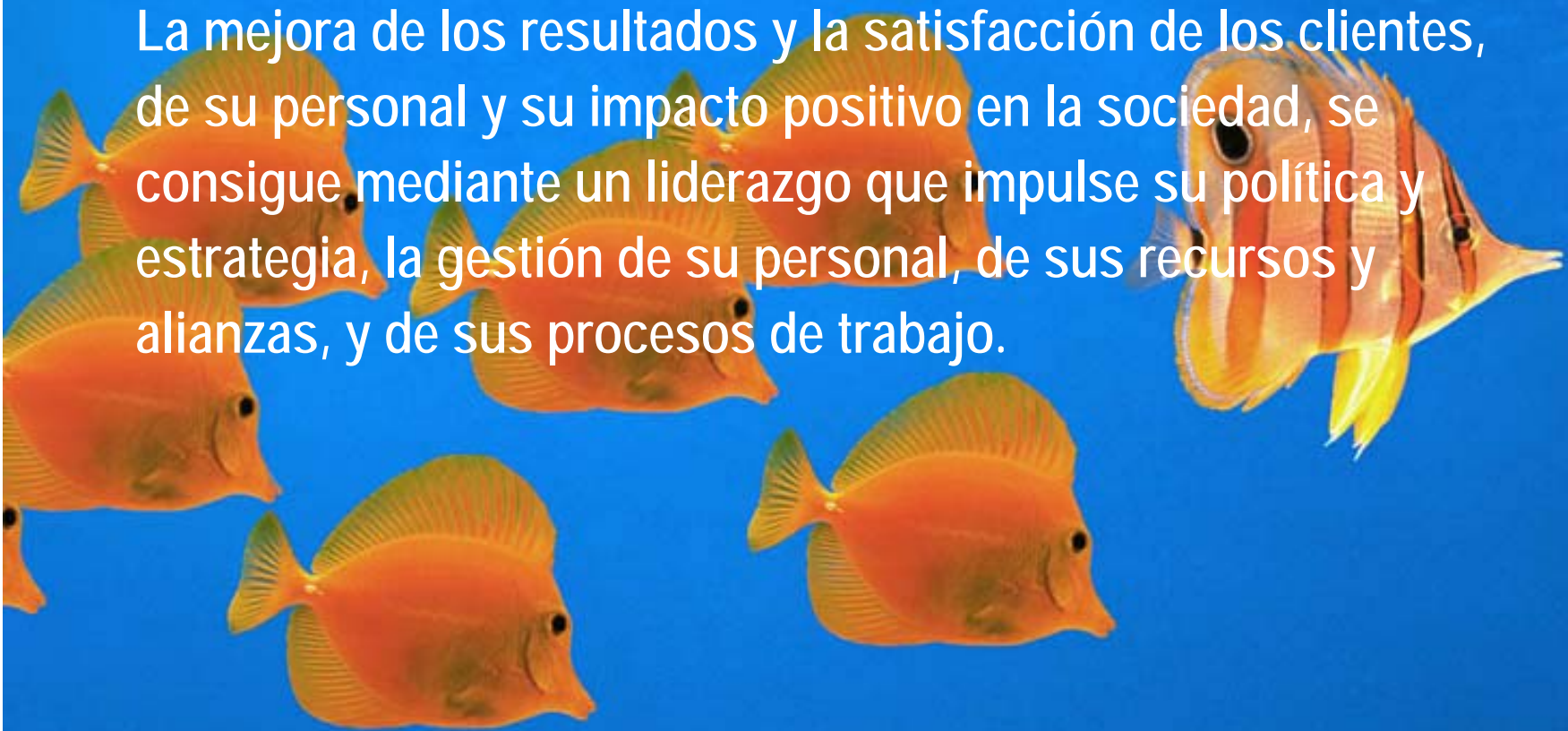
ía

Madrid, noviembre de 2006

el Meliá Castilla

Modelo EFQM

La mejora de los resultados y la satisfacción de los clientes, de su personal y su impacto positivo en la sociedad, se consigue mediante un liderazgo que impulse su política y estrategia, la gestión de su personal, de sus recursos y alianzas, y de sus procesos de trabajo.



Principios de Gestión de Calidad Total

- Enfoque al cliente
- Liderazgo de la Dirección
- Participación de los profesionales
- **Gestión por Procesos**
- Gestión basada en la creación de sistemas
- Toma de decisiones basada en hechos
- La Mejora Continua

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de

profesiones sanitarias de Navarra y de Salud

congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de
Formación Continua de la Asociación Española de
Acreditación de Centros de Formación Sanitaria
sanitarios de España de Salud

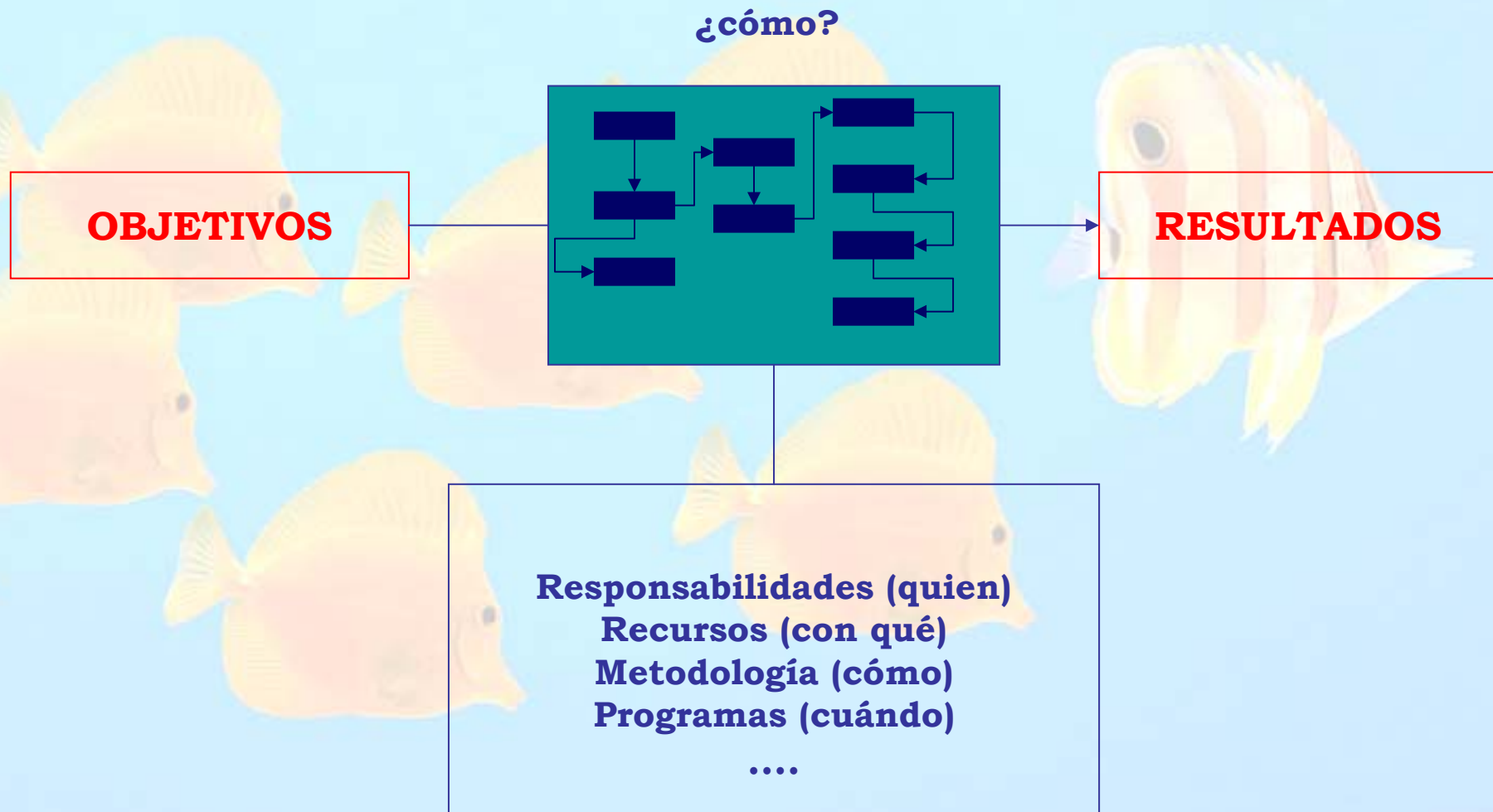
Elementos básicos...

- **Orientado al cliente**
- **Mejora continua**
- **Misión**
- **Actividades y evaluación Procesos**
- **Despliegue**
- **Evaluación y Revisión**

Congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Modelo de gestión: objetivo “buenos resultados”





Atención Sanitaria



Satisfacción del Paciente

Calidad de vida

**Variables de resultado en la investigación clínica.
No se ha traducido en una difusión análoga en la práctica
médica**

**Satisfacción y CVRS: se miden habitualmente
mediante cuestionarios estandarizados**

Mesas y simposios acreditados por la Comisión de
Formación y Actualización de la
Accreditation Commission of the Health Professions
sanitarias de la Comisión de Salud

26 Congreso nacional

¿Qué es un Proceso?

- Un Proceso es un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga las necesidades y expectativas del cliente al que va dirigido



Mesas y simposio acreditados por la Comisión de
Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones
sanitarias de España de Salud

26º Congreso nacional

Enfermería

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

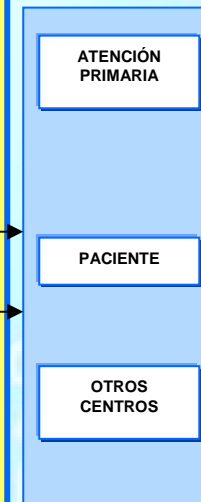
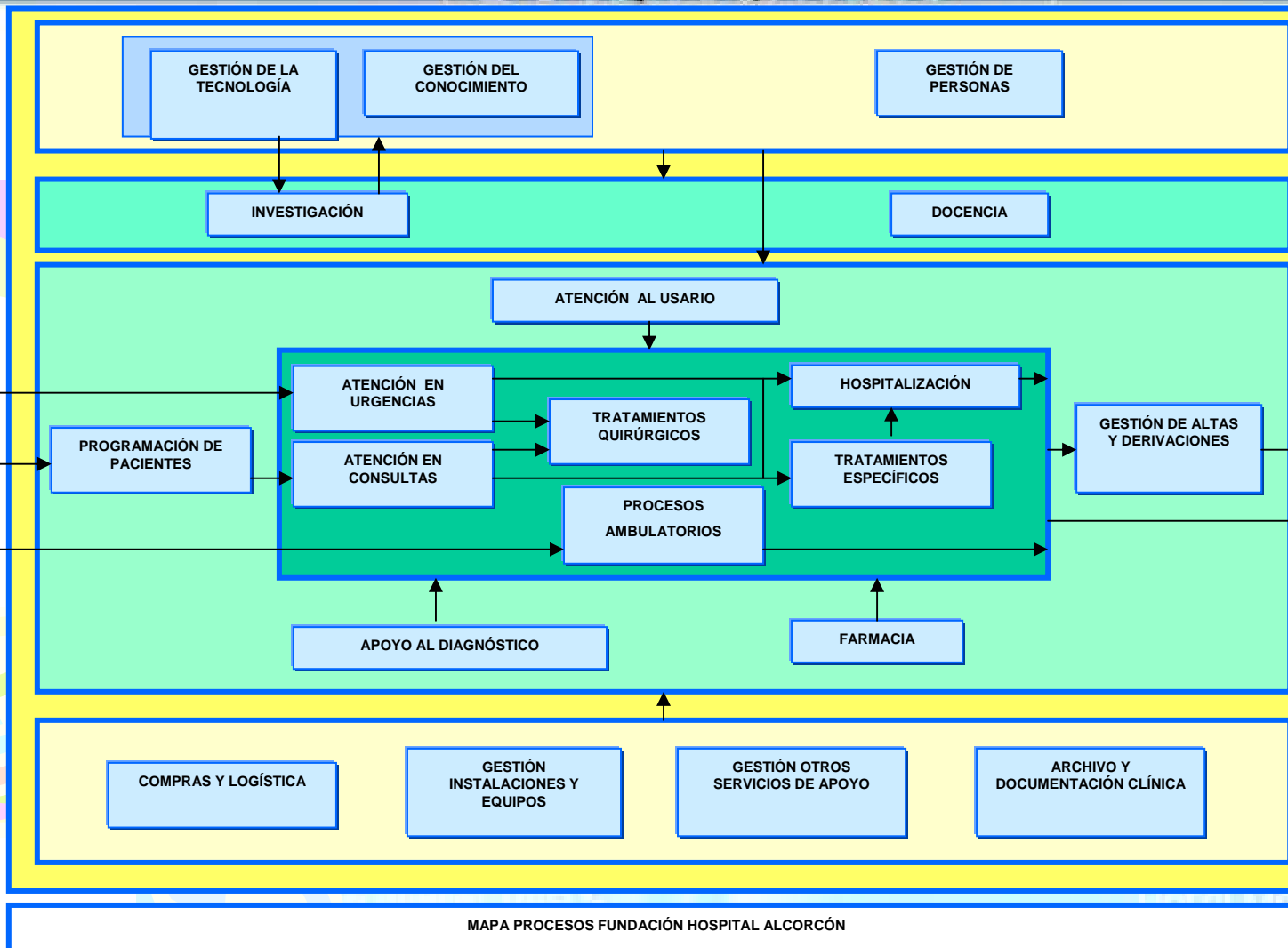
Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias de salud.

Sistema de Gestión orientado a procesos

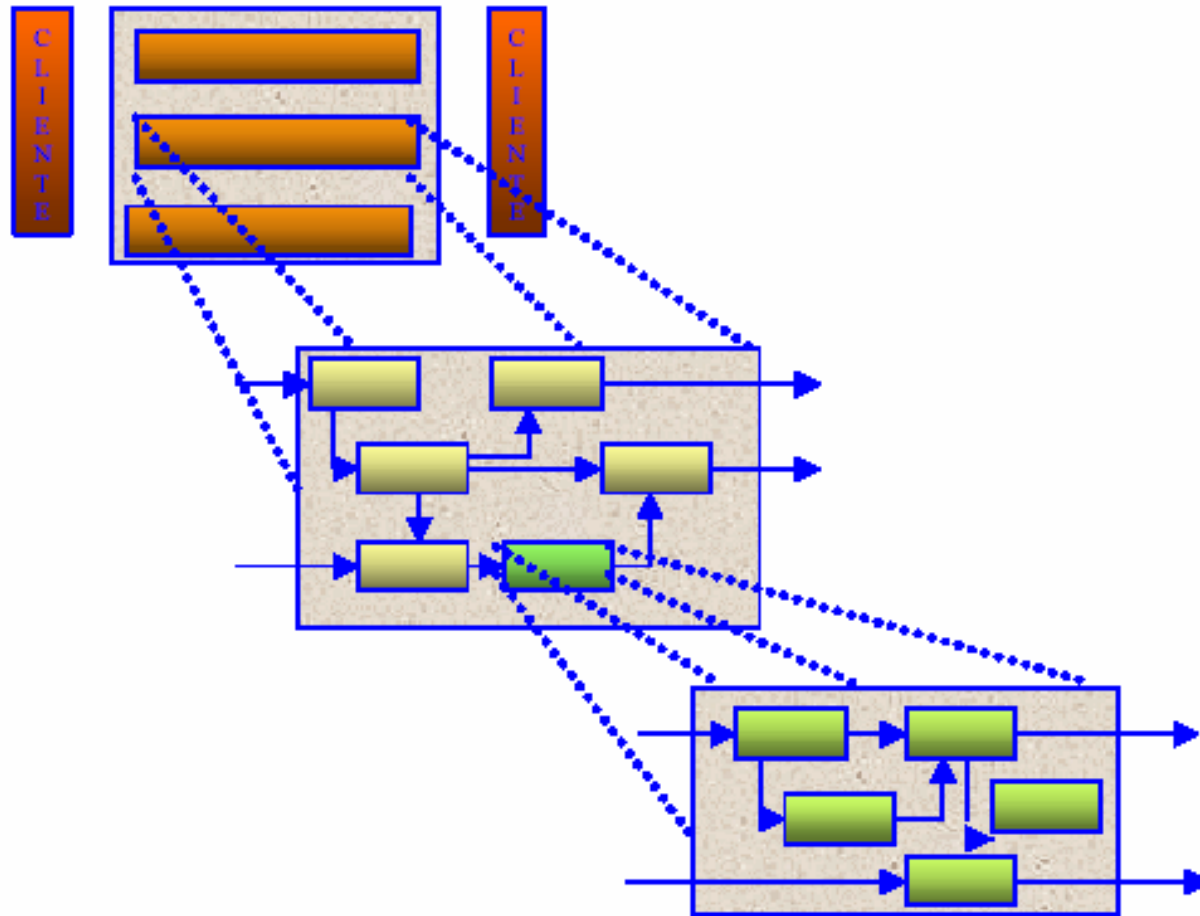
- **Identificación y secuencia de procesos**
- **Descripción de cada uno de los procesos**
- **Seguimiento y medición para conocer los resultados que se obtienen**
- **Mejora de los procesos con base en el seguimiento y medición realizado**

Congreso nacional
quirurgia

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla



MAPA PROCESOS FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN

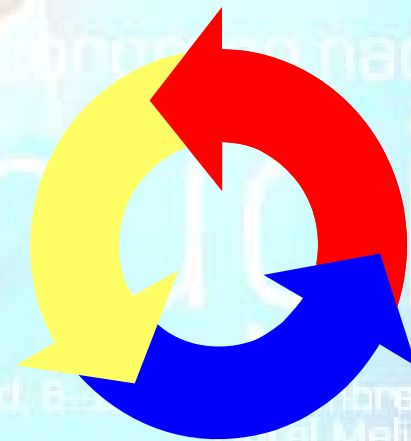


Niveles de un proceso

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Departamento de Salud

Fases de la Gestión sistemática de los procesos

- Planificación.
- Control.
- Mejora. Medir para mejorar



Un proceso está controlado cuando conocemos y describimos...

Nombre y Tipo de proceso

Propósito o misión del proceso

Propietario

Límites : inicial y final

Clientes del proceso

Expectativas de las partes interesadas

Proveedores

**Especificaciones o criterios de calidad de las
actividades del proceso**

Indicadores

Revisión de los indicadores

Propuestas de mejora

DEFINICIÓN DEL PROCESO ANEXO I: MENUS DE PATOLOGÍAS PARA CMA POR ESPECIALIDADES

Definición: Es la ausencia de complicaciones durante el tratamiento quirúrgico utilizando la historia clínica específica y optimizada.

Limite inicial: se

Límite final: alta

ENTRADAS	SALIDAS DEL	ACTIV
PROVEEDOR	CLIENTE	
Paciente		

- CIRUGÍA GENERAL
 - Hernia inguinal unilateral o bilateral
 - Hernia crural
 - Hernia umbilical de tamaño moderado
 - Hernia epigástrica
 - Hernias incisionales menores de 5 cm

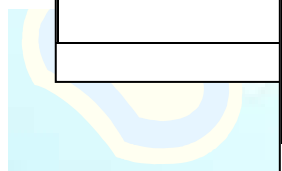
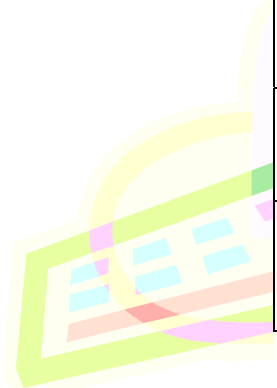
INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR	PERIODICIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de intervenciones suspendidas antes de la admisión del paciente. Es el número de pacientes programados para CMA que no acuden el día de la cirugía. 	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentajes de intervenciones suspendidas después de la admisión. Número de pacientes que acuden para CMA y no son operados, y sus causas. 	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de ingresos no previstos. Es el número de ingresos el día de la intervención. 	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de reintervenciones inmediatas. Número de pacientes que son reintervenidos en las 48 h posteriores a la intervención. 	Anual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de utilización de urgencias postintervención. Número de pacientes que acuden al servicio de urgencias en los 15 días posteriores a la intervención. 	Mensual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de infecciones del sitio quirúrgico en cirugía limpia. 	Semestral
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica. 	Mensual

Almacén

Anatomía Patológica

- Ganglion
- Tunel del carpo
- GINECOLOGIA
 - Ligaduras de trompas
 - Laparoscopias diagnósticas



Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones de Salud

¿Qué es un criterio?

Aquella condición que debe cumplir la práctica para ser considerada de calidad.

Se formulan mediante un enunciado en positivo:

"La quimioprofilaxis antibiótica perioperatoria es una medida de eficacia probada para reducir la frecuencia de infección de herida quirúrgica".

"El ciprofloxacino no debe emplearse, como fármaco de primera elección en las infecciones urinarias no complicadas".

Congreso nacional
cirugía

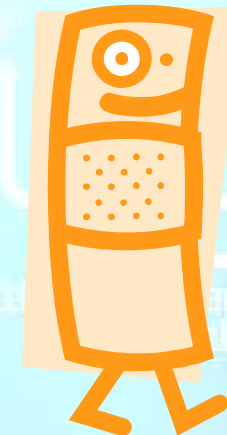
Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Departamento de Salud

Requisitos de los criterios

- basados en información contrastable
- fruto del consenso entre profesionales
- comprensibles y fácilmente cuantificables
- se enuncian en positivo
- representar aquello que se desea o se propone lograr

ej.: mejorar el nivel de calidad de vida del paciente



Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Departamento de Salud

Requisitos de los criterios

cómo debe ser la práctica para que sea aceptable

- volumen de actividad
- calidad técnica (demoras, indicadores centinela),
- calidad percibida (satisfacción de nuestros clientes)
- coste del proceso (coste medio de los medicamentos)

no se puede mejorar lo que no se mide

Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Departamento de Salud

Requisitos de los criterios

comprensibles
fácilmente cuantificables
enunciado en positivo

no se puede mejorar lo que no se mide

26º Congreso nacional
de Cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias con el Ministerio de Salud

¿Qué es un indicador?

Que indica o sirve para indicar (mostrar, señalar).

La forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa un criterio.



RAE. Diccionario de la Lengua Española 2 vol. Madrid: Espasa-Calpe, 2001

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial* 1991; 6:65-74.

26º Congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Milla Castilla

Requisitos INDICADORES

Concreto
Objetivo
Específico

Clínicamente válido: conocimientos actuales (MBE o profesionales y/o expertos).

Relevante: sólo se deben definir los indicadores necesarios.

Eficiente: evitar duplicidades y grandes esfuerzos en la recogida de la información.

Priorizado de acuerdo a la influencia en el resultado.

Agil: el sistema ha de permitir la transmisión rápida de la información.

Flexible: para adaptarse a distintos niveles de agregación de la información según el nivel de usuario.

Fiable: grado de reproducibilidad de los resultados cuando el indicador es utilizado por observadores diferentes; la existencia de un sustrato informático o documental, que haga el sistema auditable, refuerza la fiabilidad.

Integrado: con los sistemas de información existentes, que permitan realizar comparaciones de resultados para hacer "benchmarking".

Indicadores

Atendiendo a la gravedad del suceso:

Centinela
Índice

Atendiendo al tipo de suceso:

Indicador de estructura
Indicador de proceso
Indicador de resultado

Atendiendo al resultado:

Positivo
Negativo

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de
Formación Continuada de Nivel Superior de la
Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones
sanitarias de España de Salud

26º Congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Indicadores

De estructura: Expresión de los recursos.

P. Ej. Número de médicos en un hospital.

Nº médicos/ 1000 habitantes.

De proceso: Miden la actividad desarrollada.

P. Ej.: % de pacientes con adecuada preparación intestinal en cirugía colorrectal.

De resultados: Miden si hemos conseguido o no lo que pretendíamos con las actividades realizadas durante el proceso.

Resultados intermedios (p.ej. tasa de infección del lugar quirúrgico).

Resultados finales (p.ej. tasa de mortalidad). Satisfacción, calidad de vida.

Indicadores

Indicadores positivos

Ej.: Supervivencia a los cinco años de pacientes con Ca de pulmón.

Indicadores negativos:

Ej.: Muertes 48h después de la anestesia

Indicadores específicos.

Ej.: N° de pacientes que llegan rasurados al quirófano.

Indicadores generales:

Ej.: N° de traumatizados reintervenidos en las 48 horas tras ingreso

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Navarra y del Sistema de Salud

26^a Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Requisitos INDICADORES

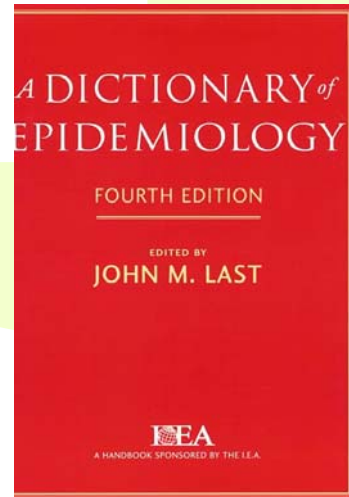
Pueden medir

a: tasas: casos/unidad de medida temporal
(intervenciones ambulatorias/mes)

b: proporciones: casos cumplen una condición frente al total
(% de intervenciones ambulatorias/total de intervenciones)

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Ministerio de Salud

¿Qué es un estándar?



Grado de cumplimiento exigible a un criterio.
Rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad.
Conjunto de maniobras diagnósticas y terapéuticas indicadas en cada situación:Referencia.

La tasa de infección de herida quirúrgica en cirugía limpia ha de ser inferior a 1,5% de los enfermos intervenidos.

El 80% de los pacientes hipertensos con control terapéutico, a los 6 meses ha de tener normalizada la TA

Estándares

Especificación cuantitativa en que se traducen los criterios.

Es decir, el número de veces que debe cumplirse un criterio para que la práctica se considere que alcanza un nivel determinado de calidad.

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Academia Nacional de Medicina. Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias por la Comisión de Salud

26º Congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

CONSTRUCCIÓN INDICADOR

Definición y fórmula.

Pacientes intervenidos que presentan al alta hospitalaria IHQ x 100

Pacientes intervenidos

Subcategorías: cirugía limpia, I-contaminada, contaminada y sucia

Área (Gerencia, Médica, Enfermería, Gestión)

Médica (Quirúrgica), Enfermería

Servicio o áreas que valora. Cirugía, Anestesia, Quirófano

Estándares: Limpia: 1,5%; L-contaminada: 5%; Contaminada: 10%; Sucia: 15%

Estructura/Proceso/Resultado

Fuente (especificar origen): documentación clínica (gráficas, hojas de evolución, informe de alta, cultivos)

congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

CONSTRUCCIÓN INDICADOR

Definición y fórmula.

Recogida de datos:

- cuándo: **al alta**,
- quién: **médico y enfermera responsables**
- cuántos: **2 meses cada semestre**
- cómo: **hoja de recogida de datos**

Valoración:

- cuándo: **semestralmente**
- quién: **médico y enfermera asignados. Revisión en sesiones del servicio y con Qx**

Definición de conceptos: IHQ, grados de contaminación

Nivel de evidencia: A

Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, Meersseman W, Wouters PJ, Milants I, Van Wijngaerden E, Bobbaers H, Bouillon R. **Intensive insulin therapy in the medical ICU. NEJM. 2006; 354:449-6..**

Pittas AG, Siegel RD, Lau J. **Insulin therapy for critically ill hospitalized patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med.2004; 164:2005-11.**

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Departamento de Salud

Grupos de criterios/indicadores:

1) los que deben incluirse

(mayor evidencia e influencia en el resultado);

2) los que pueden incluirse

(con alguna evidencia o a juicio de los expertos es razonable incluir, cuando no hay evidencia disponible);

3) los que no deben incluirse

(parecen medidas importantes o sobre los que no se puede actuar, al no ser posible modificarlos)

26º Congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Cuadro de Indicadores de CALIDAD en un Servicio de Cirugía General (1)

- **Mortalidad intraepisodio**
- **Mortalidad operatoria (≤ 48 horas de la IQ)**
- **Mortalidad potencialmente evitable (casos Holland)**
- **Reintervenciones no programadas (≤ 7 días de la IQ)**
- **Reingresos no programados (≤ 30 días del alta)
por condición clínica relacionada (=CDM)**
- **Retornos a la Urgencia (≤ 72 del alta)**
- **Reingresos en C.Intensivos**
- **Ingresos después de CMA**
- **Infección de herida (global)**
- **Infección de herida según grados de contaminación**
- **Infección respiratoria postquirúrgica**

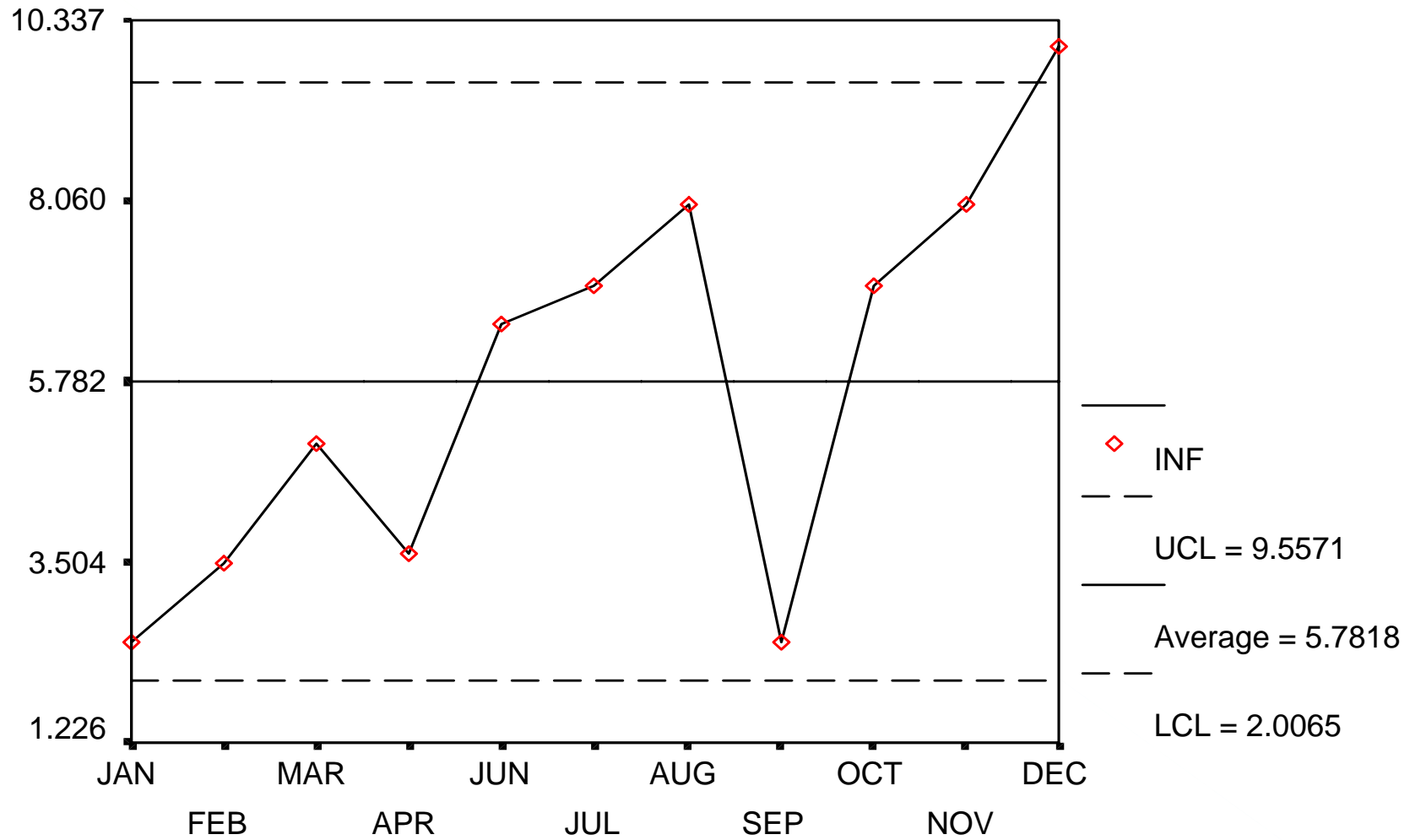
Cuadro de Indicadores de CALIDAD en un Servicio de Cirugía General (2)

- **Neumonía nosocomial**
- **Sepsis por catéter**
- **Dehiscencia de sutura anastomótica**
- **Evisceración**
- **Suspensiones quirúrgicas**
- **Apendicitis con peritonitis**
- **Apendicectomías en blanco**
- **Laparotomías urgentes en blanco**
- **Lesión de conductos biliares después de colecistectomía laparoscópica**
- **IEMA**
- **Reclamaciones**
- **Satisfacción (encuesta)**

26º Congreso nacional
de cirugía

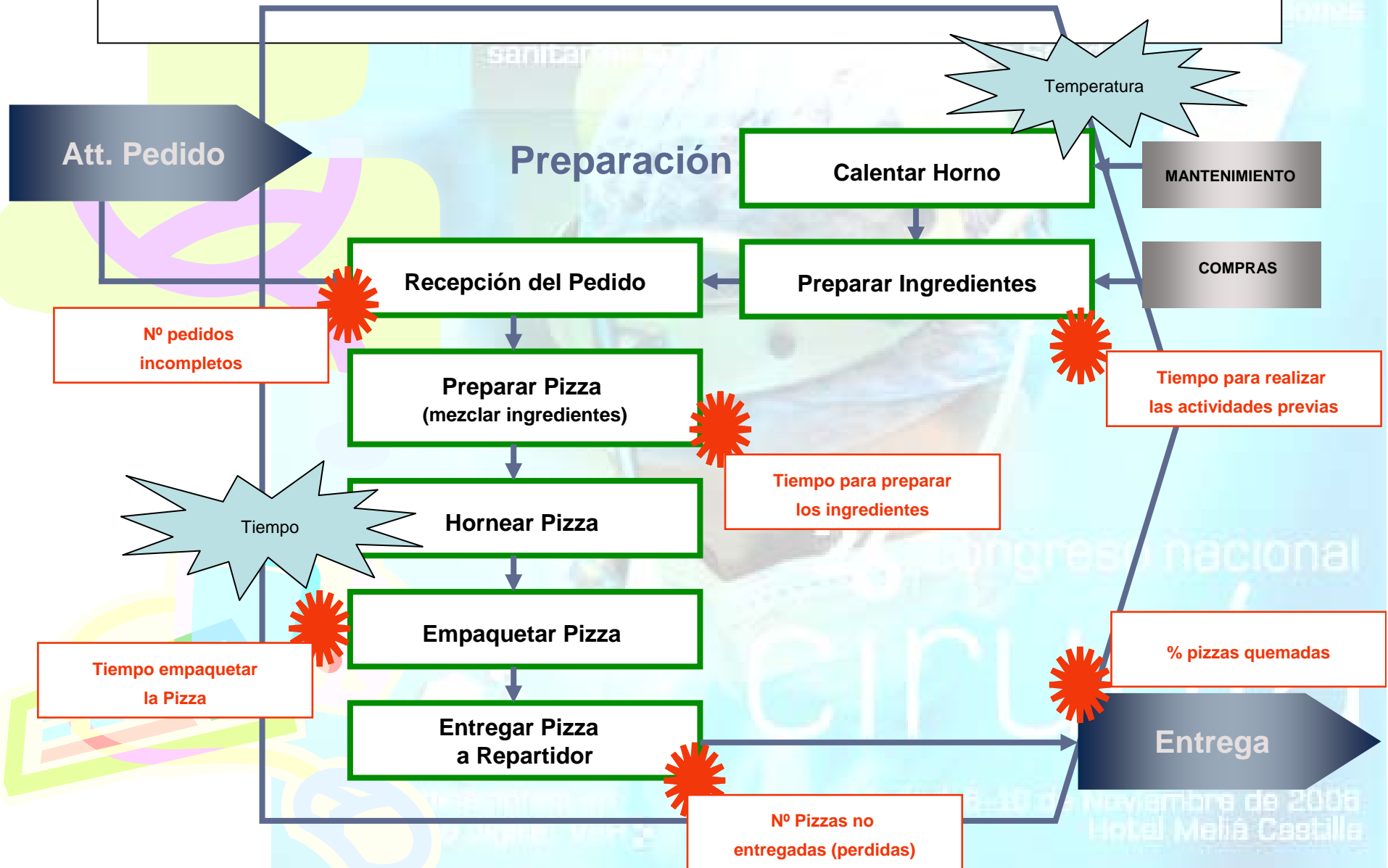
Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

GRÁFICO DE CONTROL DE IHQ

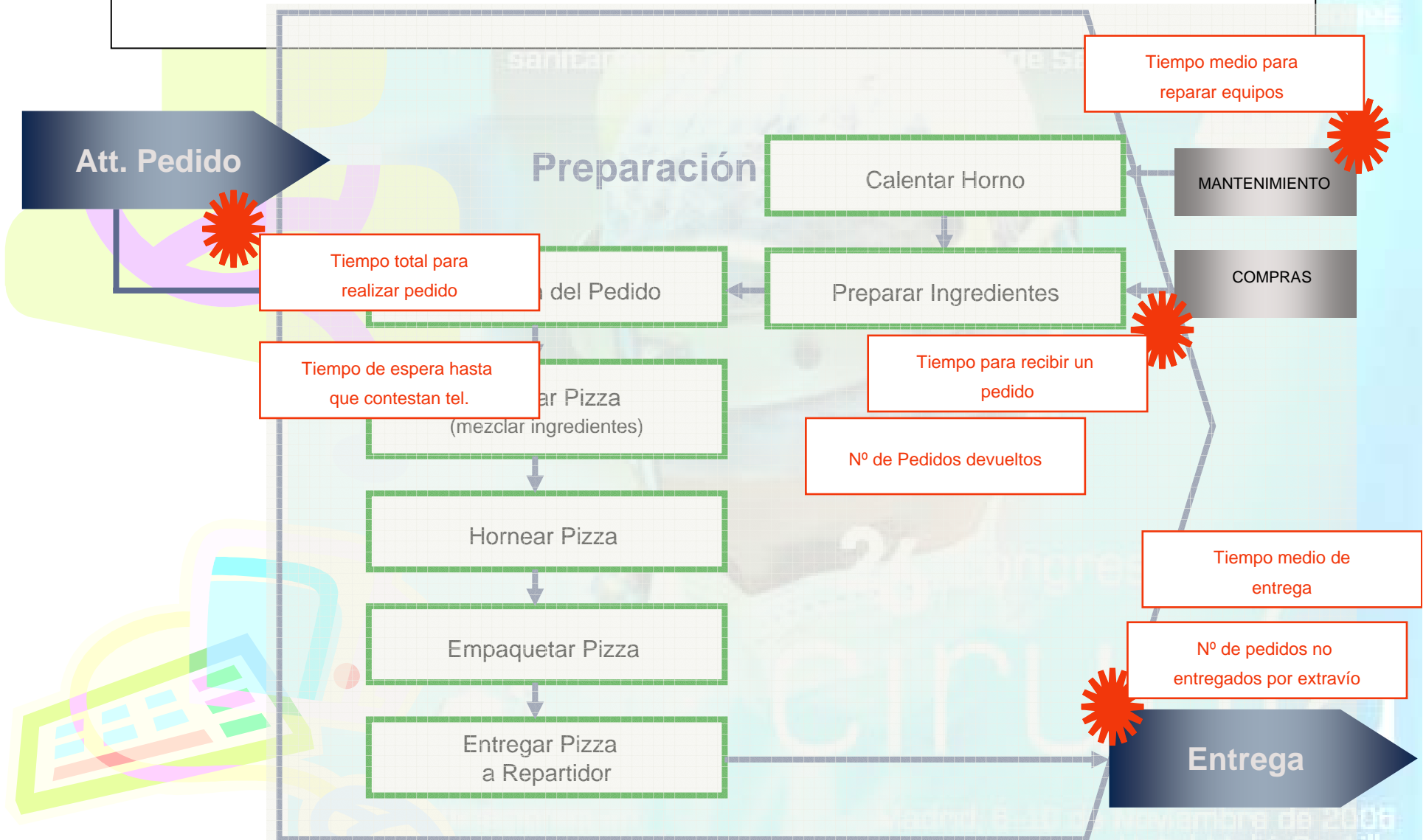


Sigma level: 2

Ejemplo: Indicadores



Ejemplo: Indicadores



Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Navarra de Salud

Hay que hablar con datos

Resolver problemas con datos

Tomar decisiones con datos

Pero cuando vea datos dude de ellos

ISHIKAWA



Indicadores 2002

Medios y métodos de cálculo por la Comisión de

MORTALIDAD	1 TRIM.	2 TRIM.	3 TRIM.	4 TRIM.
Mortalidad observada	3,01	2,84	3,51	2,41
Mortalidad esperada (ajustada)	3,42	3,27	3,37	2,90
Razón observada/esperada	0,87 $P < 0.05$	0,86 $P < 0.05$	1,03 $n.s.$	0,82 $p < 0.01$

COMPLICACIONES SOBRE TOTAL DE EPISODIOS	1 TRIM.	2 TRIM.	3 TRIM.	4 TRIM.
Tromboembolismo pulmonar	0,34	0,20	0,25	0,12
Trombosis venosa profunda	0,33	0,23	0,22	0,21
Neumonía por aspiración	0,62	0,53	0,55	0,44
Compl. hemorrág. y laceraciones por proc.	0,62	0,50	0,41	0,58
Neumonía bacteriana secundaria	0,79	0,74	0,63	0,54
Infección urinaria	1,61	1,94	2,09	1,82
Flebitis/Tromboflebitis por perfusión./transf.	0,05	0,10	0,07	0,09
Sepsis o bacteriemia	1,31	1,21	1,37	1,43

Indicadores 2002

COMPLICACIONES EN EPISODIOS QUIRÚRGICOS	1 TRIM.	2 TRIM.	3 TRIM.	4 TRIM.
Infección quirúrgica postoperatoria (absceso, sepsis)	2,35	2,21	2,63	2,64
Hemorragia complicando procedimiento	1,22	0,94	1,08	1,13
Dehiscencia sutura	0,72	0,99	1,08	0,48
IAM complicando cirugía	0,39	0,59	0,54	0,38
Complicación de dispositivo/implante/injerto.	n = 47	n = 53	n = 50	n = 49
Laceraciones y otras complicaciones quirúrgicas.	5,23	4,78	4,88	3,37

OBSTÉTRICOS Y NEONATALES	1 TRIM.	2 TRIM.	3 TRIM.	4 TRIM.
Cesáreas sobre partos totales	21,45	20,27	18,14	19,81
Partos instrumentales en parto vaginal	9,41	12,63	11,76	14,14
Traumatismo obstétrico en parto vaginal	0,46	1,67	1,27	0,48
Hemorragia postparto en parto vaginal	0,46	0,42	0,59	0,48
Traumatismo afectando al neonato* %	0,58	0,53	0,90	0,96
Hipoxia neonatal %	0,14	0,13	0,14	0,19
Defunciones neonatales %	0,58	0,40	0,21	0,51
Mortalidad materna en parto n°				1



Indicadores 2002

REINGRESOS		1 TRIM.	2 TRIM.	3 TRIM.	4 TRIM.
% Readmisiones a 30 días		8,84	9,15	8,80	8,46
% Readmisiones (excluye el primer ingreso)		10,53	11,12	10,61	10,32
% Estancias consumidas en readmisiones (excepto 1 ^{er} ingreso)		7,85	8,59,	7,80	8,12
Causas más frecuentes de readmisiones crónicas	Bronquitis y asma	10,4	9,9	12,2	12,4
	Conectivopatías*	24,2	29,3	21,4	20,0
	Insuficiencia cardiaca y shock	15,9	19,0	11,8	20,5
	Insuficiencia renal*	36,9	39,8	33,3	44,6
	Cirrosis / hepatitis alcohólica	40,0	31,6	35,7	30,4
	Neoplasias respiratorias*	37,8	20,7	40,7	36,6
	Neoplasias malignas hígado / pancr.*	29,4	30,3	24,1	15,6
Infección HIV		28,3	17,3	11,1	22,6

*Por tratamientos sucesivos (diálisis, quimioterapia, anticuerpos monoclonales, etc.) en hospitales de día

Puntos clave para la gestión de la calidad en CMA

→ **ESTRUCTURA:** equipo, instalaciones, protocolos y organización

→ **PREOPERATORIO**

a) Ambulatorio

Selección correcta del paciente

Estudio clínico

Información sobre el ingreso en la UCMA y el proceso, con las instrucciones necesarias

Documentación en regla

b) Ingreso UCMA

Documentación en regla

Situación clínica adecuada

Cumplimiento de instrucciones por parte de enfermería

→ **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Registro de incidencias

→ **POSTOPERATORIO**

Despertar/REA: controles, criterios de alta, instrucciones

Hospitalización UCMA: controles, criterios alta, informe/recomendaciones/tfnos. de contacto/citación, e.satisfacción

→ **POSTHOSPITALIZACIÓN**

Registro de eventos

INDICADORES DE CMA

Más información en la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones

- · Índice de pacientes que cumplen los criterios de indicación de CMA.
- · Pacientes con criterios de indicación de CMA intervenidos sin ingreso hospitalario.
- · Índice de pacientes intervenidos que reciben adecuadamente la pauta de profilaxis antibiótica.
- · Índice de pacientes intervenidos con infección de herida quirúrgica según grados de contaminación).
- · Índice de documentos de consentimiento informado debidamente cumplimentados.
- · Índice de intervenciones suspendidas
- · Índice de pacientes no dados de alta el día de la intervención.
- · Índice de reintervenciones en las 72 horas desde la IQ.
- · Índice de utilización de urgencias posthospitalización.
- · Índice de ingresos hospitalarios.
- · Índice de fallos de la técnica .
- · Índice de informes de alta.
- · Índice de pacientes satisfechos/muy satisfechos (cuestionario de satisfacción al alta).

Fuentes de información accesibles

- **Distribución de las altas por GRDs (+frec., +peso)**
- **Datos del CMBD**
- **Datos de Lista de Espera quirúrgica**
- **Estadísticas de mortalidad evitable (MIPSE)**
- **Datos de pacientes/clientes**

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de
Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones
de Salud

26º Congreso nacional
cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Paciente satisfecho



Resultado clínico - pronta recuperación

Mayor cumplimiento recomendaciones

Mejor calidad de vida tras intervención

☑ Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care.* 1997;35:714-30.

☑ Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International J Quality Health Care.* 1999;11:233-40.

☑ Sharp WJ, Nowak L, Zamani T, Kresowik TF, Hoballah JJ, Ballinger BA, Corson JD. Long-term Follow-up and Patient Satisfaction after Surgery for Thoracic Outlet Síndrome. *Ann Vasc Surg.* 2001; 15: 32-3.

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

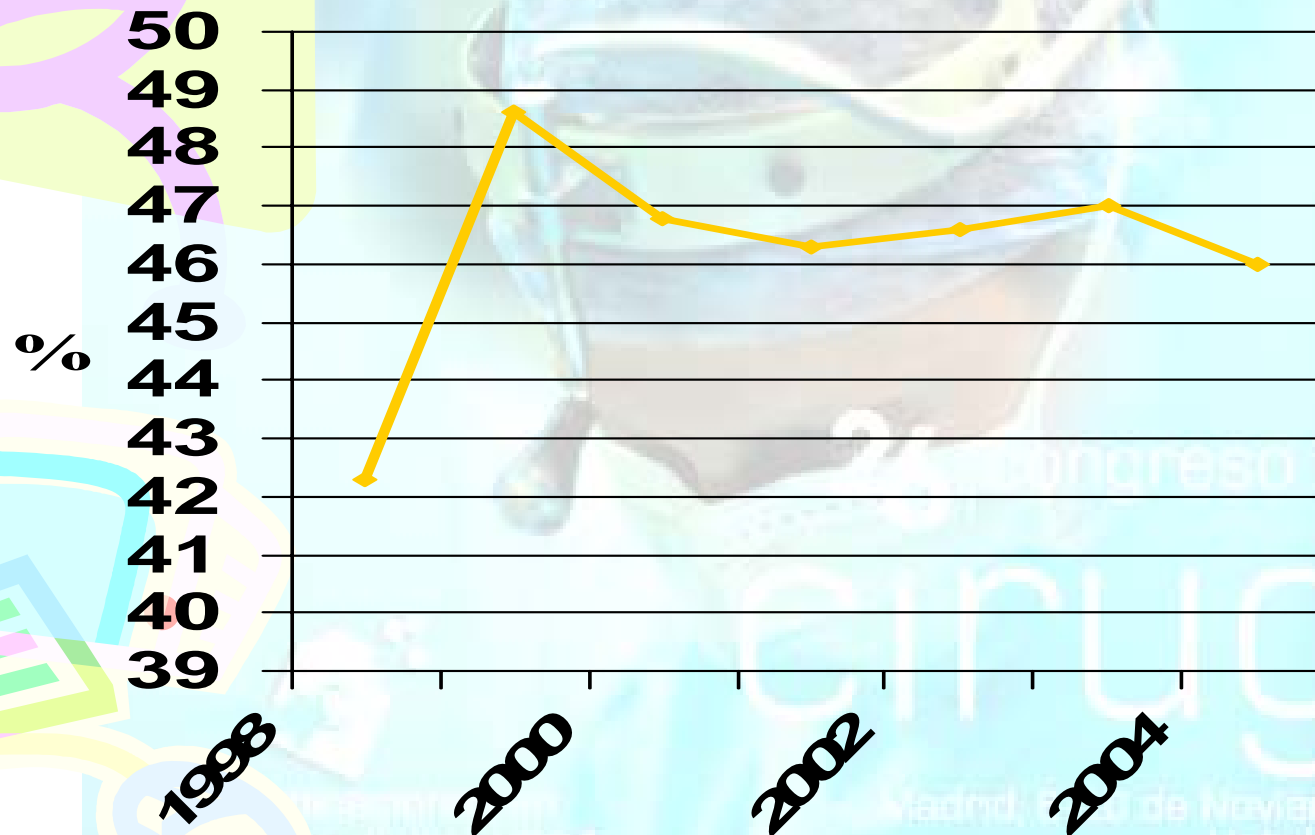
Analisis de los resultados CMA Unidad de Cirugía General 1998 - 2004

- Cancelaciones**
- Reingresos**
- Estancia media pre y postoperatoria**
- Satisfacción**

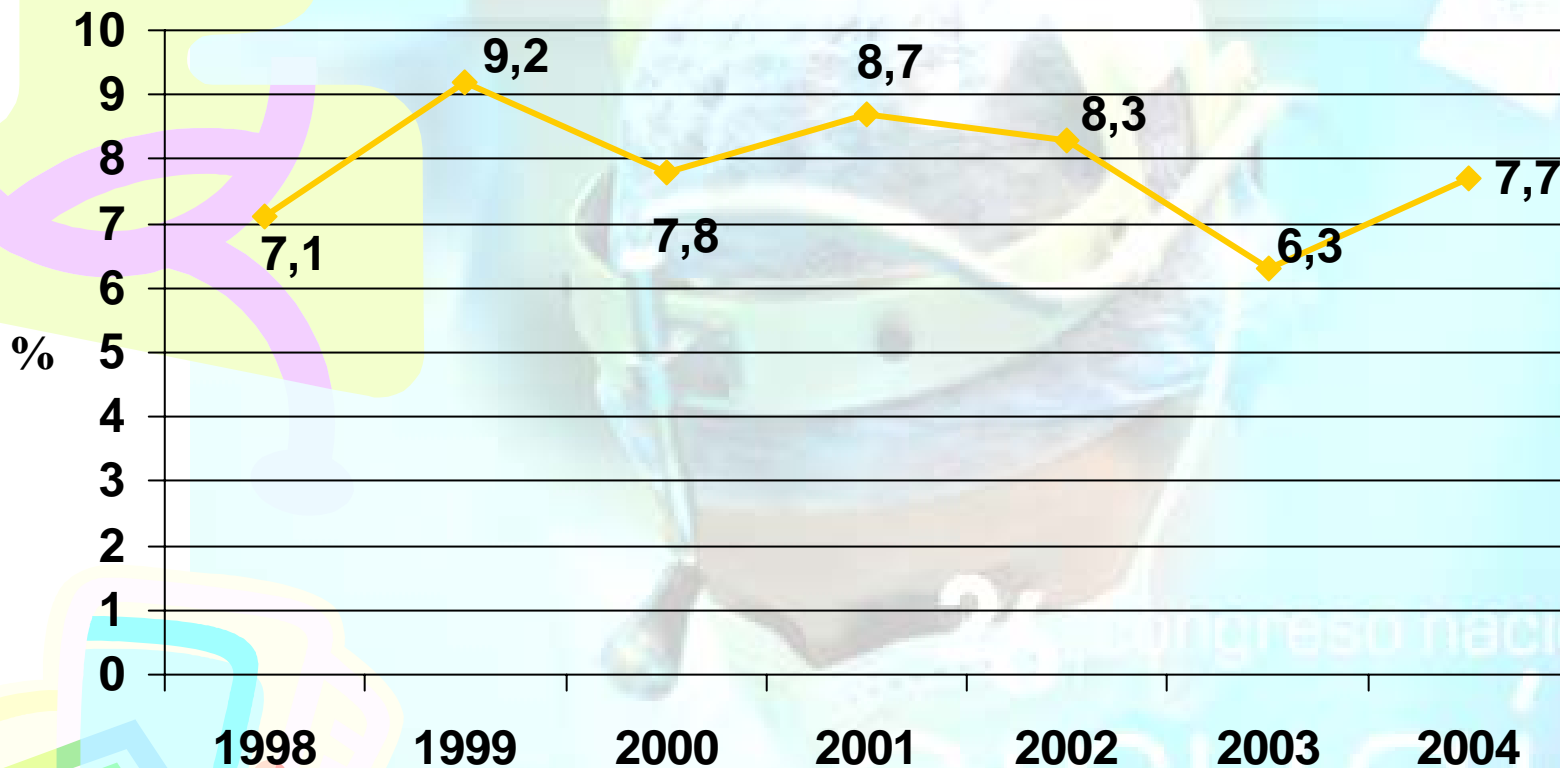
1998-2004

CMA: 5288 / Total intervenciones programadas: 11428

46.2% CMA



Cancelaciones



Global: 8%

$P=0.291$

Madrid, 6-10 de Noviembre de 2006
Hotel Melià Castilla

...sas y simposio acreditados por la Comisión de
Formación Continuada de Navarra del F...
Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones
sanitarias... de Salud

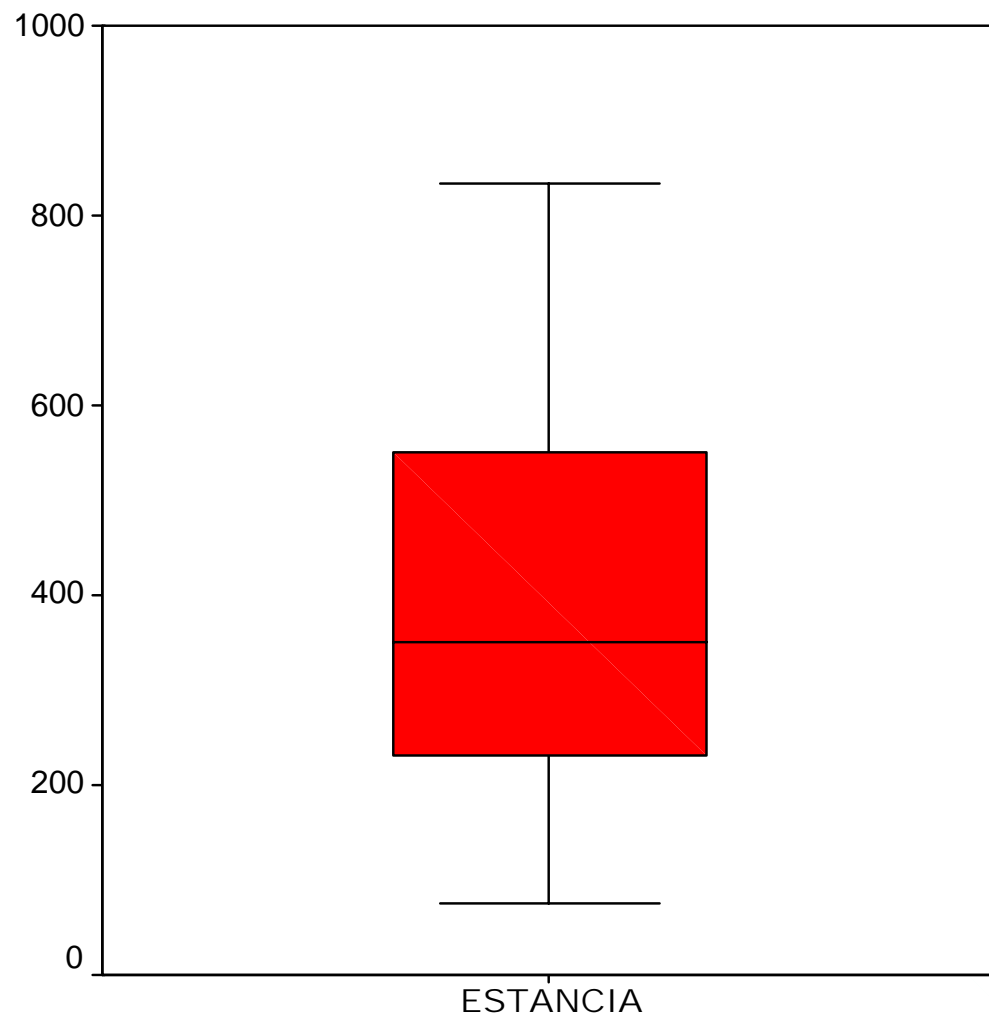
Causas

- Paciente no acude 47%
- Enfermedad intercurrente 15%
- Tiempo quirúrgico insuficiente 14.5%

26º Congreso nacional
de cirugía

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla

Estancia media



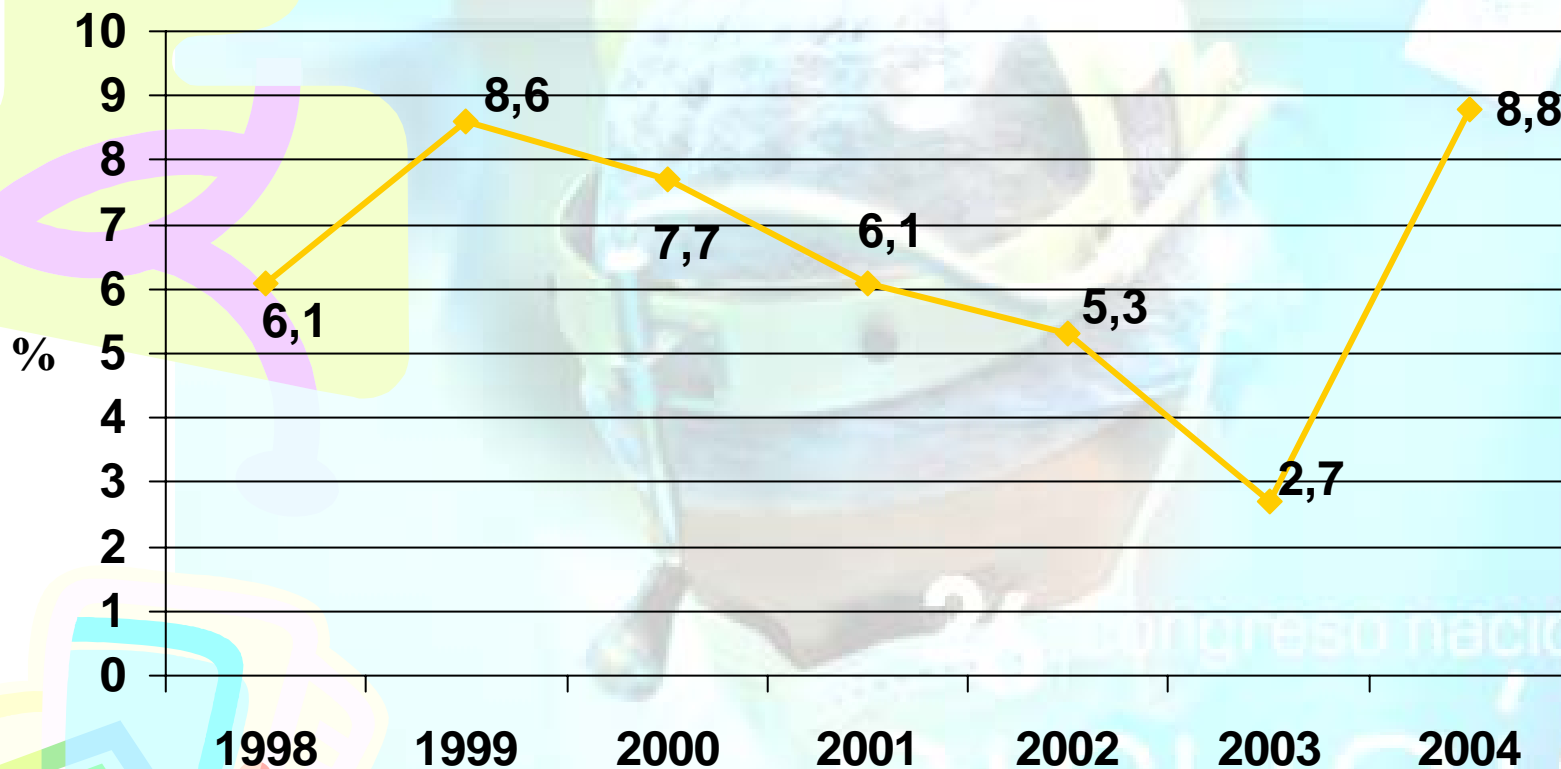
Media 386 min

Mediana 350 "

Min 75 "

Max 875 "

Reingresos

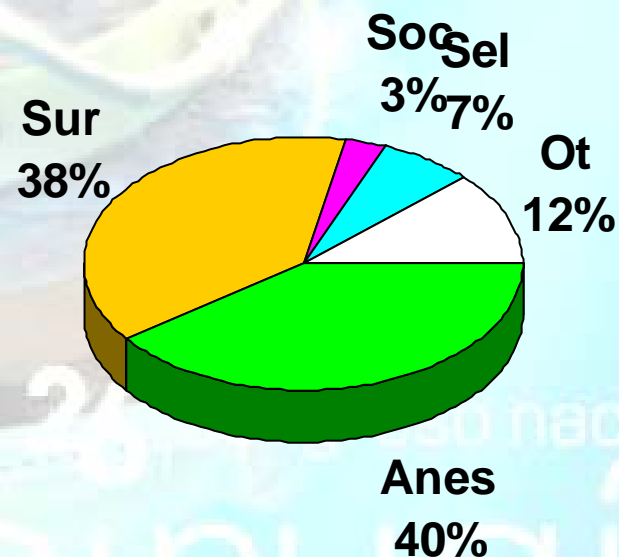


Global 6.5%

Causas

343 reingresos

- **Anestesia** **40%**
- **Quirúrgicos** **38%**
- **Sociales** **3%**
- **Selección pacientes** **7%**
- **Otros** **12%**



MATERIAL Y METODO:

Tipo de estudio:

Transversal que utiliza encuesta anónima.

Sujetos:

Todas las altas ocurridas en el periodo de estudio en CMA.

Periodo de estudio:

Dos semanas consecutivas en marzo de 2006.

Procedimiento:

Dos semanas despues del alta envío de carta de presentación, encuesta y sobre prefranqueado.

Periodo de recepción de encuestas: 3 semanas.

Análisis

descriptivo, factorial y multivariante utilizando el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS:

Se enviaron 400 encuestas

Respuesta: 30,05%

Análisis de fiabilidad:

Alpha de Cronbach 0,954

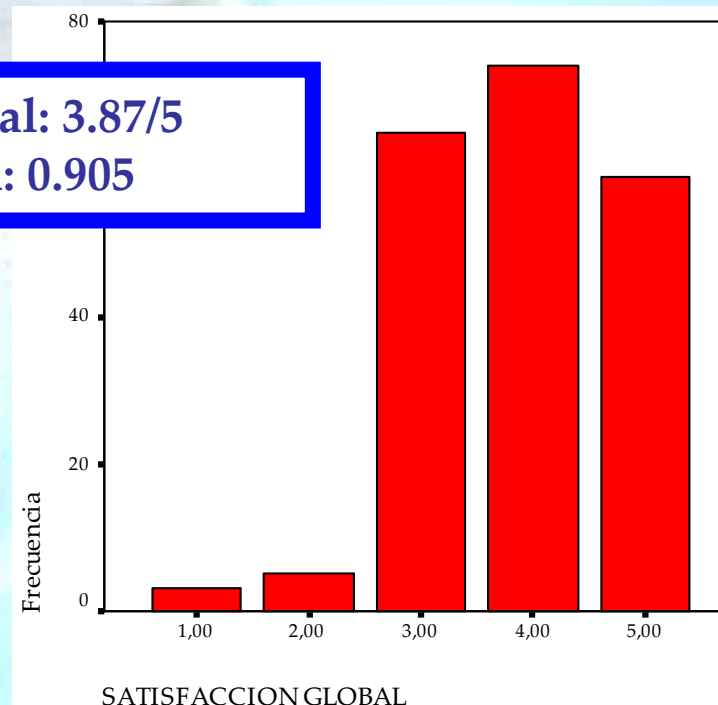
Edad media: 55,47 años

Sexo: 56,3% varones.

43,7% mujeres

Satisfacción global: 3.87/5

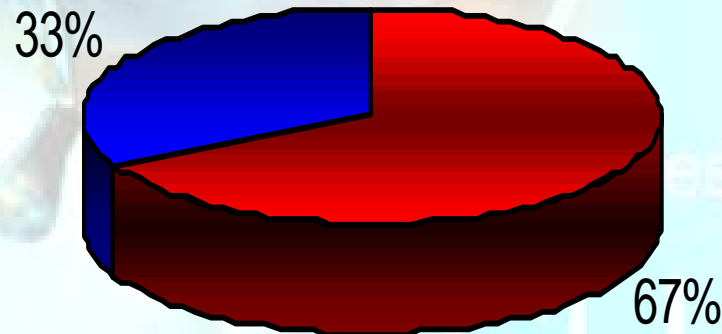
Desviación típica: 0.905



La **satisfacción global** de los pacientes en CMA está determinada por dos factores:

- Factor 1: Trato, Amabilidad, Disposición, y Enfermería (67%)

- Factor 2: Resultado de la intervención, Aspecto general, Información y Preparación (32, 5%)



Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Neumología del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Ministerio de Salud

Congreso nacional

Neumología

Madrid, 8-10 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla



Atención Sanitaria



Satisfacción del Paciente



Administración



Satisfacción Profesionales

Comisión de
Sistema de
las profesiones

Comisión de
Administración
Sanitaria

16 de Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla



... Depende
¿de qué depende?
de según como se mire,
todo depende...

Comisión de
Sistema de
de las profesiones
nacional
Meliá
Noviembre de 2006
Hotel Meliá Castilla



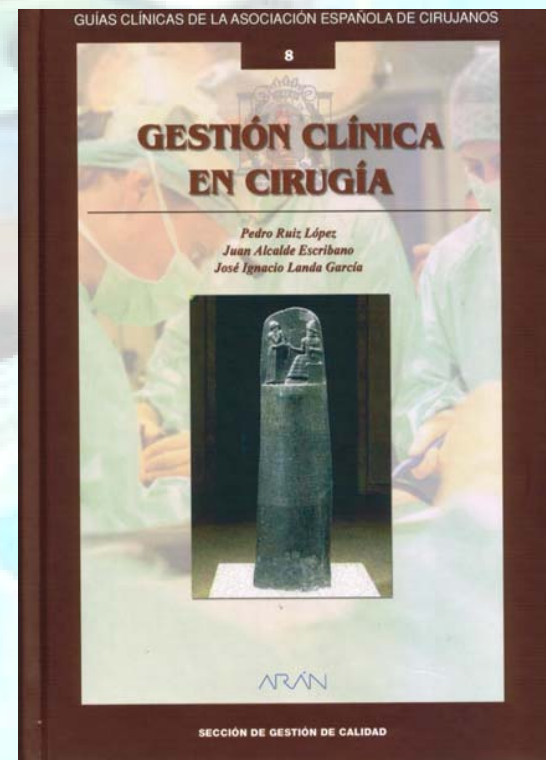
Curso Precongreso

Mesas y simposio acreditados por la Comisión de Acreditación de la Formación Continua del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Ministerio de Salud

Cómo organizar un Servicio de Cirugía y realizar una Memoria de Gestión.

Gestión de calidad

Susana Lorenzo
Unidad de Calidad
Fundación Hospital Alcorcón
slorenzo@fhalcorcon.es



nacional
gía
mbre de 2006
Melía Castilla

