



## MASTER EN DIRECCIÓN EJECUTIVA DE HOSPITALES

*Proyecto técnico de Gestión de un servicio de  
Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor*

---

*CALIDAD, RESULTADOS, SEGURIDAD  
(PLAN CARE 4.0)*

Autor:

**Marina Varela Durán**

**2017**

**Modesto MARTINEZ PILLADO**, Tutor del Máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales

### CERTIFICA:

Que el trabajo titulado

*Proyecto técnico de Gestión de un servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor*

Ha sido realizado por **Marina Varela Durán** bajo mi dirección y, reúne méritos suficientes para su presentación como trabajo de postgrado para la obtención del título de Máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales

Y para que conste, firmo el presente  
En a 09 de agosto de 2017

	Tutor y Dirección
Nombre: Marina Varela Durán e-mail: marina.varela.duran@sergas.es Tfno: 607358008	MODESTO MARTINEZ PILLADO e-mail: mmartinezpil@uoc.edu Tfno: 649962050

---

“Las organizaciones excelentes no buscan la excelencia, sino la mejora continua” (Peter Drucker)

## Agradecimientos:

---

- A todos mis compañeros del Servicio de Anestesiología y Reanimación del CH Universitario de Pontevedra porque me han obligado a dar lo mejor de mi misma.
- A los profesores del Master en Dirección ejecutiva de hospitales. En especial, agradecimiento a la dedicación mucho más allá de lo exigible del Prof Martínez Pillado
- A mi compañer@s del Master en Dirección ejecutiva de hospitales
- A todos los pacientes que he tenido, a todos los que tendré. Su estímulo, es lo que me hace empezar de nuevo cada día.
- A mis compañeras en Enfermería por su complicidad
- A mis maestros en la enseñanza de la Anestesia

*Por y para, Alejandra*

El Proyecto de Gestión (PLAN CARE 4.0) se define por **CALIDAD, RESULTADOS, SEGURIDAD**. Cuando ya se ha confirmado la ampliación de nuestro Complejo Hospitalario de Pontevedra, cuando el Hospital del Salnés también ha dado un salto cualitativo en sus instalaciones, es un momento único. Si le añadimos la previsión que en los próximos ocho años se produzcan tantos cambios como en los últimos cuarenta años, es sin duda una oportunidad para caminar hacia otra forma de hacer. Mi PLAN CARE 4.0, tiene en cuenta precisamente la revolución tecnológica en la que estamos y que modificará muchas formas de hacer en la relación con nuestros pacientes,

La presentación de mi Proyecto de Gestión sigue el guión marcado en el Anexo 1 de la convocatoria. La gestión emocional de las personas es determinante en entornos de cambio. Mi propuesta está basada precisamente en buscar el compromiso de las personas para que los cambios sean duraderos. Antes de movernos, debemos conocer hacia dónde queremos ir. Y aquí es donde tiene sentido, SEGURIDAD. Esto es, los primeros cambios pasarán por conocer el estado de situación, en especial, en todos los indicadores relacionados con la Seguridad Clínica. Se trata de conseguir que sea MÁS SEGURO, MÁS FÁCIL, QUE LO HAGAMOS MEJOR Y A MENOS COSTE. Por este orden. Siendo más fácil, se reducen las posibilidades de equivocación. Haciéndolo más rápido y mejor, traerá como consecuencia una mejora de la eficiencia. ¿Quién no va a participar en una propuesta que apuesta por la Seguridad?. A partir de aquí entonces todo encajará. Para conseguir la mejora de la productividad del bloque quirúrgico, necesitamos coincidir en el diagnóstico y utilizar herramientas para la mejora. En el primer caso, basta compararnos con los demás, y para mejorar, la metodología LEAN, nos servirá para dar ese cambio disruptivo. Lograremos comenzar los quirófanos a las 08:15, mejorar la indicación de anti infecciosos y mejorar la accesibilidad de los pacientes a la consulta del dolor, por ejemplo, si conseguimos personas comprometida (seguridad como lema), que quieran aprovechar el cambio que supone la ampliación (calidad), y todo ello para tener mejores resultados.

Así, que mi propuesta logrará personas comprometidas a partir de la mejora de la seguridad, que llevará a una mejora utilización de los recursos, con una mejora del aprecio de nuestros pacientes, actuales, potenciales y futuros.

## UN MODELO AFECTIVO PARA LOGRAR EFECTIVIDAD

---

Sin la complicidad de las personas, incluso en este entorno de crisis, es imprescindible avanzar. Para ello, la confianza y la comunicación son valores básicos para conseguir esa complicidad, que se gana de forma ardua, pero se pierde en un minuto. Sobre dos ejes pivotan todas las mejoras: la Gestión de Personas y un Plan de Mejora de la Seguridad Clínica. La mejora de la Seguridad Clínica es el cemento que logrará esa complicidad.



En el Cronograma de despliegue puede comprobar que las primeras propuestas pasan por garantizar la Seguridad Clínica. No solo por ética, ni siquiera por garantizar la calidad, sino porque es una lección que aprendemos de una forma fácil y muy infectiva. La Gestión de Personas, que culminará con un Plan de Gestión de Competencias, de forma operativa pilotará sobre un papel más protagonista de Enfermería y por la orientación de nuestro servicio hacia la atención ambulatoria. Por efectividad y por eficiencia. Hacer de forma rápida lo inefectivo, es lo más ineficiente que existe, y entre ello, se encuentra la hospitalización inadecuada y el sobrediagnóstico y sobretratamiento.



Más allá del conocimiento que pueda tener del (EOXI-PS) y del SAR, el contacto con el personal del Servicio y del resto del Hospital es la clave de las propuestas de mejora. A través de un **MODELO Afectivo-Efectivo**, mejoraremos nuestra seguridad, nuestra calidad y sobre todo, mejoraremos para que nuestros pacientes y sus familiares, lo sientan. Ese **Modelo Afectivo Efectivo** reflexiona sobre la importancia que tiene el situar al paciente en el centro del sistema sanitario, y tenerle en cuenta en la toma de decisiones que afectan a su salud.

Esperando contar con su confianza, les invito a sumergirse en la lectura de este Proyecto de Gestión (**CALIDAD, RESULTADOS y SEGURIDAD-PLAN CARE 4.0**) del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. Contra lo que pueda parecer es un momento ilusionante, único, como nunca se ha dado y que merece complicidad y confianza para obtener resultados.

## INDICE

Contenido

<b>Agradecimientos:</b> .....	3
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	4
<b>UN MODELO AFECTIVO PARA LOGRAR EFECTIVIDAD</b> .....	5
<b>INDICE</b> .....	6
<b>Identificación de la organización</b> .....	10
<b>Organigrama</b> .....	11

Misión.....	12
Visión.....	12
Valores.....	12
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>Organigrama del Servicio.....</b>	<b>14</b>
<b>Descripción de la unidad asistencial y su posición en el contexto del hospital.</b>	
<b>Identificación de los usuarios.....</b>	<b>15</b>
<b>Identificación de los principales proveedores que trabajan para la unidad.....</b>	<b>16</b>
<b>Orientación estratégica del SAR.....</b>	<b>16</b>
<b>Descripción de la cartera de servicios actual de la unidad.....</b>	<b>18</b>
CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS.....	18
CARTERA AREA DE DOCENCIA.....	20
CARTERA AREA DE INVESTIGACIÓN.....	20
<b>Descripción y funciones de Jefe Sección y puestos que conforman el servicio.....</b>	<b>20</b>
<b>RECURSOS.....</b>	<b>23</b>
ÁREAS DE TRABAJO. Semana Tipo.....	25
Interconsultas intrahospitalarias:.....	26
Unidad de Recuperación Postanestésica.....	27
UNIDAD DE REANIMACIÓN.....	27
CONSULTAS EXTERNAS.....	28
ATENCIÓN AL PARTO.....	28
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA (URGENTE/PROGRAMADA).....	29
URGENTE.....	32
CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA/Cirugía menor.....	33
ANESTESIA FUERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.....	34
ATENCIÓN CONTINUADA: GUARDIAS.....	35
<b>PLAN DE OBJETIVOS.....</b>	<b>36</b>
<b>1. OBJETIVOS ASISTENCIALES.....</b>	<b>40</b>
<b>Línea estratégica: mejora de la seguridad clínica:.....</b>	<b>42</b>
Línea estratégica: mejora de la productividad y planificación.....	44
Línea estratégica: mejora de la calidad percibida.....	45
En el futuro, diseño y puesta en marcha del Nuevo Hospital de Pontevedra.....	46

<b>PLAN FUNCIONAL PARA LA PROGRAMACION QUIRÚRGICA: URGENTE Y PROGRAMADA</b> .....	47
Acciones para el máximo aprovechamiento de recursos en la actividad quirúrgica.....	48
Responsabilidad operativa en los hitos.....	49
Relaciones preferentes con los demás servicios quirúrgicos, críticos, cardiología y urgencias.....	51
Relación operativa con otras unidades funcionales del servicio: consulta preanestésica, recuperación reanimación, etc.....	54
<b>MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES</b> .....	56
PROGRAMA DE MEJORA DE LA EFECTIVIDAD DEL AREA QUIRÚRGICA.....	58
Incremento del número de intervenciones realizadas en jornada ordinaria.....	58
Disminución de intervenciones en programa ordinaria con ingreso urgente.....	61
Programa de medidas organizativas y de gestión clínica para: Reducción de las intervenciones suspendidas por el Servicio de Anestesia.....	66
Disminución de intervenciones en programa ordinaria con ingreso urgente.....	67
PROGRAMA PARA EL INCREMENTO DE LA AMBULATORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.....	68
Introducción de técnicas y procedimientos de CMA.....	70
Acciones para disminuir la estancia pre- y postoperatoria en pacientes ingresados.....	71
<b>PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD EN CONSULTAS EXTERNAS</b> .....	73
<b>2. OBJETIVOS DE GESTIÓN Y COORDINACIÓN</b> .....	84
Programa de Mejora de la Planificación quirúrgica (SERVICIO DE ANESTESIA).....	88
Establecimiento de protocolos conjuntos para disminuir la VPM, derivación de pacientes, atención al alta. Cronograma (HOSPITAL DO SALNES).....	99
<b>3. OBJETIVOS DE CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> .....	103
SENSAR, SINAPS y otros sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria.....	106
<b>3.1 Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario. Acciones para la consolidación y mejora de la acreditación ISO</b> .....	108
Acciones para la consolidación y mejora de la acreditación ISO.....	108
Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario: Cirugía Segura.....	111
Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario: Mejora de la higiene de manos.....	114

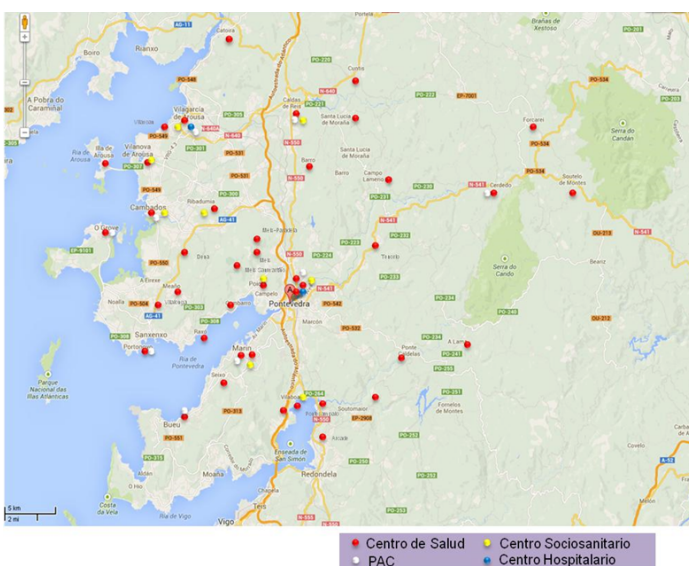
Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario: Prácticas Seguras en Cirugía.....	115
Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario: Programas Zero.....	117
- <b>PROGRAMA DE BACTERIEMIA ZERO</b> .....	117
- <b>Coordinadora: Dra. Marina Varela Durán</b> .....	117
- <b>NEUMONIA ZERO</b> .....	122
- <b>Coordinadora: Dra. Pilar Díaz Parada</b> .....	122
- <b>RESISTENCIA ZERO</b> .....	123
- <b>Coordinadora: Dra. Marina Varela Durán</b> .....	123
<b>3.2. PROGRAMA PARA LA DISMINUCIÓN DE LA VPM</b> .....	126
Tipos de protocolos, intervinientes en la redacción de cada uno de los protocolos y cronogramas.....	126
<b>Tipos de protocolos, intervinientes en la redacción de cada uno de los protocolos y cronogramas</b> .....	128
<b>3.3 PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE IANUS Y LA HCE</b> .....	130
<b>3.4 PROGRAMA PARA LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA ELECTRÓNICA Y POR PRINCIPIO ACTIVO/GENÉRICOS</b> .....	132
3.4.1 Medidas para la prescripción eficiente y la contención del gasto en farmacia en productos sanitarios.....	132
<b>3.4.2 Incorporación de las directrices en materia de farmacia y prescripción</b> .....	135
<b>3.5 PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA</b> .....	148
<b>3.6 PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES</b> .....	150
- <b>4. OBJETIVOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b> .....	154
<b>4.1 PROGRAMA OPERATIVO PARA LA FORMACIÓN PRE Y POSTGRADO: Garantizar la tutela y la supervisión de los profesionales y alumnos en formación</b> .....	154
<b>4.2 PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN</b> ....	157
<b>4.3 Implicación en la participación intrahospitalaria de los Comités Clínicos, Sesiones Clínicas, etc</b> .....	158

## Identificación de la organización

---

El decreto 229/1998, de 24 de julio, crea el Complejo Hospitalario de Pontevedra y se establecen los órganos de coordinación y dirección. La Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, establece en su artículo 97 que la modernización del sistema requiere la introducción de modelos de gestión que dinamicen el servicio público y garanticen un marco de innovación tecnológica adecuado, a fin de obtener mayor rentabilidad social. El Decreto 168/2010, de 7 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de gestión integrada del Servicio Galego de Saúde, regula ésta como instrumento de organización, sin personalidad jurídica, en el ámbito periférico del Servicio Gallego de Salud, y señala al mismo tiempo los elementos básicos en que debe apoyarse la organización. Decreto 162/2011, de 28 de julio, por el que se regula la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Pontevedra y O Salnés ((EOXI-PS)-PS), y Orden de 28 de septiembre de 2011 por la que se desarrolla la estructura organizativa de gestión integrada de Pontevedra y O Salnés y se delegan competencias en sus órganos directivos

La (EOXI-PS), integra la asistencia sanitaria de Atención Primaria y Atención Especializada, en base a la gestión por procesos. De forma operativa unifica las áreas de RRHH y RR EE.



Está formada por el Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, (Hospital Montecelo y el Hospital Provincial) y el Hospital de O Salnés. También se incluye el Centro de Especialidad de Mollabao, 45 centros de salud, 9 puntos de atención continuada y soporte farmacéutico a 9 centros sociosanitarios.

Con un catálogo de servicios, que va desde Cirugía Vasculat a Radiología intervencionista, atiende a una población de 296.463 [2014] del área norte de la provincia de Pontevedra,

que incluye a 21 ayuntamientos, en una extensión de más 1.491 Km<sup>2</sup>. El Hospital de O Salnés es referencia básica para los concellos de Cambados, Catoira, Illa de Arousa, Ribadumia, Vilagarcía de Arousa y Vilanova de Arousa.

Con una plantilla superior a los 4100 profesionales (21% médic@s y otro 40% de profesionales sanitarios), con 723 camas instaladas[2014], realiza, 28.120 ingresos hospitalarios agudos, más de 122.821 urgencias. La actividad quirúrgica supera las 25.330 intervenciones. Más de 450.000 consultas externas hospitalarias (30% de altas en primeras consultas). La tasa de anulación quirúrgica es inferior al 4%, con un rendimiento superior al 75%.

En el área docente, destaca la formación pregrado (6 curso de facultad de medicina) así como 125 médicos internos residentes, en prácticamente todas las especialidades.

## Organigrama

---

### Misión<sup>1</sup>

---

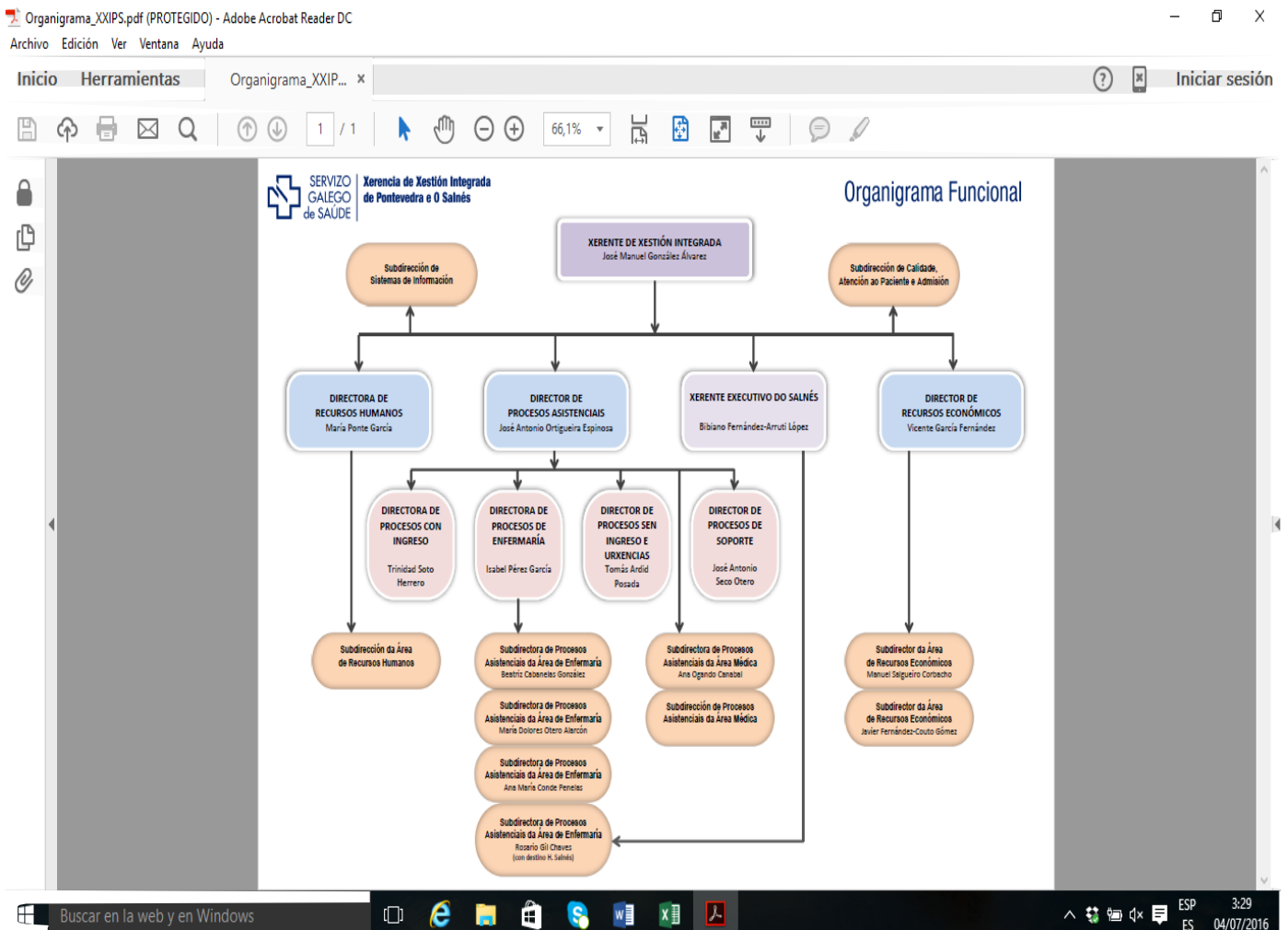
Nuestra razón de ser es procurar la mejora de la salud de la población a través de la prestación de asistencia y el fomento de la docencia y la investigación.

Ofrecemos los servicios preventivos, asistenciales, rehabilitadores y socio sanitarios detallados en nuestra cartera de servicios a la población de referencia y la atención urgente con carácter universal.

### Visión

---

La (EOXI-PS) quiere ser una organización:



- Apreciada y valorada por la población
- Fiable para nuestra red sanitaria
- Con actuaciones unificadas, integradas y coordinadas
- Atractiva y motivo de orgullo para los trabajadores
- Referente en la implantación de mejoras de la calidad, eficiencia y sostenibilidad

## Valores

La (EOXI-PS) quiere ser una organización:

- Con un trato personalizado, profesional y de respeto a los usuarios
- Con una orientación de los servicios a las necesidades de los usuarios

- Que ofrezca información de calidad, adaptada a las necesidades y valores de cada usuario, facilitada en un entorno adecuado
- Orientada al trabajo en equipo
- Que busque la actualización continua de las competencias de los profesionales
- Con una comunicación dentro de la organización y con el entorno
- Con respeto por el entorno ambiental

## INTRODUCCIÓN

Conocer de forma estructurada los objetivos estratégicos para el hospital y para las unidades funcionales, para adecuar el sistema de información en todo momento en la línea de los objetivos marcados es primordial. Hay que ser transparentes y preguntarnos cómo se exige y cómo se expresa la responsabilidad, empezando por cada uno de nosotros y, obviamente, por jefes de sección. A partir de los datos hay que tomar posición señalar el campo de actuación que se puede hacer. Si no se hace, será mucho mejor para todos, en especial para el paciente, que lo haga.

¿Se puede mejorar la eficiencia con criterio clínico?  
 ¿Qué estrategias podemos aplicar en el SAR para mejorar los resultados?  
 ¿Qué podemos aprender de la investigación para evaluar las actividades de mejora de la calidad y la seguridad en los hospitales ([proyecto DUQuE!](http://www.duque.eu)) y otros estudios empíricos a gran escala, revisiones sistemáticas y conocimiento de expertos identifican “Siete estrategias clave para mejorar la calidad y seguridad en los hospitales”.

- Alinee sus procesos organizativos con los sistemas de presión externa
- Sitúe la calidad entre las principales prioridades de su agenda
- Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización
- Garantice la clara adjudicación de responsabilidades y la experiencia de los equipos en todos los servicios o departamentos
- Organice las trayectorias clínicas en base a la evidencia de las intervenciones de calidad y seguridad
- Implemente sistemas de información orientados a las trayectorias clínicas
- Lleve a cabo evaluaciones regulares y suministre *feedback*



Este Proyecto de gestión **PLAN CARE 4.0**, pivota sobre tres atributos alrededor del PACIENTE:

- **CALIDAD:** La calidad en todas sus acepciones se convertirá en un valor. La calidad en la atención asistencial, la calidez como valor de nuestro modelo afectivo. La calidad no se le supondrá al SAR, sino que lo demostrará. Nada puede ser, sino es de calidad.
- **PERFORMANCE:** Una preocupación sobre nuestros resultados nos llevará a ser una organización que se evalúa. Como señala Peter Drucker, las organizaciones excelentes no buscan la excelencia sino la mejora continua. La evaluación tendrá sentido, si nos lleva a modificar hábitos, si nos lleva a mejorar, comparar y nuevamente a entrar en el círculo de mejora. Para ello, adjudicaremos la clara responsabilidad<sup>2</sup> en los proyectos, señalada como una de las medidas basadas en la evidencia para la mejora.
- **SEGURIDAD:** Se producen complicaciones graves en entre un 3% y un 16% de las intervenciones quirúrgicas practicadas en pacientes hospitalizados, y las tasas conexas de discapacidad permanente o mortalidad oscilan entre un 0,4% y un 0,8%. Nuestra SAR será seguro, lo demostrará, y aprenderá de lo que le sucede. La Seguridad Clínica será una absoluta prioridad porque está en el núcleo de la calidad (calidad científico-técnica, utilización de recursos...). La prevención de efectos adversos y la lucha contra las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) son objetivos corporativos. La mitad de las complicaciones son prevenibles considerando. Las organizaciones de alta fiabilidad no lo son porque resulten inmunes a los ocasionales eventos adversos sino porque aprenden del error y establecen medios para corregirlo. Por ello, la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico se ha consolidado como línea fundamental para reducir los eventos adversos hospitalarios.

## Organigrama del Servicio

---

- JEFE DE SERVICIO: María de los Ángeles Carro Roibal
- JEFE CLÍNICO: Sergio Martínez Fernández
- FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE AREA: 37 (en la actualidad -julio 2016-) 4 facultativos tiene reducción de jornada 50%, 1 permiso sin sueldo, 1 con reducción a un 66%, y 1 baja laboral) (exentos de guardia:5) Efectivos: (FTE) 32.5
- RESIDENTES:4

RESPONSABLES PROGRAMA ZERO:

- BACTERIEMIA: Marina Varela Durán
- NEUMONIA: Pilar Díaz Parada
- RESISTENCIA: Marina Varela Durán

COORDINADORA DOCENTE:

- TUTORA MASTER FIN DE GRADO: Marina Varela Durán
- TUTORA DE RESIDENTES: Marina Varela Durán

GRUPO DE SEGURIDAD: María de los Ángeles Carro Roibal, Yolanda Sanduende, Marina Varela, Sabela del Río, Carmen Bustillo, Beatriz Chamadoira, JA Esperón, Rosana Rúa.

SUPERVISORA ENFERMERÍAURPA/REA      SUPERVISORA QUIRÓFANO

## Descripción de la unidad asistencial y su posición en el contexto del hospital. Identificación de los usuarios

---

La relación de clientes a los que se dirige nuestra labor asistencial, docente e investigadora se puede esquematizar según tipo

### Cientes Internos:

- Profesionales del Complejo, en especial, profesionales sanitarios, no sanitarios y de áreas de procesos de soporte
  - Atención Primaria con sus Zonas básicas de Salud del área de influencia,
  - Servicios clínicos y quirúrgicos y hospital para el que somos referencia.
  - Otros servicios de Anestesia o Reanimación de centros hospitalarios
  - Otros hospitales de la red pública o privada
  - Dirección y órganos de decisión del centro: Comisiones Clínicas, Juntas de Participación.
  - Dirección del Complejo y todos los directivos de responsabilidad intermedia.
- De igual forma, directivos de otros centros hospitalarios insulares
- Servicios de Atención al Usuario
  - Servicios de Trabajo Social (propios y de otras administraciones)
  - Centros Sociosanitarios
  - Servicios de Información, control de gestión, y otros procesos de apoyo administrativo del centro
  - Servicio de Facturación y contabilidad, así como Contratación Administrativa
  - Servicio de Admisión y Documentación Clínica
  - Fundación Biomédica
  - Universidad Vigo, Santiago y otras (Atlatinc Project)
  - Servicios Centrales del Sergas, así como direcciones de área o cualquier otro departamento administrativo relacionado con la gestión sanitaria.

### Cientes Externos:

- Asociaciones de pacientes
- Pacientes y sus familias
- Usuarios virtuales de nuestras aplicaciones de comunicación social
- Pregrado: Facultad Medicina. Escuela de Enfermería. Universidades
- Postgrado: Tercer Ciclo. Doctorado
- Formación Especializada. Médico y Enfermería Internos Residentes
- Medios de Comunicación.

- Asociaciones Científicas

## Identificación de los principales proveedores que trabajan para la unidad

---

- Servicios médicos y quirúrgicos, incluidos el Hospital del Salnés.
- Hospitales privados
- Atención Primaria del área sanitaria (U Dolor)
- Unidad de contratación administrativa
- Unidad de Suministros
- Unidad de Mantenimiento y Electromedicina
- Proveedores Externos de tecnología, que incluyen las empresas que aportan el la tecnología y productos de diálisis.

## Orientación estratégica del SAR

---

Nuestro SAR, en línea con la misión y visión de la (EOXI-PS), y de acuerdo a las líneas estratégicas del SERGAS, se compromete en este **(PLAN CARE 4.0) CALIDAD, RESULTADOS y SEGURIDAD**

1.- Prestar un servicio excelente a los usuarios. El ciudadano es el centro de nuestra organización, al que se debe garantizar la accesibilidad según su necesidad, ofrecer unos servicios y una confortabilidad satisfactorios y de calidad

(MODELO AFECTIVO) **(PLAN CARE 4.0) CALIDAD, RESULTADOS y SEGURIDAD**

2.- Mejora de la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios con unificación, integración y coordinación de servicios. Adecuación de los recursos tecnológicos y de infraestructuras a las tendencias de la demanda asistencial

**(PLAN CARE 4.0) CALIDAD, RESULTADOS y SEGURIDAD**

3.- El desarrollo de nuestros profesionales, la gestión sanitaria y políticas de calidad que logren la eficacia, efectividad y eficiencia de nuestra prestación

**(PLAN CARE 4.0) CALIDAD, RESULTADOS y SEGURIDAD**

4.- Desarrollo de una política de seguridad clínica

**(PLAN CARE 4.0) CALIDAD, RESULTADOS y SEGURIDAD**

5.- Ser un servicio que aprende de lo que su experiencia, de la de los demás y de las organizaciones de referencia

**(PLAN CARE 4.0) CALIDAD, RESULTADOS y SEGURIDAD**

6.- Nuestro carácter de Hospital Universitario nos compromete a asumir programas de formación pre y postgrado así como impulsar proyectos de investigación potenciando las relaciones con la Universidad.

**(PLAN CARE 4.0) CALIDAD, RESULTADOS y SEGURIDAD)**

Nuestros lemas de trabajo estarán de acuerdo con nuestros compromisos antes citados, definidos por nuestra organización. Así, de forma regular se seleccionará el lema quincenal (MODELO AFECTIVO), entre otros, serán (además de las propuestas que se solicitan al servicio), alguna de estas:

- *Hay que estar pegado a las operaciones*
- *Para que las mejoras puedan funcionar todos los implicados deben de salir ganando*
- *No trabajamos con opiniones sino con hechos.*
- *Los temas siempre documentados*
- *Para que las mejoras puedan funcionar todos los implicados deben de salir ganando*
- *No hay límite en el debate hasta que se toma una decisión*
- *No traigas problemas, trae soluciones*
- *No me traigas una propuesta hasta que no haya evaluado lo que ya haces*
- *El tiempo de todos es tan valioso como el tuyo.*
- *Dime siempre lo que en realidad piensas.*
- *Antes de plantear una acción piensa a que implicado no se lo has dicho*
- *Todo es cuestionable hasta que nos ponemos de acuerdo*
- *Seamos agresivos y audaces pero honestos*
- *No queremos una mejora de un millón sino mil mejoras de mil*
- *Hay que estar preparados cinco minutos antes*
- *No hay que hacer, hay que hacer hacer*
- *Donde tú no llegues, llegaré yo*
- *Un buen directivo debe sacar lo mejor de su gente*
- *Trabajamos en plural*
- *Dirigir es servir y educar (yo aprendo y enseño)*
- *Trabaja para no ser imprescindible.*
- *Trae problemas con soluciones*

**Oportunidad de mejora:**

- **Outdoor meeting:** Búsqueda de consenso para definir la orientación estratégica. Antes de 2 meses. Resultados: Crear equipo de mejora hacia el cambio

## Descripción de la cartera de servicios actual de la unidad

---

### CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS

Técnicas de Preanestesia

Valoración del riesgo (Consulta preanestésica)

Premedicación/Preparación del paciente

Técnicas del Area Quirúrgica

Preparación inmediata del paciente para la cirugía (Preanestesia)

Inducción anestésica general

Técnicas de anestesia loco-regional

Monitorización no invasiva antes de la entrada del paciente al quirófano

Anestesia y acto quirúrgico

Procedimientos anestésicos

Anestesia

- General
- Epidural
- Intradural
- Combinada (epi-intradural)
- Regional Intravenosa
- Bloqueos Nerviosos Periféricos
- Anestesia Troncular (plexos)
- Ansiolisis, sedación y/o analgesia

Vigilancia y mantenimiento de la homeostasia corporal

Anestesia en procedimientos quirúrgicos especiales

Angiología y Cirugía Vasculat

ORL

Parto

Cesárea

Técnicas de la Unidad de Recuperación Postanestesia

Monitorización cardiológico

Técnicas analgésicas postoperatorias (IV, PCA, reservorios, epidural)

Preparación y optimización preoperatoria

Técnicas de recuperación de sangre

Monitorización hemodinámica

Inserción vía venosa central y arterial

Monitorización respiratoria

Intubación traqueal

Soporte ventilatorio

Ventilación no invasiva

Técnicas de anestesia fuera del quirófano

Procedimientos

Ansiolisis y sedación

Anestesia regional

Anestesia general

Areas de aplicación

Radiodiagnóstico

Unidades médicas o quirúrgicas (Gastroenterología, Neumología, Cardiología, Urología...)

\*\*Técnicas de la Unidad de Cirugía sin ingreso

Evaluación preoperatoria

Preparación preoperatoria

Acto anestésico y quirúrgico  
Anestesia General  
Infiltración y anestesia tópica  
Regional intravenosa  
Epidural/Intradural  
Bloqueos nerviosos tronculares y periféricos  
Ansiolisis y sedación  
Cuidados postoperatorios  
Técnicas de la Unidad de Reanimación  
R.C.P básica y avanzada  
Intubación traqueal  
Técnicas para intubación difícil:  
Intubación nasotraqueal  
Intubación selectiva  
Fibrobroncoscopia  
Videolarigoscopia  
Mascarilla laríngea  
Soporte ventilatorio  
Convencional  
Ventilación no invasiva (BIPAP, CPAP)  
Técnicas de desconexión  
Monitorización cardíaca  
Soporte nutricional parenteral y enteral  
Técnicas de sedación  
Técnicas de analgesia (PCA, epidural, i.v., reservorios)  
Control trastornos metabólicos  
Estabilización preoperatoria del paciente grave  
Optimización preoperatoria en cirugía de riesgo  
\*\*Monitorización PIC  
Monitorización hemodinámica  
Asistencia a la disfunción multiorgánica  
Fisioterapia respiratoria  
Rehabilitación precoz  
Soporte hemodinámico farmacológico  
\*\* Técnicas de la Unidad del Dolor  
Dolor crónico  
Técnicas diagnósticas  
Termografía  
Test intravenosos  
Técnicas terapéuticas  
Tratamiento farmacológico  
Estimulación eléctrica TENS  
Estimulación eléctrica medular externa  
Estimulación eléctrica medular interna  
Bloqueos nervioso periféricos  
Bloqueos nerviosos plexos  
Bloqueos nerviosos centrales  
Bloqueos intraarticulares  
Simpatectomía  
Regional i.v.  
Infusión continua ambulatoria subcutánea  
Infusión continua ambulatoria intravenosa  
Infusión continua ambulatoria epidural  
Infusión continua ambulatoria intradural  
Bomba infusión externa  
Bomba infusión implantable  
Analgesia no quirúrgica

## **CARTERA AREA DE DOCENCIA**

Ver Área Docencia

## CARTERA AREA DE INVESTIGACIÓN

Ver Área Investigación

### Descripción y funciones de Jefe Sección y puestos que conforman el servicio

El **Jefe de un Servicio Clínico** se define como un mando intermedio dentro de la organización sanitaria que alinea los objetivos y principios de identidad del Servicio con la misión, visión, valores y objetivos del Centro Sanitario recogidos en el plan estratégico colaborando con la Dirección de la institución en su puesta en marcha y ejecución. El Jefe de Servicio, de acuerdo con el R.D. 521/87, es el responsable de todos los recursos del Servicio para poder alcanzar sus objetivos.

Las funciones del Jefe de Servicio son la organización y coordinación de un equipo de profesionales de la medicina, y se pueden resumir de forma sintética en:

- Negociar con la Dirección y Gerencia del Hospital el acuerdo de Gestión
- Orientar los recursos humanos integrados en el servicio, definiendo responsabilidades específicas a cada uno de sus miembros.
- Determinar las necesidades de recursos humanos y tecnológicos, impulsando su optimización y gestionando ante la Dirección del Hospital la provisión de los mismos.
- Dirigir y gestionar desde una cultura de cooperación todas las actividades del Servicio, asistencial, docente e investigadora presentando a la Dirección Médica el programa funcional anual, para su negociación.
- Establecer desde el consenso con la Dirección Médica y con los miembros del servicio los métodos, procedimientos y periodicidad de la autoevaluación profesional.
- - Informar periódicamente a la Dirección del Hospital del desarrollo de las actividades globales del Servicio.
- Dirigir la coordinación con otros servicios y unidades del Hospital.
- Realizar una propuesta explícita del reparto de incentivos en su Unidad, previa a la evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Dirigir y coordinar la elaboración anual de la Memoria del Servicio.
- Dirigir y coordinar otros cometidos asignados funcionalmente por la Dirección del Hospital.

El **Jefe de Sección** es también un mando intermedio dentro de la organización hospitalaria cuya misión principal es la operativa, centrada en “cómo hacer” dentro del área del Servicio de la que es responsable. Ejercerá las funciones de Jefe de Servicio en ausencia de éste. La función es, esencialmente, colaborar con el Jefe de Servicio en la organización y coordinación de los Médicos Adjuntos y el personal funcionalmente adscrito a su área de responsabilidad para alcanzar los objetivos planificados y consensuados con la

Dirección de Centro. Tiene responsabilidades de actividad asistencial, docente, investigadora y de gestión.

El Jefe de Sección debe reunir competencias y valores como:

- Capacidades y actitud para adquirir las habilidades directivas necesarias para el desempeño del cargo.
- Conocimientos científicos y excelencia profesional, en definitiva, prestigio y reconocimiento.
- Experiencia en gestión de recursos.
- Habilidades para comunicarse con las personas, que sepa escuchar y reconocer las expectativas profesionales de los miembros del Servicio.
- Credibilidad y coherencia ante su equipo si quiere influir y motivar a sus profesionales

Por tanto, el **Jefe de Servicio y el Jefe de Sección** tienen un papel decisivo ante su propio Servicio en la definición y orientación estratégica, consensuado e implicando a su equipo en la estrategia de futuro. ¿Qué tipo de servicio queremos?, ¿Qué líneas de asistencia o de investigación son adecuadas al Servicio?, ¿Qué plan de formación de los miembros del servicio habrá de desarrollarse?, ¿Qué plan de trabajo desarrollará el servicio, incluyendo asistencia, docencia e investigación? Es preciso que tenga habilidades para armonizar los objetivos del servicio con las expectativas profesionales y personales de sus miembros favoreciendo la promoción de los más capaces. Transmitiendo con claridad la idea de Servicio que quiere, los planes que pretende desarrollar, los objetivos a alcanzar y los recursos que precisa. Dar cuenta periódicamente de la marcha del servicio, de la calidad, de la producción. Transmitiendo las inquietudes y aspiraciones de su personal. Para conseguir los objetivos, el Jefe de Servicio debe planificar para posteriormente organizar, dirigir y controlar lo planificado o previsto, y tras el estudio de las desviaciones producidas modificar lo planificado con el fin de conseguir los objetivos.

De la actuación de ambos mandos intermedios, como responsables directos de la asistencia y docencia, dependerá el buen funcionamiento del hospital y el desarrollo profesional y personal del Servicio, así como del prestigio científico del mismo.

Los **Médicos Adjuntos/Facultativos Especialistas de Área**<sup>3</sup> profesionales de la medicina altamente cualificados cuya misión principal es la prestación de atención sanitaria en contacto directo con los enfermos y la formación de los médicos residentes. El médico adjunto está centrado en "hacerlo". Es por consiguiente el núcleo central en el proceso de toma de decisiones respecto al paciente y del gasto derivado de ello. Depende jerárquicamente del Jefe de Servicio y deberá desempeñar las funciones que se le asignen en el área asistencial y docente con el fin de alcanzar los objetivos del servicio:

- Debe realizar y supervisar las historias clínicas, exploraciones y asistencia directa al paciente tanto en el área de consulta, hospitalización y urgencias, velando por la correcta utilización tanto de los medios diagnósticos como terapéuticos. En las situaciones en las que las decisiones terapéuticas o requerimientos diagnósticos sean problemáticos, requerirá la opinión de los restantes miembros del Servicio en el ámbito de sesiones clínicas.



- Participar en la realización de protocolos terapéuticos y de estudio de las patologías incluidas en el campo de la SAR en colaboración con otros Servicios y Unidades de la Institución.
- Participar en la realización de protocolos terapéuticos y de derivación con Atención Primaria con el fin de optimizar la calidad asistencial.
- Desarrollar y potenciar técnicas y pruebas complementarias afines a la especialidad.
- Supervisar las tareas asistenciales realizadas por el médico residente, de acuerdo con el plan elaborado por el responsable del Servicio según las directrices de la Comisión Nacional de la Especialidad.
- Colaborar en la función docente de los alumnos de la licenciatura promoviendo actividades que despierten el interés por la especialidad con la puesta en marcha de seminarios y presentación de casos clínicos. En general, debe ayudar al alumno a familiarizarse con el hospital.
- En el terreno de la Investigación, el médico adjunto deberá intentar según sus aptitudes, nivel específico de formación e interés personal generar una línea de investigación o en su defecto integrarse en alguna previamente en funcionamiento de las disponibles en el servicio o en el hospital.
- Según sus preferencias y cuando sea posible, participar activamente en alguna de las Comisiones Hospitalarias.

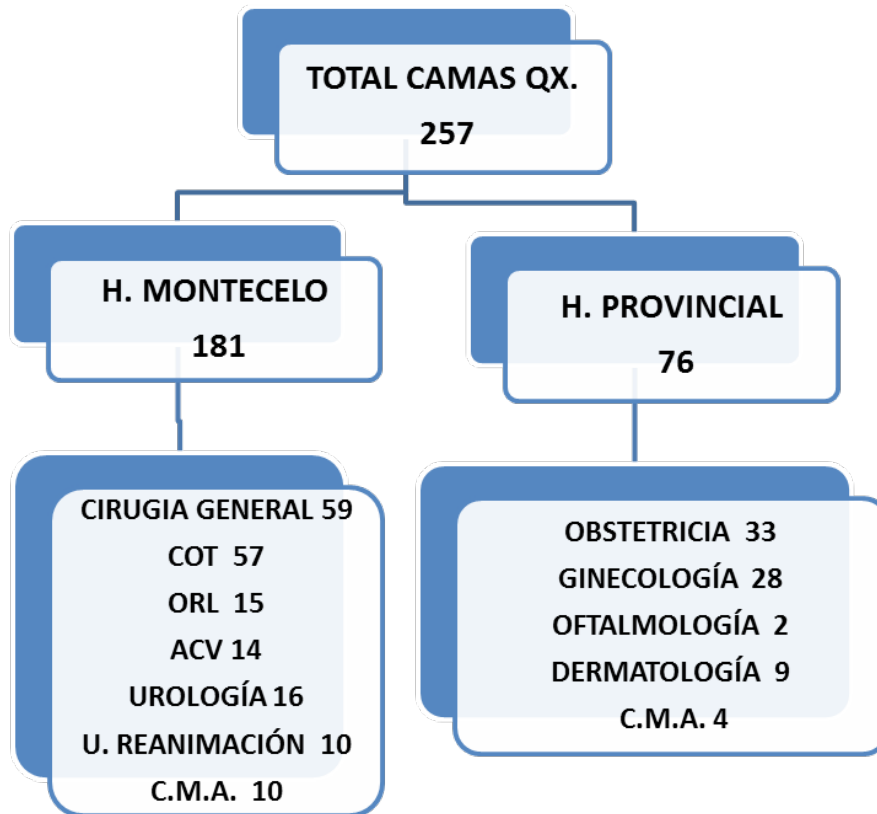
El **Médico Residente** es un profesional que tras superar una prueba nacional de acceso (examen MIR), se integra en el Servicio durante un periodo de cuatro años con una labor preferentemente formativa siguiendo el programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación (ANEXO I). Es una figura que nace de la necesidad de regular la calidad de la formación especializada en la medicina moderna. Las obligaciones de médico interno residente se pueden resumir en:

- Participar activamente en todas las actividades del servicio (asistencia, docencia e investigación) pero con especial interés en la faceta asistencial donde debe emplear el tiempo necesario y su mejor hacer intelectual en el aprendizaje de las manifestaciones clínicas de los procesos que interesan a su especialidad y a la medicina interna en general. Solo una dedicación plena a su formación asistencial le permitirá adquirir confianza en sus conocimientos y asumir responsabilidades futuras.
- Deberá familiarizarse suficientemente con las técnicas específicas de la SAR conociendo no solo sus límites sino sus indicaciones correctas y sus potenciales efectos secundarios.
- Deberá integrarse en el equipo humano del Servicio de SAR como uno más, participando activamente en las actividades comunes (redacción de protocolos, sesiones clínicas, etc.).
- Deberá concluir su especialización habiendo adquirido los conocimientos exigidos por la Comisión Nacional de la Especialidad de SAR.

## RECURSOS

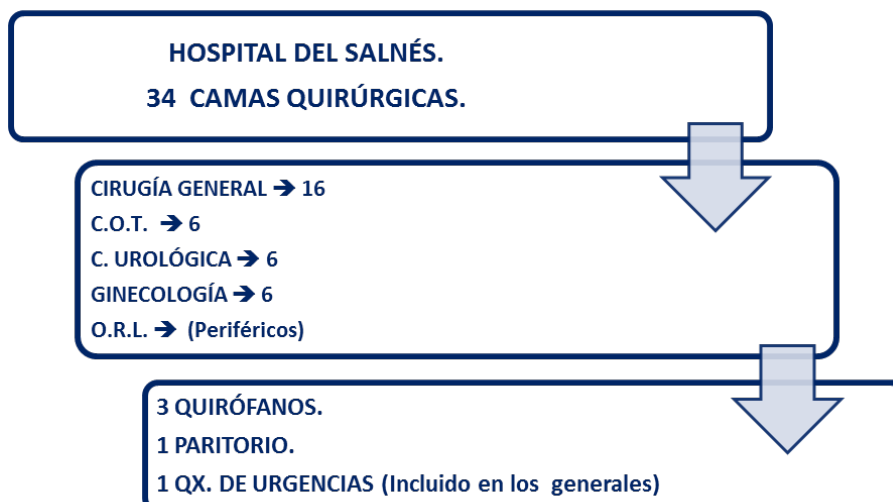
---

La distribución de las camas pertenecientes a los servicios quirúrgicos del CH de Pontevedra configura el siguiente gráfico:



El

Hospital do Salnés cuenta con la siguiente infraestructura quirúrgica, aunque ahora con 5 quirófanos tras la ampliación del área quirúrgica y el área de urgencias



**Tabla 1. Equipamiento por áreas en los Hospitales Montecelo y Provincial**

	TOTAL	H.MONTECELO	H.PROVINCIAL
<b>AREA QUIRURGICA (mayor y menor)</b>	17+2	<b>11</b> Q1,2,3 TRA Q4,5,6 CIR GRAL; Q7 ORL; Q8 ACV; Q10,11 URO Q9 Urgencias	5 Q1 GINE Q2 Q3 OFT Q5 Q6 CIR GRAL TRA URO 1 Quirófano para Urgencias obstétricas
		1 Sala especial quirúrgica	1 Sala especial quirúrgica
<b>CMA</b>	14+7 sillones	10 camas	4 camas + 7 sillones
<b>U.R.P.A</b>	19	12 camas	7 camas
<b>U REANIMACION</b>	10	10 camas.	0
<b>Unidad para el Tratamiento del Dolor</b>		2 camas.	
<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>		2	1
<b>ATENCION CONTINUADA</b>		2	2

## ÁREAS DE TRABAJO. Semana Tipo

En un día tipo la actividad habitual del SAR se podría resumir<sup>2</sup> en:

- 22 intervenciones quirúrgicas con ingreso
- 15 intervenciones quirúrgicas sin ingreso (CMA)
- 18 intervenciones quirúrgicas (cirugía menor)
- Cirugías por tipo de ingreso: urgentes: 7 i.q. con ingreso, 1-2 ambulatoria.
- Epidural Parto: 6 partos diarios (% epidural) (2 cesárea)
- Reanimación: 8-10 pacientes ingresados

La distribución se realiza de la siguiente forma por centro hospitalario

**Tabla 2 .Distribución de Facultativos por área en H PROVINCIAL (27\_01 jul)**

	L	M	X	J	V	S	D
<b>QUIROFANO</b>	4	5	5	4	2	2	2
<b>URPA</b>							
<b>CONSULTAS</b>	1	1	1	1	1		
<b>GUARDIA</b>	2	2	2	2	2		
<b>SALIENTE GUARDIA</b>	4	2	2	2	2		
<b>ANESTESIA FUERA QUIROFANO</b>							
<b>“MONTECELO”</b>	0	0	0	0	1		

**Tabla 3.Distribución de Facultativos por área en H MONTECELO (27\_01 jul)**

	L	M	x	j	V	S	D
<b>QUIROFANO</b>	10	10	1	1	1	2	2
			0	0	0		
<b>URPA</b>	1	1	1	1	1		
<b>-REA</b>	2+1	2+1					
<b>CONSULTAS</b>	1						
<b>GUARDIA</b>	1						
<b>SALIENTE GUARDIA</b>	4	2	2	2	2		
<b>ANESTESIA FUERA QUIROFANO</b>							
<b>INTERCONSULTAS</b>	0						

**Organización:** Ver tablas

**Actividades:** Citadas por áreas de trabajo

**Limitaciones:**

En el Hospital Montecelo, la atención continuada con 2 facultativos para URPA-REA, y atención quirúrgica urgente, es un limitante para una mejora de resultados

<sup>2</sup> Cuadro de Mandos. Servicio de Control de Gestión y Doc Clínica.2016 (ene-abr)

La Hospitalización no se asigna por niveles de complejidad. A partir de la codificación de pacientes con reingresos previos, se podría estimar la necesidad de cuidados de los pacientes con ingreso en la Unidad de Reanimación.

#### **Propuestas de Mejora:**

- UNIDAD DE REANIMACIÓN: asignar facultativos en función de la complejidad prevista del paciente (utilización de escalas de gradación, evaluaciones enfermería y data mining a partir de reingresos previos).
- CONSULTAS EXTERNAS: La consulta externa debería de comenzar en el mismo momento de la indicación de inclusión en LEQ para reducir las pruebas preanestésicas que ya hubieran sido solicitadas con un período pautado (ver apartado consulta).

### **Interconsultas intrahospitalarias:**

---

#### **Organización:**

**Actividades:** valoración del paciente, consulta de pruebas, solicitud de pruebas, ordenes de tratamiento y emisión de informe.

Los pacientes periféricos son considerados exactamente igual que los del área propia y por tanto atendidos por los facultativos asignados a la actividad de interconsultas y en el mismo régimen horario ya descrito. Se estiman un volumen diario de 10 consultas de pacientes urgentes.

**Limitaciones:** No hay protocolo de pacientes de perfil de riesgo para asignar prioridades.

#### **Propuestas de Mejora:**

- **Establecer un sistema de alerta cuando ingresen pacientes con necesidad de cirugía con prioridad definida.** Esto evitaría retrasos en el inicio del tratamiento en cada caso y aumentaría la seguridad de los pacientes.

### **Unidad de Recuperación Postanestésica**

---

**Organización:** 12 camas. Hospital Montecelo. 7 camas Hospital Provincial. Más allá del ratio de camas por el número de quirófanos, debemos orientarnos hacia una distribución en función de la complejidad de la casuística.

**Actividades:** En la URPA se diagnostican precozmente las complicaciones inmediatas graves; tratamiento intensivo del dolor postoperatorio agudo y estabilización hemodinámica para aumentar la seguridad de los pacientes.

En 5 años ha aumentado la complejidad de los pacientes en un 48%, con un incremento de la estancia media de un 13%(2.4 a 2.7, 2012).

**Limitaciones:** URPA se puede convertir en un cuello de botella para la realización de determinadas cirugías por índices de ocupación al 100%

**Propuestas de Mejora:**

- Incremento de la dotación de camas de la Unidad de Recuperación postquirúrgica: URPA

## UNIDAD DE REANIMACIÓN

---

**Tabla 4. Actividad semana “tipo” en área de Reanimación**

Horario	Lunes-Viernes:	Sábado-Domingo	Actividades
8.15-15 h	8.15-09.00 Sesión clínica 09.01-09.20 Pase visita 13.00-13.30 Atención familiares 14.00-14.30 Sesión clínica	10.00 Pase de visita	Sesión: Pase de visita Atención familiares
15.01-08.00			

**Organización:** Personal facultativo en horario de mañana (2- 3 facultativos, en función de ocupación).Atención continuada (1 facultativo del equipo de guardia).

**Actividades:** Apertura en Junio del 2006,10 camas asignadas,

Dotadas de recursos materiales y monitorización avanzada para proporcionar Cuidados Críticos post quirúrgicos.

**Limitaciones:** Número de camas

**Propuestas de Mejora:**

- 1.- Protocolizar la atención de los pacientes remitidos con criterio de ingreso urgente desde URPA
2. Mejorar la comunicación con enfermería y establecer reuniones para evaluar situaciones especiales (paciente de ingreso prolongado, paciente no reanimable).
3. Protocolizar el proceso de pacientes con riesgo de ingreso prolongado, con la participación de asistentes sociales

## CONSULTAS EXTERNAS

---

**Organización:** 2 FEA, en la relación nominal de estos se indica la distribución en consultas, y 2 auxiliares de clínica. Ocupan 2 locales de consulta. En horario de tarde se programan consultas (por módulos de guardias de 55 años).

**Propuestas de Mejora:**

- Promoveremos un nuevo rol de Enfermería en la atención ambulatoria, en especial, en el área de procesos sin ingresos

- Adecuar la CEXT a la demora prevista Volumen de actividad en función de la demanda
- Aportar al paciente fecha prevista de intervención en procesos de menor complejidad, pero máxima frecuente (comenzar con Hernias de partes blandas)
- La evaluación preanestésica debe comenzar con la prescripción de inclusión en LEQ (ver más propuesta en el área de consultas externas)

### ATENCION AL PARTO

Todos los lunes de cada mes y a primera hora de la mañana, son citadas un grupo de pacientes embarazadas que no presentan patología médica concomitante, con el objetivo de que reciban una información colectiva sobre las técnicas actuales para proporcionar analgesia durante el parto.. Dicha Sesión informativa la realiza un facultativo del servicio de anestesiología, apoyado por medios audiovisuales y en un local del hospital habilitado para tal fin.

Las pacientes han de aportar el Cuestionario de salud y el Consentimiento informado específico, debidamente cumplimentados. Durante la sesión colectiva, el facultativo especialista responderá y aclarará las dudas que le planteen las pacientes.

Una vez finalizada esta información, las embarazadas pasarán una breve consulta preanestésica individualizada, donde el especialista hará constar las valoraciones habituales en toda consulta, previa a una anestesia y las específicas que considere oportuno en cada paciente.

Dicha información ha de quedar reflejada en el sistema informático IANUS, vigente en nuestra comunidad autónoma. Se consultan una media de 30 pacientes por sesión y semana. Tiene un alto grado de satisfacción entre las usuarias.

### ACTIVIDAD QUIRÚRGICA (URGENTE/PROGRAMADA)

**Organización Actividades:** : Ver Tabla.

**Limitaciones:** No existe una subespecialización por la complejidad de los procesos. Para la atención de pacientes remitidos desde ORL no existe un protocolo para su adecuada gestión. No existe un protocolo para establecer la necesidad o prioridad para establecer la atención No constan nefrólogos por especialidad claramente identificados

#### **Propuestas de Mejora:**

- **Consultores en el propio servicio por complejidad de procesos:** Anestesia en Cirugía Vasculuar, Cirugía pediátrica, Cirugía Hepática, Cirugía General Mayor
- Elaborar una estrategia de consultas de alta resolución.
- Elaborar una guía para el seguimiento de pacientes PEDIÁTRICOS y pacientes de edades extremas
- Test de valoración anestésica en pacientes ASA 1





**Tabla 5. Hospital MONTECELO. Distribución de FREA Anestesia por día y quirófano y servicio asignado (semana 27 junio- 1 julio)**

QUIRÓFANO	LUNES - 27	MARTES - 28	MIÉRCOLES - 29	JUEVES - 30	VIERNES – 1 JULIO
TRAUMA – 1	MARÍA NAVARRO	BEA HERNÁNDEZ	MARÍA NAVARRO	ELENA ROJO	GONZALO DOPICO
TRAUMA – 2	LEO VICENTE	MARÍA NAVARRO	SABELA del RÍO	PILAR PARADA	ADRIANA CEBRAL
TRAUMA – 3	DAVID GÁLVEZ	DAVID GÁLVEZ	DAVID GÁLVEZ	DAVID GÁLVEZ	<b>NO HAY</b>
CIRUGÍA – 4	<b>BEA CHAMADOIRA (Gastrectomía total)</b>	MARÍA LOSADA	<b>PILAR PARADA (Bariátrica)</b>	<b>BEA CHAMADOIRA (Neo de Recto)</b>	<b>NO HAY</b>
CIRUGÍA – 5	ADRIANA CEBRAL	ADRIANA CEBRAL	ADRIANA CEBRAL	MARÍA MENDOZA	<b>MARÍA MENDOZA (Mamas)</b>
CIRUGÍA – 6	MANUEL FORMOSO	ANA CASTRO	MARÍA MENDOZA	<b>CRIS TABO BARJA (Mamas)</b>	<b>CARMEN BUSTILLO (Tiroides)</b>
O.R.L. – 7	JUAN DÍAZ	MANUEL FORMOSO	JUAN DÍAZ	GONZALO DOPICO	JUAN DÍAZ
<b>C. VASCULAR – 8</b>	<b>MARINA VARELA A. A. T - Abdominal + Ángela Vilar</b>	<b>MARINA VARELA (Dissección Iliaca)</b>	MABEL TOMÉ + Ángela Vilar	- <b>O.R.L.:</b> <b>MABEL TOMÉ</b>	DAVID GÁLVEZ
<b>UROLOGÍA – 10</b>	SABELA del RÍO	SABELA del RÍO	- <b>GINE:</b> <b>MARÍA LOSADA</b>	MARTA CASALDERREY	SABELA del RÍO
<b>UROLOGÍA -11</b>	MARÍA MENDOZA	MARÍA MENDOZA	CRIS PARDAL	CRIS PARDAL	YOLI SANDUENDE
	<b>LUNES - 27</b>	<b>MARTES - 28</b>	<b>MIÉRCOLES - 29</b>	<b>JUEVES - 30</b>	<b>VIERNES – 1 JULIO</b>
<b>GUARDIA</b>	MABEL TOMÉ	CRIS. TABO. BARJA.	CRIS. TABO. BARJA.	MARÍA LOSADA	MARÍA NAVARRO

<b>URPA</b>	MARUXA CARRO	MARUXA CARRO	MARUXA CARRO	MANUEL FORMOSO	MARUXA CARRO
<b>REANIMACIÓN</b>	PILAR PARADA CRISTINA PARDAL <u>MANUEL VALERO</u>	SUSANA MARCELO BEA CHAMADOIRA <u>MANUEL VALERO</u>	MARINA VARELA BEA HERNÁNDEZ <u>MANUEL VALERO</u>	YOLI SANDUENDE SABELA del RÍO <u>MANUEL VALERO</u>	PILAR PARADA ANA CASTRO BEA CHAMADOIRA
<b>CONSULTA – 1</b>	JOSE DACOSTA	JOSE DACOSTA	JOSE DACOSTA	JOSE DACOSTA	JOSE DACOSTA
<b>CONSULTA – 2</b>					
<b>PERIFÉRICOS</b>	<b><u>NO HAY</u></b>	<b>JUAN DÍAZ</b> <b>(Desde las 12 h.)</b>	MANUEL FORMOSO	MARUXA CARRO	<b>NO HAY</b>
<b>DOLOR – 1</b>	GONZALO DOPICO	J.C. CORDEIRO	GONZALO DOPICO	- <b><u>QX. DOLOR:</u></b> MARÍA NAVARRO	<b>NO HAY</b>
<b>DOLOR – 2</b>					
<b>CPREs</b>		JUAN DÍAZ		JUAN DÍAZ	

**Tabla 6. Hospital PROVINCIAL. Distribución de FEA Anestesia por día y quirófano y servicio asignado (semana 27 junio- 1 julio)**

	junio			julio	
	27	28	29	30	1
<b>GINE:</b>	TOUCEDA	DOPICO.	TOJO / VICENTE	TOJO	ORDOÑEZ
<b>DERMA MOHS</b>				ABEL	
<b>O.R.L.</b>		TOUCEDA.			
<b>OJOS – 1</b>	ORDOÑEZ	CEBRAL			SERGIO MARTÍNEZ.
<b>OJOS – 2</b>	TOJO.	SERGIO MARTINEZ	SERGIO MARTINEZ	SERGIO MARTÍNEZ.	
<b>CIRUGÍA</b>		TOJO	CASALDERRE Y	BUSTILLO	
<b>DIGESTIVO</b>			TOUCEDA		
<b>CONSULTA.</b>	SERGIO MARTÍNEZ	PARDAL	ABEL	ORDOÑEZ	ABEL
<b>GUARDIA</b>	ABEL + ROJO	BUSTILLO + ORDOÑEZ	CASTRO + CEBRAL	TOUCEDA + VICENTE	CORDEIRO + PARDAL
<b>MONTECELO:</b>	NADIE.	NADIE.	NADIE	NADIE.	BUSTILLO

## URGENTE

**Organización:** 4 facultativos guardia (2 en cada centro hospitalario). Refuerzo hasta 22 h en Reanimación Hospital Montecelo

**Actividades:** Hospitalización, interconsultas urgentes y actividad quirúrgica urgente

**Limitaciones:** No se puede lograr economía de escala ante la distancia entre los dos centros.

### Propuestas de Mejora:

- Reorganización de actividad urgente en función de los datos asistenciales (niveles de complejidad y garantía de seguridad). (Ver área de productividad)
- Guardia de presencia física vinculada a los resultados de un programa e cirugía con programación diferida
- *Mejora de la comunicación con Obstetricia para la evaluación preanestésica programada en pacientes de riesgo*
- *Evaluación por obstetra (matrona) de riesgo quirúrgico en paciente sin criterios de gravedad*

## CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA/Cirugía menor

Creación de una Unidad de C.M.A. en el Hospital Provincial. En local anexo a los Quirófanos, pero con entrada diferenciada para los pacientes. Abierta desde el año 2009. Dotada de 4 camas y 7 sillones. Monitorización correspondiente.

El circuito es el siguiente:

- a) Selección de proceso a realizar por CMA, desde las consultas quirúrgicas correspondientes.
- b) Inclusión en Lista de Espera.
- c) Valoración de los pacientes en la Consulta de Anestesia considerándolos aptos o no para CMA.
- d) Si se consideran aptos, entrega de documentación

Funcionamiento:

Protocolos específicos de selección y exclusión de pacientes.

Consentimiento informado específico.

Tríptico con información e instrucciones al paciente.

Descripción de los procesos

Gráficos para registro de constantes.

Protocolos de cuidados pre y postoperatorios.

Criterios de alta C.M.A.

Teléfono de contacto para posibles incidencias.

Personal para médico entrenado.

Los procedimientos Quirúrgicos realizados de manera ambulatoria, corresponden a:

Cirugía Oftalmológica. Cirugía Ginecológica. Cirugía Dermatológica Cirugía General. Exploraciones infantiles de Gastroenterología.

La Unidad de C.M.A. en el Hospital Montecelo fue creada en 2011. Utilización de local ubicado en la segunda planta, Anexo a los Quirófanos, pero con entrada independiente de los pacientes desde el exterior. Antes era utilizado como camas de Hospitalización del área de Urgencias y de las plantas de Hospitalización.

Dotada de 11 camas, en boxes separados e independientes. Monitorización hemodinámica no invasiva y personal cualificado.

Los criterios y protocolos empleados son los mismos que los utilizados en C.M.A. del Hospital Provincial.

Los procedimientos quirúrgicos corresponden a Cirugía General y Digestiva, Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Cirugía Vasculard y Cirugía Otorrinolaringológica.

- Safenectomías con técnica CHIVA.Herniorrafias.Quistectomías sacras.
- Cirugía menor de mama.Microcirugías de laringe, no tumorales.Septoplastias simples.
- Biopsias de próstata.Hidrocelectomías y varicocelectomías.Cirugía de la mano.
- Artroscopias de rodilla.Biopsias en general.

## ANESTESIA FUERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

---

Técnicas Invasivas Gastroenterológicas/ Endoscopias infantiles/ Radiología Intervencionista/ Resonancia Magnética Nuclear.

- Técnicas Invasivas Gastroenterológicas: C.P.R.E. (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica). Asistencia anestésica, para la realización de dicha técnica. Necesidad real en nuestro Complejo hospitalario, con tendencia a incrementarse en el futuro.

Desde enero 2007, se realizan > 250 CPRE / año, con apoyo anestésico en sala de Radiología habilitada para tal fin.Consolidada ya como una actividad incluida en la Cartera de Servicios anestésicos, se programan en horario de mañana un día por semana, 5- 6 procesos/día

Pacientes previamente valorados en la Consulta de Anestesia.

Recursos empleados:

- Un Facultativo especialista.
- DUE de apoyo.
- Equipamiento adecuado para practicar Anestesia general y Reanimación Cardiopulmonar, si fuese preciso.

La propuesta a llevar a efecto ya en el último trimestre del 2013, es dedicar a esta actividad 2 días/semana. Efectiva desde Octubre 2013.

- Endoscopias Infantiles: Exploraciones Endoscópicas infantiles diagnósticas y terapéuticas, con Asistencia anestésica. Se realiza una ó dos sesiones mensuales en un quirófano del Hospital Provincial (donde se ubica el Servicio de Pediatría).El número de procesos varía dependiendo de las necesidades. En líneas generales se practican entre 7 u 8 exploraciones por sesión.
- Radiología intervencionista.Procedimientos cada vez más demandados (ver libro blanco) Se agrupan las intervenciones y se destina a un facultativo especialista en horario de mañana. Los procedimientos urgentes para Pediatría, se realizan con carácter preferente.
- Resonancia Magnética Nuclear.:

## ATENCIÓN CONTINUADA: GUARDIAS

---

- **Organización:** Guardia MONTECELO: 2 Facultativos en el Hospital Montecelo.

**Actividad:**

Urgencias de Cirugía General, Traumatología, Otorrinolaringología, Cirugía Vasculor, Urología.

Atención continuada de los pacientes de la Unidad de Reanimación.

Atención Continuada de los pacientes de la Unidad de Recuperación Postanestésica: URPA.

Canalización de Catéteres venosos centrales. Atención al Dolor Agudo Postoperatorio.

**Limitaciones:** La actividad de las guardias es cada vez más exigentes y complejas, con una alta necesidad de tiempo para la atención de cada evento por parte del FEA , en especial, si se produce intervenciones quirúrgicas urgentes.

**Propuestas de mejora:**

1. Nueva atención continuada en H. Montecelo condicionada a la disminución de la cirugía diferida y disminución de la estancia media preoperatoria.

- **Organización:** Guardia Hospital PROVINCIAL: 2 Facultativos en el Hospital Provincial.

**Actividad:** Urgencia Obstétrica: Partos, Cesáreas, Legrados. Urgencia Pediátrica: Traumatológica, Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología

## PLAN DE OBJETIVOS

---

A todo hospital le interesa conocer la población que de él depende, es importante tener conocimiento del crecimiento de la población o de las tendencias de despoblamiento, la evolución del envejecimiento, los cambios del perfil socioeconómico, así como los factores que pueden hacer que ésta experimente una serie de cambios, ya que directamente le van afectar, pues todos estos fenómenos inciden directamente sobre el consumo sanitario de la población en términos tanto absolutos como relativos. Por ello la primera etapa para llevar a cabo cualquier actividad planificadora consiste en conocer los problemas y necesidades de salud de la población, para ello realizaremos el Análisis del Entorno o Análisis externo. Estos factores difícilmente controlables y modificables por no estar bajo nuestro control y que van determinar el éxito o el fracaso de los planes de gestión.

Los puntos fundamentales del análisis de situación externo de una Servicio Clínico son los siguientes:

1. Área de Influencia y características sociodemográficos.
2. Análisis de la demanda asistencial.
3. Mercado Sanitario y comportamiento de los clientes.
4. Análisis de la competencia.
5. Evolución de la tecnología y desarrollo de la especialidad.
6. Mecanismos de financiación.



**Tabla 7. Análisis del Entorno del Servicio de SAR de (EOXI-PS) con la matriz DAFO**

<b>Amenazas (Desventaja)</b>	<b>Oportunidades (exterior favorable)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No estabilidad directiva podría ocasionar falta de continuidad o inicio de proyectos.</li> <li>- Discontinuidad en la evaluación de los proyectos.</li> <li>- Incremento de las comorbilidades de los pacientes mayores</li> <li>- Pactos sin compromisos o sin evaluación</li> <li>- Derivación no programada de pacientes desde clínicas no pertenecientes al Sistema sanitario.</li> <li>- Cartera de servicios creciente</li> <li>- Contracción económica</li> <li>- Obras de construcción de la ampliación del Hospital</li> <li>- Resistencia antibióticos y pérdida de arsenal terapéutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer la mejora mediante propuestas muy pegadas a la realidad</li> <li>- Favorecer una atención más próxima y eficiente tanto para los pacientes como para el resto de profesionales del hospital a quienes prestamos algún servicio desde los SAR</li> <li>- Nuevas formas de relación con profesionales de otra especialidades (Cardiología, Digestivo, etc)</li> <li>- Favorecer la humanización de los cuidados en base a la experiencia del paciente</li> <li>- Creación del PUC – punto único de citación- para SAR</li> <li>- Futuro Hospital “Gran Montecelo”</li> <li>- Nuevas infraestructuras (Vigo, H Salnés)</li> <li>- Certificación de la calidad en seguridad clínica</li> <li>- Aparición de nuevos fármacos</li> <li>- y avances en el campo de la anestesia.</li> <li>- Desarrollo de nuevas tecnologías de la información</li> <li>- Técnicas mínimamente invasivas</li> <li>- Incremento de la actividad quirúrgica</li> <li>-</li> </ul>
<b>Puntos débiles</b>	<b>Puntos fuertes (Ventajas competitivas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas de información que no responden a nuevas demandas (programas ZERO p.ej.)</li> <li>- Resistencia al cambio, interno y externo.</li> <li>- Coordinación más efectiva con otros servicios quirúrgicos y clínicos (Infectología, Medicina Interna)</li> <li>- Falta de presencia del Servicio de SAR en la toma de decisiones sobre actividades relacionadas con la gestión del paciente.</li> <li>- Visión limitada al hospital, en lugar, de resultados en salud en un área integrada</li> <li>- Falta de datos para tomar decisiones</li> <li>- Toma de decisiones en situaciones límites por propuestas no planificadas</li> <li>- Orientados a la productividad sin evaluaciones por ajuste de calidad y riesgos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Area Sanitaria integrada con premios a la mejora de la calidad</li> <li>- Organización con buenos resultados en demora asistencial en el bench del Servicio Galego de Saúde.</li> <li>- Profesionalización y experiencia del personal</li> <li>- En general, buena integración del personal que trabaja en el Servicio.</li> <li>- Capacidad de detectar problemas, deficiencias e irregularidades de las distintas áreas del hospital relacionadas con la gestión de pacientes.</li> <li>- Participación activa en comités técnicos.</li> <li>- Atención continuada reglada</li> <li>- Servicio docente con buena aceptación</li> <li>- Rendimiento quirúrgico incremental en determinados períodos</li> <li>- Tasa de anulación quirúrgica con evolución mejorada y áreas de mejora identificadas</li> <li>- Incremento de la actividad de CMA</li> <li>- Colaboración con otros servicios: cardiología, radiología, etc.</li> <li>- Programas de mejora de IRAS (Zero)</li> </ul>



El análisis DAFO permite hacer un análisis de situación. Tomando como referencia los resultados del análisis DAFO y se podrá definir una estrategia mediante el análisis CAME con la que poder alcanzar los objetivos

**Tabla 8. Análisis CAME en el Servicio de Anestesia y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra**

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	Estrategias ofensiva	Estrategias de reorientación
<b>OPORTUNIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionar nuestro SAR en foros</li> <li>- Reordenar procesos hacia el nuevo hospital</li> <li>- Humanización de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reformulación de organización urgente y programada en base a complejidad</li> <li>- Mejora continua de la calidad técnica</li> <li>- Definir responsabilidades en área quirúrgica en programas de mejora</li> <li>- Consultants por área de conocimiento y especialidad</li> </ul>
<b>AMENAZAS</b>	<b>Estrategia Defensiva</b>	<b>Estrategia de supervivencia</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento de la productividad con similares RRHH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación intensiva en Lean Management</li> <li>- Formación en nuevas técnicas anestésicas</li> <li>- Seguridad clínica</li> <li>- Innovación en la prestación de servicios</li> </ul>

Si como SAR adoptamos una ESTRATEGIA DEFENSIVA, deberemos de potenciar las fortalezas y minimizar aquellas debilidades que nos hacen ser menos competitivos. En suma, orientándonos hacia las fortalezas, podremos disminuir los efectos de las amenazas.

Si por el contrario, el SAR se orienta hacia una ESTRATEGIA OFENSIVA, nos pondremos en una situación que busca aprovechar las oportunidades (p.ej. la ampliación del Hospital Montecelo y Salnés) pero también podremos adoptar estrategias de crecimiento ante la oportunidad p. ej. Ante el nuevo Hospital de Vigo, con acuerdos de colaboración y rotación, o con Hospital de Santiago, referencia en nuestra área. Potenciando las fortalezas (p.ej. la experiencia en enfermedades infecciosas), se podrá aprovechar mejor la oportunidad. Desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas mínimamente invasivas. Conllevará en el modelo asistencial, una actualización de la cartera de servicios y por extensión, un nivel de formación en anestesia adaptado a esas nuevas técnicas. Con todo ello, se espera un incremento del rendimiento de la actividad quirúrgica.

Apostar por una ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA, sería una espera de mejora ante la falta de recursos económicos, humanos o técnicos. Sin embargo, no parece que sea la más adecuada, ante un nuevo Hospital y ante las apuestas en seguridad que hace nuestro SAR. En todo caso, apostar por esta estrategia buscar superar las debilidades, con el fin de minimizar la amenaza externa.

Por último, adoptar una **ESTRATEGIA DE REORIENTACIÓN** nos llevarían a reformulación de la forma en que prestamos servicios. Si nos orientamos a la calidad técnicas nos lleva a preguntarnos por los resultados propios y ajenos, para ofrecer una mejora continua. En suma, superando la debilidad, se podrá aprovechar la oportunidad. Por ejemplo, con el incremento de la cirugía mayor ambulatoria, conllevará hacia el nuevo hospital un plan de espacios que lleve a una diferenciación de circuitos para CMA y cirugía convencional y por tanto una disminución de la necesidad de camas instaladas. También la aparición de nuevos fármacos y avances en el campo de la anestesia, provocará cambios en los modelos de asistencia, al disminuir la estancia de pacientes. Y ya por último, las TIC en Anestesia, llevarán a una disminución de los desplazamientos de los profesionales al interior del hospital, que debemos tener en cuenta para la reordenación de procedimientos y espacios. Por tanto, un nuevo modelo asistencial que reoriente la actividad quirúrgica hacia el nuevo hospital, con el objetivo de implantarlo antes de la inauguración de la ampliación.

## **1. OBJETIVOS ASISTENCIALES**

Líneas de acción: Grado de consecución y plazos. Aplicación inmediata y a corto plazo, actual organización y estructura del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. En el futuro, diseño y puesta en marcha del Nuevo Hospital Pontevedra

Se presentan las líneas de actuación por línea estratégica (Calidad, Resultados (productividad y planificación) y Seguridad). Estas propuestas están en consonancia con la estrategia general del Área de Gestión Integrada Pontevedra e O Salnés. En cada línea se establecen propuestas de acción a un mes, tres y seis meses. Cada acción en línea con los valores de efectividad y afectividad, incluye acciones hacia lo emocional y hacia la efectividad de los resultados. Es la seguridad, como parte integral de la calidad, esa levadura que provocará la movilización de los profesionales hacia la mejora. La promesa es ser más seguros, trabajar de manera más fácil y sobre todo, con mejores resultados. Una propuesta así de forma inmediata, servirá como impacto, como en otras organizaciones similares. En todo caso, las acciones propuestas estarán en línea con un adecuado flujo de información.



**Tabla 9. Objetivos Asistenciales**

**Líneas de acción: Grado de consecución y plazos. Aplicación inmediata y a corto plazo**

	1 mes	3 meses	6 meses
<b>Línea estratégica: mejora de la seguridad clínica</b>			
<b>Acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa para la prevención "inmediata" de efectos adversos</li> <li>- Listado de Verificación Quirúrgica en todas</li> <li>- Creación de la figura y el procedimiento "No Moleste: Fármacos para pacientes"</li> </ul>	Programa para la mejora de la seguridad clínica en quirófano relaciona con fármacos	Programa para la prevención de efectos adversos con acciones de alto impacto:  Estandarización del informe de alta interna
<b>Línea estratégica: mejora de la productividad y planificación</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación estado de situación:</li> <li>- Feedback a todos los profesionales del SAR que participen en la programación quirúrgica:</li> <li>- Creación de un equipo de acción día post sobre anulaciones quirúrgicas vinculadas al SAR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación estado de situación: metodología Lean</li> <li>- Designación de anestesista de referencia por especialidad.</li> <li>- Feedback quincenal sobre situación de LEQ a los responsables por especialidad quirúrgica</li> <li>- Programa piloto de mejora de la productividad quirúrgica en el SAR</li> <li>- Equipo de evaluación de incidencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de Información a dispositivos móviles: "TU lista de espera quirúrgica en 1 minuto".</li> <li>- Creación de un equipo de acción día post sobre anulaciones quirúrgicas vinculadas a causas imputables al bloque quirúrgico</li> <li>- Comisión de actividad quirúrgica: Plan de mejora del área quirúrgica</li> </ul>
<b>Línea estratégica: mejora de la calidad percibida</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información a familiares en zona adecuada y adaptada a las circunstancias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estandarización de la información a pacientes y familiares</li> <li>- Definición de alarmas y alertas en reclamaciones por trato inadecuado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libro de felicitaciones y agradecimientos en el SAR</li> <li>- Acciones de mejora para la humanización del cuidado (higiene de sueño, orientación a pacientes mayores, atención al delirio por no referencias temporoespaciales)</li> <li>- Mejora de la calidad de vida a pacientes en situación terminal</li> </ul>

La OMS señala los 10 datos<sup>4</sup> sobre seguridad del paciente, donde casi la mitad están relacionados con la actividad quirúrgica. Por ello, implantaremos acciones con contrastada evidencia y que servirán para implantar las líneas estratégicas.

### Línea estratégica: mejora de la seguridad clínica:

---

#### Antes de 1 mes:

- **Programa para la prevención “inmediata” de efectos adversos con acciones de muy alto impacto”:**

A través de herramientas como walkround, briefing o instrucciones de trabajo, promoveremos la constitución de un equipo de intervención inmediata para la implantación de las acciones con evidencia de tener alto impacto en su implantación

- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos
- Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe o neumococo (
- Medidas para la prevención de infección en vías centrales
- Medidas para prever la neumonía nosocomial asociada al uso de ventilación mecánica
- Medidas relacionadas con la prevención de infección en zonas quirúrgicas
- Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones
- Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes
- Identificación de todos los pacientes en todo momento

- **Listado de Verificación Quirúrgica en todas las intervenciones quirúrgicas (programadas o urgentes)**

El LVQ salva vidas, como parte de la cirugía segura. Tiene todavía más sentido antes intervenciones quirúrgicas urgentes. Por último, es un objetivo de la EOXI-PS para este año 2016.

- **Estandarización del cambio de guardia y el pase de visita.**

El cambio de la dinámica de los flujos de trabajo mejora la eficiencia, la seguridad del paciente, la fiabilidad de los cuidados, la experiencia del paciente y el bienestar. Por ejemplo, utilizando el programa RTC<sup>5</sup> (*Releasing Time to Care*). Inicialmente destinada a enfermería y desarrollada por el sistema de salud inglés e implementada en Saskatchewan. (Canadá) también es de aplicación al área médica como una forma de liberar tiempo en el área de agudos

- **Creación de la figura y el procedimiento “No Moleste: Fármacos para pacientes”**

El momento más delicado de la prescripción, es cuando se aporta al paciente la dosis pautada del medicamento indicado. Ese momento requiere máxima concentración y minimizar cualquier interrupción. De ahí, que con carácter inmediato, se creará una identificación destacada y visible, con el lema, NO MOLESTE, Fármacos para pacientes.

#### Antes de 3 meses:

- **Programa para la mejora de la seguridad clínica en quirófano relaciona con fármacos**

Una de las líneas estratégicas de nuestra (EOXI-PS), es la seguridad clínica y en especial, los problemas relacionados con la medicación. Los errores con la administración de fármacos son potencialmente graves en todos los casos y fuente de alargamiento de estancias y de requerimientos de pruebas complementarias.

En los análisis en SENSAR de nuestra organización, así como en SiNAPS, los problemas relacionados con el uso de fármacos es una comunicación frecuente. Además, precisamente por esa frecuencia, y por la potencial de letalidad (estudio ENEAS), es uno de los motivos principales para los Análisis Causa Raíz.

En intervenciones similares<sup>6</sup> ya se afrontan las medidas. Por tanto, se propondrá a través de un equipo con participación activa de los responsables de los Servicios de Farmacia y Anestesia. S

- Re-etiquetar las presentaciones que se identifique como potencialmente confundibles
- Unificar las presentaciones de cada fármaco empleados en Quirófano, eliminando las de menor uso - leer en voz alta el nombre del fármaco solicitado (y la preparación realizada, en su caso)
- Definición de alarma ante cualquier solución cuyo contenido no sea claro o no haya sido solicitada
- Definición como Instrucción para mantener hasta el momento de uso todas las etiquetas y envases de los fármacos con que son remitidos desde Farmacia -

La nueva prescripción electrónica nos ayudará en la mejora de esta área

**Antes de 6 meses:**

- **Programa para la prevención de efectos adversos con acciones de alto impacto:**

- Medidas para el control de la realización de procedimiento en lugar correcto
- Medidas de precaución en el uso de la inmovilización de pacientes
- Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se preste a confusión
- Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo estableciendo políticas y procesos para el uso de estos medicamentos
- Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación a procedimientos quirúrgicos
- Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por rutas enterales
- Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intervaneosa

- **Estandarización del informe de alta interna**

Los informes de alta, entre otros, son utilizados para evaluar la casuística, complicaciones y complejidad. Junto auditorías de calidad de la codificación clínica de diagnósticos y procedimientos, debe contribuir a aproximarnos más a la secuencia asistencial de la atención en nuestro servicio. Por ello, ante los cambios en la homogeneidad de los indicadores basados en el CMBD debemos modificar nuestra forma de relatar los ingresos

tratando de aproximarnos a las demandas de codificación clínica. Por ello, sistemas de información más pegados a la realidad. Más que el peso o complejidad, tenemos que conocer la prestación del servicio. Además, con la implantación en enero del 2016 de la CIE 10 ES, estamos ante una oportunidad para participar en la generación de información. La última modificación fue hace 20 años con la CIE 9 MC. Por ello, designaremos un responsable del seguimiento de la mejora del informe de alta, en coordinación con el departamento correspondiente de la EOXI-PS (Ver [Acciones para el máximo aprovechamiento de recursos en la actividad quirúrgica](#))

### **Línea estratégica: mejora de la productividad y planificación**

---

#### **Antes de 1 mes:**

- **Evaluación estado de situación: Gráfico de Pareto suspensiones quirúrgicas. Análisis de la demanda**
- **Feedback a todos los profesionales del SAR que participen en la programación quirúrgica:**
- **Creación de un equipo de acción día post sobre anulaciones quirúrgicas vinculadas al SAR.**

#### **Antes de 3 meses:**

- **Evaluación estado de situación: metodología Lean**
- **Designación de anestesista de referencia por especialidad.**
- **Feedback quincenal sobre situación de LEQ a los responsables por especialidad quirúrgica**
- **Programa piloto de mejora de la productividad quirúrgica en el SAR**
- **Equipo de evaluación de incidencias:**

#### **Antes de 6 meses**

- **Sistema de Información a dispositivos móviles: “TU lista de espera quirúrgica en 1 minuto”.**
- **Creación de un equipo de acción día post sobre anulaciones quirúrgicas vinculadas a causas imputables al bloque quirúrgico**
- **Comisión de actividad quirúrgica: Plan de mejora del área quirúrgica**

### **Línea estratégica: mejora de la calidad percibida**

---

#### **Antes de 1 mes:**

- **Información a familiares en zona adecuada y adaptada a la situación emocional**

#### **Antes de 3 meses:**

- **Estandarización de la información a pacientes y familiares.** Establecer los requisitos para recibir o dar información por teléfono y otras vías.
- **Definición de alarmas y alertas en reclamaciones por trato inadecuado** Se trata de establecer un flujo adecuado de información en los dos sentidos hacia el paciente y su familia: Educar e informar para modular y hacer más apropiada la expresión de la demanda. Y desde el paciente y su familia: Posibilidad de manifestar el grado de satisfacción, como desencadenante de respuestas de mejora e incluso de anticipación a las necesidades del cliente por nuestra parte

#### Antes de 6 meses:

- **Libro de felicitaciones y agradecimientos en el SAR**
- **Acciones de mejora para la humanización del cuidado (higiene de sueño, orientación a pacientes mayores, atención al delirio por no referencias temporoespaciales)**
- **Mejora de la calidad de vida a pacientes en situación terminal:** Los trastornos del sueño como un síntoma secundario del proceso de la enfermedad avanzada grave.. Suele infra-diagnosticarse e infra-tratar esta complicación. Y cuando se diagnostica, ya ha perdido calidad de vida estos pacientes con enfermedad terminal. Además, provocan situaciones de overbooking en consultas externas de terapia del dolor. Por ello, como intervenciones similares<sup>7</sup>

### En el futuro, diseño y puesta en marcha del Nuevo Hospital de Pontevedra

*Fiedls*<sup>8</sup>, entre las cinco vías del cambio hospitalario para los próximos 10 años, señala que los hospitales deberían centrarse en mejorar sus procesos antes que apostar por nuevas prestaciones. El reto hacia el nuevo hospital nos obligará a rediseñar nuestros procesos desde este momento. Las habilidades para gestionar el cambio son imprescindibles, empezando por la mejora por comparación

Asumir el liderazgo significa también tomar parte activa a la hora de gestionar el cambio necesario en la organización para asegurar el éxito definido en la visión.

Un proceso para gestionar el cambio se basa en:

- Entender la necesidad de cambio. Nadie cambia si no percibe la necesidad. El nuevo hospital es esa necesidad que debemos hacer que nos lleve al cambio
- Definir y priorizar los cambios a realizar, desarrollando los planes asociados.
- Conseguir el compromiso de todos los líderes para cambiar.
- Una orientación hacia los procesos ambulatorios.
- Un nuevo papel de la enfermería, con más protagonismo. P. ej, en consultas externas, en la evaluación preanestésica y en la consulta de dolor crónico. También



en la atención intrahospitalaria para detección precoz de alarmas y alertas en la atención a pacientes quirúrgicos.

- Poner en marcha e impulsar las acciones de cambio, realizando el adecuado seguimiento. Debemos ir hacia el nuevo hospital con una nueva forma de hacer, pero desde nuestra actual situación. No se testarán los cambios en el nuevo hospital, sino que se validará su efectividad en nuestra actual situación. No debemos esperar a las nuevas instalaciones, porque la mejora es continua, porque debemos de llegar con las mejoras realizadas. Para ello, deberíamos de constituir un equipo de coordinación y mejora hacia el nuevo hospital antes del fin de 2017, con el fin de participar en las propuestas de mejoras estructurales y técnicas. Ese equipo de trabajo aprenderá por comparación de otros Servicios de Anestesia y Reanimación, Terapia del Dolor. Por ejemplo, aprenderemos de la performance y resultados de nuestros compañeros en Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro y Hospital Universitario Lucus Augusta, como ejemplos de nuevos centros hospitalarios y también de los cambios en nuestra (EOXI-PS) (ampliación del Hospital del Salnés, nuevo centro de salud en Marín). También mejoraremos por comparación con la experiencia de nuevos hospitales como Hospital Central de Asturias, Son Espases, Torrevieja, etc. Además, hay modelos de nuevo hospitales que deben enseñarnos.

## **PLAN FUNCIONAL PARA LA PROGRAMACION QUIRÚRGICA: URGENTE Y PROGRAMADA**

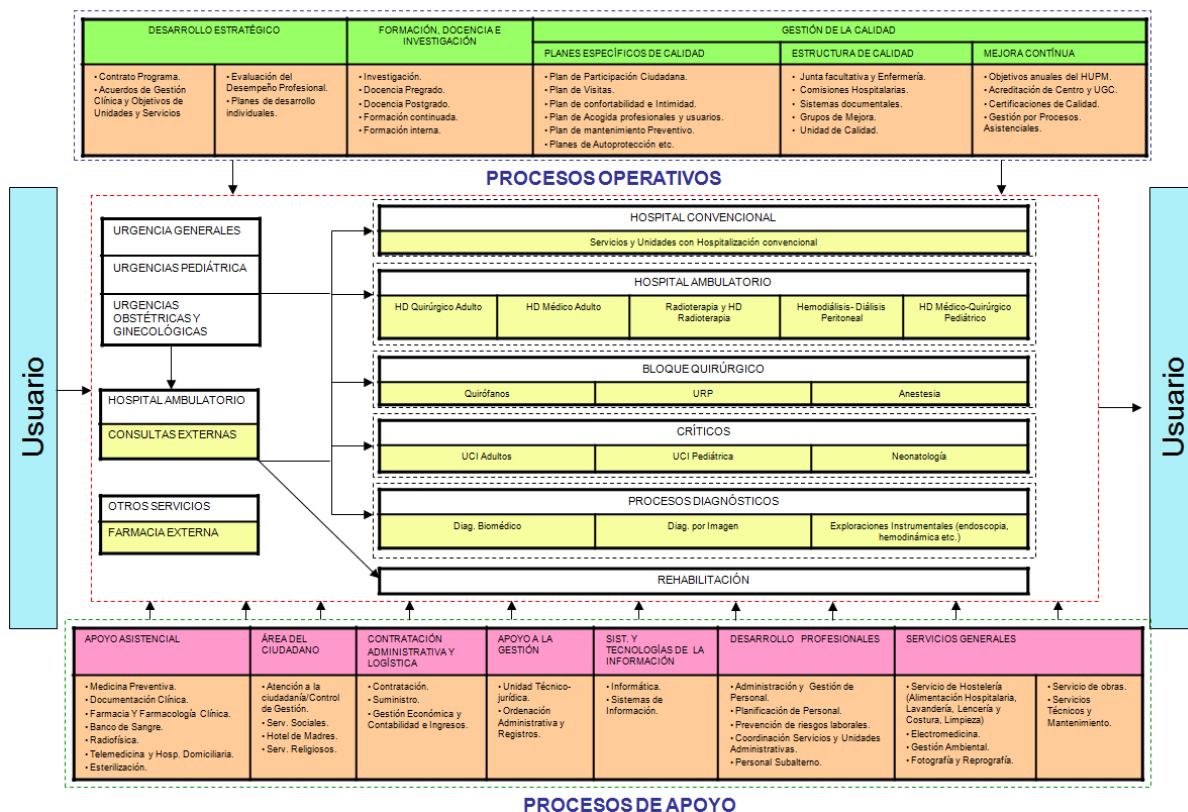
Mapa de Procesos. Diagrama de Flujo. Acciones para la planificación de la programación. Acciones para el máximo aprovechamiento de recursos en la actividad quirúrgica. Responsabilidad operativa de los hitos. Manual de resolución de los problemas frecuentes. Listado de referencia de modalidad quirúrgicas preferentes según procedimientos. Relaciones preferentes con los demás servicios quirúrgicos, críticos, cardiología y urgencias. Relación operativa con otras unidades funcionales del servicio: consulta preanestésica, recuperación reanimación ,etc

---

Mapa de Procesos.

EL Mapa de Procesos de del Manual de Calidad y Política Ambiental, describe el siguiente mapa de procesos.

## PROCESOS ESTRATÉGICOS



Hay distintas estrategias para la atención a pacientes de cirugía no electiva. Una estrategia reserva una parte de la actividad programada para las “urgencias diferidas”<sup>9</sup> en lugar de reservar quirófanos de urgencias. Otra alternativa es planificar el programa de pacientes programados dado el número esperado de emergencias<sup>10</sup>. En la literatura se distingue entre emergencias que deben de ser intervenidas ahora, de aquellos casos urgentes que tienen que ser intervenido en el día de ingreso en oposición a los casos semiurgentes<sup>11</sup>

## Acciones para el máximo aprovechamiento de recursos en la actividad quirúrgica

El bloque quirúrgico es el drive<sup>12</sup> de gasto de más importancia en una organización sanitaria hospitalaria. Añadamos los avances de la tecnología, a la vez que procesos menos invasivos y la progresión de más procesos ambulatorios, nos obligarán a una nueva forma de afrontar la atención quirúrgica. El área de mejora potencial es enorme.

### Antes de 1 mes:

- **Evaluación estado de situación: Gráfico de Pareto suspensiones quirúrgicas. Análisis de la demanda**
- **Feedback a todos los profesionales del SAR que participen en la programación quirúrgica:** En la programación quirúrgica se incluirá siempre información sobre la situación de lista de espera, antes y después de la sesión. Como en intervenciones similares<sup>13</sup>, la asunción de proyectos por parte de la comisión da argumentación colectiva para lograr los objetivos institucionales. La reconversión de la comisión de

actividad quirúrgica en un área más ejecutiva que distributiva nos ayudara a lograr cambios en la asignación quirúrgica vinculada a la mejora

- **Creación de un equipo de acción día post sobre anulaciones quirúrgicas vinculadas al SAR.**

#### Antes de 3 meses:

- **Evaluación estado de situación: metodología Lean:** (ver más adelante, resultados en Hospital Clinic)
- **Designación de anestesista de referencia por especialidad.** Los servicios quirúrgicos tendrán un anestesiolog@ de referencia para técnicas de especial dificultad, para que sirva de consultant a otros compañeros.
- **Feedback quincenal sobre situación de LEQ a los responsables por especialidad quirúrgica**
- **Programa piloto de mejora de la productividad quirúrgica en el SAR**
- **Equipo de evaluación de incidencias:**

#### Antes de 6 meses

- **Sistema de Información a dispositivos móviles: “TU lista de espera quirúrgica en 1 minuto”.**
- **Creación de un equipo de acción día post sobre anulaciones quirúrgicas vinculadas a causas imputables al bloque quirúrgico**
- **Comisión de actividad quirúrgica: Plan de mejora del área quirúrgica.** Reformulación de la comisión de quirófanos. Sería adecuado, más allá de una distribución de quirófanos, la designación de proyectos de mejora, con responsabilidades claras y la asignación priorizada y segmentada del volumen de sesiones quirúrgicas en función de la información de la lista de espera y de los recursos de hospitalización. La comisión revisará las prioridades por especialidad de los pacientes incluidos la semana anterior en el registro de espera quirúrgica con prioridad 1 para la comprobación de su correcta asignación. Dada que la asignación de la prioridad es susceptible de revisión en cualquier momento del proceso de gestión de pacientes en lista de espera quirúrgica, se utilizarán los documentos normativos para la validación de la prioridad. Atención y alarma ante ingresos urgentes de paciente en LEQ.

### Responsabilidad operativa en los hitos.

Los **Hitos operacionales** implican la participación del equipo en la toma de decisiones está relacionada en gran medida con el grado de delegación que se ejerza. Como jefe de sección promoveré, en coordinación con la jefatura del servicio, un responsable operativo (*team leader*) de cada proyecto. El responsable de proyecto tendrá autonomía mediante

empowerment o delegación responsable. Se reconocerán sus logros y los del equipo. En aquellos relacionados con responsabilidades operativas en procesos, se nombrarán responsables de esos procesos. Los **Hitos estratégicos** son aquellos que definen mejoras estratégicas (mejora de la eficiencia y seguridad clínica, p.ej.) la responsabilidad operativa está vinculada al área de dirección del SAR. Especialmente, los objetivos corporativos tendrán una responsabilidad directa de la dirección intermedia del SAR.

### **Manual de resolución de los problemas frecuentes.**

---

- Sobre aforo en Reanimación: La falta de camas es una causa frecuente de cancelaciones por razones no clínicas. Las camas de hospitalización convencional frecuentemente están disponibles a segunda hora de la mañana, una vez que se han dado las altas. De ahí la importancia de la protocolización del pase de visita para el alta y la gestión de las prealtas. Se puede mejorar la eficiencia admitiendo a los pacientes en un área preoperatoria el mismo día de la cirugía. Esta área puede estar integrada con el área de evaluación preoperatoria para facilitar el uso de personal entrenado y facilitar el traslado al quirófano. También existe una alternativa ante sobreaforo, con la camas de la U. de C.M.A. en horario de mañana con la adecuada monitorización. Ya por último, la colaboración de otros hospitales de la red nos puede ser de potencial utilidad
- Ausencia de relevo en guardias: Realización de un procedimiento para la sustitución de personal por causa sobrevenida, con la participación de jefes de guardia, dirección y el área de RRHH.
- Paso de guardia: Estandarización del paso de guardia y cambio de actividad
- Problemas de comunicación entre área enfermería y médica: walk rounds y briefing para la puesta en común de problemas de seguridad. Además, realizaremos “sesiones bibliográficas” conjuntas y nos involucraremos conjuntamente en la evaluación de los programas Zero en los que estamos comprometidos
- Crisis en Anestesiología y Cuidados críticos: A partir de la bibliografía y experiencias, el SAR dispondrá de una Guía de atención a Crisis en Anestesiología y Cuidados críticos, para afrontar cualquier situación de crisis que se pueda producir en las áreas quirúrgicas. La estandarización llevará a una disminución de la VPM, y sobre todo para que pueda ser evaluada nuestra respuesta ante situaciones de crisis que puedan afectar tanto a la seguridad de los pacientes como los profesionales. manejo integral del paciente desde el punto de vista de la prevención. Esta guía de atención a situaciones de Crisis en Anestesiología y Cuidados críticos’ incluirá a todos los profesionales sanitarios

### **Listado de referencia de modalidad quirúrgicas preferentes según procedimientos.**

---

La prioridad 1 define la intervención quirúrgica que no admite una demora superior a 30 días. El objetivo es asegurar la atención rápida y minimizar los retrasos, realizando un uso eficiente de los recursos sanitarios.. Los procedimientos quirúrgicos que deben realizarse

con prioridad 1 están protocolizados<sup>3</sup> para enfermedades potencialmente graves, y que la misma espera puede condicionar la evolución del proceso. Por tanto, implica un trabajo en equipo. Así, con una visión integral, nuestra (EOXI-PS) tiene definidas Vías Rápidas de Diagnóstico y tratamiento para patologías como Cáncer Colorectal, Mama, melanoma, Pulmón, Urología, etc

En la prioridad 2, el tiempo de espera recomendable no debe superar los 90 días. En la definición de Prioridad 3, la enfermedad que padece y motiva la intervención quirúrgica, permite la demora del tratamiento, porque no produce secuelas importantes. Existen mecanismos de control para detectar las variaciones que puedan surgir en el tipo de prioridad durante su espera.

Aquellos procedimientos que sean definidos como prioridad 1 tendrán un seguimiento estricto con un responsable directo desde la dirección del SAR.

Los GRD quirúrgicos más frecuentes serán de seguimiento continuo. Ahora bien, todos los relacionados con el área materno infantil tendrán una especial consideración por todas las implicaciones que conlleva

## Relaciones preferentes con los demás servicios quirúrgicos, críticos, cardiología y urgencias.

---

Nuestra actividad tiene sentido si la enmarcamos en los resultados asistenciales de la organización. Contribuimos a una parte del tratamiento de los pacientes que atiende nuestra organización. Por ello, formamos parte de procesos asistenciales en los que intervenimos como parte del equipo. El SAR no es el bloque quirúrgico, sino que también es el bloque quirúrgico y el proceso asistencial que ha llevado a un paciente a requerir intervención quirúrgica o tratamiento del dolor, por ejemplo. En especial, estamos implicados los resultados de las Vías de Alta Resolución en Consultas Externas en procesos oncológicos (mama, pulmón, etc)

Nuestra relación será muy estrecha con la **Unidad de Cuidados Intensivos**. Tenemos procesos comunes, pacientes y problemas comunes pero también programas comunes.

Por ejemplo, la cesión de camas cuando la actividad asistencial lo requiere o compras comunes a ambos servicios, así como la unificación de máquinas para Hemofiltración, así como material fungible (Catéteres para canalización vías venosas centrales y vías arteriales). La visión piramidal jerárquica, organizada por funciones y parcelada, tiene que dar paso a una organización horizontal, con redes descentralizadas y flexibles en la toma de decisión, con canales de comunicación rápidos, con una evaluación permanente buscando eficiencia y satisfacción del paciente. Agrupar el conocimiento para gestionarlo y establecer redes nuevas que lleven a mejorar la atención del paciente. Con la Unidad de Cuidados Intensivos es, simplemente, imprescindible. Tenemos programas compartidos como todos aquellos del área de infección, pero también, debemos de compartir protocolización en la atención a pacientes complejos. Además compartimos tecnología. Sería oportuno compartir competencias y establecer un referente por tipo de intervención (videolaringoscopia, catéter venoso central, bloqueos, etc) y por procesos. **La implantación del código sepsis y la atención a pacientes politraumatizados**, puede ser una línea de interacción. Además, dentro de la atención a pacientes críticos, el área de URGENCIAS es uno de los principales proveedores. De ahí, que tanto UCI y URGENCIAS, junto

---

3 [http://www.sergas.es/Docs/ListasEspera/InfoPacientesListaEsperaCIR\\_CAS.pdf](http://www.sergas.es/Docs/ListasEspera/InfoPacientesListaEsperaCIR_CAS.pdf)

con este servicio debe establecer protocolos conjuntos para la atención crítica a pacientes. Así, la implantación de acciones de mejora tiene que tener una visión de estos tres servicios, con equipos de trabajo.

Las acciones dirigidas a la coordinación y al establecimiento de alianzas en el ámbito de la asistencia, docencia e investigación, con los diferentes servicios y unidades del hospital representan una de las acciones que en mayor medida contribuyen a optimizar el funcionamiento de los grupos y mejorar su eficiencia. Desde hace años y plenamente convencido de esta afirmación he tenido oportunidad de colaborar y liderar diversas acciones en el (EOXI-PS) desde el servicio de SAR. En este sentido la relación de unidades y actividades más relevantes han sido:

**CARDIOLOGIA** es la especialidad que más ha saltado todas las fronteras médico quirúrgicas. Además de la tecnología de colocación de stents, la cardiología intervencionista, al realizar angiografía por TAC y resonancia magnética, en el diagnóstico de la enfermedad arterial coronaria, ha dado ese salto cualitativo. (Ver área de consulta preanestésica)

Con **ENDOCRINOLOGIA**, el área importantísima de la NUTRICIÓN y también PROTOCOLO SUEROTERAPIA EN PACIENTE QUIRÚRGICO DIABÉTICO

El incremento de procedimientos ambulatorios más intervencionista necesita procedimientos anestésicos fuera del área quirúrgica. Desde procedimientos mínimamente invasivos, (endoscopia digestiva, endoscopia ginecológica o en área neumológica) a otros con mayor invasión (CPRE). Es imprescindible consensuar con los servicios implicados (**ORL, Aparato Digestivo, Neumología,...**), la necesidad de servicios anestésicos. Además, debemos de consensuar la accesibilidad de un especialista en cuidados críticos. Mantener la Sedación Analgesia entre niveles superficiales a moderados (grados 3-5 de la escala de Ramsay) es una tarea difícil y que requiere de una vigilancia continua<sup>8</sup>

En **Ginecología** consensuaremos Protocolo de atención postcesárea o la atención a la endometriosis . Así, permitiría mayor precisión en el diagnóstico y la atención al dolor, además de trabajar conjuntamente con Urología, Aparato Digestivo, Anestesia-Unidad del Dolor, especialistas en Radiología y Enfermería. En otros **SERVICIOS QUIRÚRGICOS** asistimos a un momento apasionante, por un lado, la cirugía trata de minimizar sus abordajes y otras áreas clínicas se convierten en intervencionistas, por tanto, con necesidades de cuidados postoperatorios. No solo diagnostican sino que son tratamientos. Destaca la **cirugía endovascular** y el crecimiento de la radiología intervencionista. Añadamos el diagnóstico por imagen, ahora sí, con gran presencia en el área quirúrgica y estamos ante un momento de redefinición del funcionamiento del área quirúrgica. Las nuevas técnicas y los nuevos abordajes, nos llevará con más frecuencia con quirófanos compartidos, con mucha mayor frecuencia que ahora. El coste de la tecnología hace necesario un mayor esfuerzo en una adecuada gestión del proceso de adquisición, compra, mantenimiento y reposición del equipamiento quirúrgico. La tendencia de incremento de la cirugía mínimamente invasiva presenta un importante desarrollo (laparoscopia, endoscopia intervencionista, cirugía guiada por imágenes) pero también nuevas técnicas que combinan radiología con técnicas por ablación por criocirugía o mediante tecnología láser a SISTEMAS HIFU (focaliza la energía de un haz de ultrasonido de alta frecuencia en un volumen pequeño de tejido (diana) sin introducir ningún dispositivo en el paciente para producir necrosis en zonas tumorales). Estos nuevos abordajes tienen un acompañamiento de técnicas anestésicas que nos obligará a la formación especializada y a designar consultas de referencia en el servicio Con un incremento interanual medio del 6,8%, su evolución creciente por tanto, llevará a un nuevo rol en el área quirúrgica y de

igual forma, un área de conocimiento y expertice propia en el área de Anestesia y Reanimación, en especial, en el área vascular y urológico. Con el servicio de **Cirugía General y Digestiva** está establecido un PROTOCOLO DE ACTUACION EN LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA desde el año 2009, que deberíamos de evaluar. Con **Obstetricia**, se ha regulado la atención a la IVE. También debemos de concluir el PROTOCOLO MANEJO CEFALEA POSTPUNCIÓN DURAL , PROTOCOLO INGESTA ORAL DURANTE TRABAJO DE PARTO PROTOCOLO MANEJO CEFALEA POSTPUNCIÓN DURAL

- **Servicios de Farmacia y Tecnologías de la Información:** desarrollo del programa SILICON para LA prescripción electrónica.
- **Servicios de Medicina Interna:** atención de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (creación de la Unidad), para la priorización en consultas preanestésicas
- - **Servicio de Microbiología:** realización de estudios de bacterias resistentes a antibióticos en pacientes, como medida de control de la infecciones por gérmenes EPC entre otros
- **Radiología vascular intervencionista:** realización de pruebas invasivas en pacientes de Unidad de Reanimación

**Relación operativa con otras unidades funcionales del servicio: consulta preanestésica, recuperación reanimación, etc**

Entre la URPA y la UNIDAD DE REANIMACIÓN hemos protocolizado la atención a

Tabla. PROTOCOLOS, GUIAS E INSTRUCCIONES DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN (AREA MÉDICA)

- Protocolo de SEDACIÓN
- Protocolo de Monitorización guiada por Objetivos
- Protocolo de SEPSIS. Surviving Sepsis Campaign 2013.
- Protocolo de Antibioterapia. Hospital Clinico de Barcelona. Dr. Mensa
- Recomendaciones de la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica en cuanto a Infección Fúngica Invasora
- Recomendaciones del Proyecto Epico de Infección Fúngica Invasora. Del cual formo parte. Ha sido un Proyecto Nacional durante cinco años en la que hemos participado profesionales del Enfermo Crítico de diferentes Hospitales de nivel nacional.
- Protocolo de Traqueotomía Percutánea
- Protocolo de Hemodiafiltración veno venosa continua

La [Acogida del Paciente en Reanimación \(HP\)](#) y el Protocolo de Enfermería al Ingreso en Pacientes de Reanimación (HM) así como el Procedimiento de Enfermería al Alta en Pacientes de Reanimación (HM) [Alta de Pacientes de Reanimación \(HP\)](#) están protocolizadas para su alta interna o alta a otra unidad del Servicio

Desde 2013 la UNIDAD de REANIMACIÓN, actualizó sus protocolos internos médicos y de enfermería (ANEXOS), y consensuó con los servicios que se citan.

PROCESOS SUBSIDIARIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN	
Cirugía General Digestiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrectomías ampliadas.</li> <li>• Pancreatectomías.</li> <li>• Segmentectomías hepáticas.</li> <li>• Resecciones abdomino-perineales, según criterios médicos.</li> <li>• Cirugía bariátrica, según criterios médicos.</li> <li>• Peritonectomías.</li> </ul>
Cirugía Vascular:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía de la Aorta abdominal. Abierta y Endovascular.</li> <li>• Cirugía carotídea: Stent. Tromboendarterectomías carotídeas.</li> <li>• Cirugía Vascular mayor de miembro superior.</li> <li>• Endoprótesis Aórticas torácica</li> </ul>
COT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reimplantes de cadera y rodilla.</li> <li>• Cirugía mayor de columna.</li> </ul>
ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laringuectomías totales ampliadas.</li> <li>• Cancerología de boca y cuello</li> </ul>
Cirugía Urológica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostatectomías radicales abiertas, no laparoscópicas.</li> <li>• Cistectomías totales</li> <li>• Nefrectomías Parciales o Totales complicadas.</li> <li>• Nefrolitotomías percutáneas</li> </ul>
Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicaciones de Cirugía Obstétrica.</li> <li>- Cirugía de Urgencia en pacientes en estado grave (sépticos, poli traumatizados, shock hemorrágico, ...) pacientes críticos que requieran ingreso en la Unidad de Reanimación.</li> <li>- Traslados desde otros hospitales del área: somos Centro de Referencia del Hospital del Salnés.</li> </ul>

Se estandarizará la transferencia de pacientes entre hospitales y también entre servicios críticos y la Unidad de Reanimación.



## - **PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL AREA DE CONSULTAS DE ANESTESIA Y UNIDAD DE REANIMACIÓN.**

En las auditorías internas realizadas en los centros hospitalarios durante el mes de octubre de 2015, siguiendo el procedimiento de Uso seguro del Cloruro Potásico vigente en nuestra comunidad autónoma.

Tras más de 5 años de andadura del procedimiento de uso seguro de CLK en nuestra comunidad y que a día de hoy todos los centros disponen de una amplia gama de soluciones diluidas de este electrolito, se deben revisar en todos los centros qué unidades necesitan de manera excepcional y justificada la existencia de ampollas concentradas, y retirar de todas aquellas que no se designen como autorizadas este fármaco.

En las auditorías internas realizadas en todos los hospitales durante el mes de octubre de 2015, para evaluar el procedimiento de Uso seguro del Cloruro Potásico, nuestra (EOXI-PS) alcanza la práctica total de las prescripciones correctamente realizadas en las que consten la dosis de cloruro potásico en miliequivalentes o milimoles y nunca el ampollas o mililitros. Además, el registro de doble chequeo en la preparación y la administración de concentrados de CLK, se cumple superando el estándar que marca nuestro SERGAS.

En todo caso, no podemos bajar la guardia y así deberíamos, con el servicio de Farmacia, mejorar el etiquetado de los sueros, (dosis CLK y velocidad de infusión).

## **MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

---

Es evidente que el Bloque Quirúrgico constituye un componente nuclear del hospital alrededor del cual se organizan una buena parte de los procesos asistenciales y de soporte de todo el sistema sanitario. Pero además, es una de las áreas donde se concentran, en un punto del proceso asistencial, más recursos humanos y tecnológicos; y con la participación de un amplio número de diferentes profesionales de muchas especialidades y unidades. Por tanto, el Bloque Quirúrgico es uno de los recursos sanitarios que conlleva una mayor complejidad y en el que una gestión eficiente puede aportar mayores beneficios. Pero además, la actividad quirúrgica, por las características intrínsecas de la misma se ha identificado claramente como una de las áreas donde se producen más riesgos para la salud del paciente derivados de eventos adversos de la asistencia sanitaria.

Por si estos elementos no fueran de suficiente peso debemos también hacer mención a que en los últimos años los quirófanos se encuentran en una continua transformación y evolución debido, principalmente, a los avances tanto tecnológicos como clínicos que posibilitan la incorporación de nuevos tratamientos, cada vez menos invasivos y ambulatorios.

Estas ideas repercuten en la necesidad de evaluar cuáles son las necesidades reales de los centros en cuanto a la tecnología con la que afrontar estos nuevos retos y las necesidades de realizar reciclajes y formación para la utilización de estos nuevos medios.

Es evidente que el Bloque Quirúrgico constituye un componente nuclear del hospital alrededor del cual se organizan una buena parte de los procesos asistenciales y de soporte de todo el sistema sanitario.

Pero además, es una de las áreas donde se concentran, en un punto del proceso asistencial, más recursos humanos y tecnológicos; y con la participación de un amplio número de diferentes profesionales de muchas especialidades y unidades.

Por tanto, el Bloque Quirúrgico es uno de los recursos sanitarios que conlleva una mayor complejidad y en el que una gestión puede aportar mayores beneficios.

Pero además, la actividad quirúrgica, por las características intrínsecas de la misma se ha identificado claramente como una de las áreas donde se producen más riesgos para la salud del paciente derivados de eventos adversos de la asistencia sanitaria.

Por si estos elementos no fueran de su ciente peso para justificar el presente documento, debemos también hacer mención a que en los últimos años los quirófanos se encuentran en una continua transformación y evolución debido, principalmente, a los avances tanto tecnológicos como clínicos que posibilitan la incorporación de nuevos tratamientos, cada vez menos invasivos y ambulatorios.

Este crecimiento de la estructura quirúrgica ha venido acompañado de un importante crecimiento de la actividad. Entre 2002 y 2012 la actividad quirúrgica en España ha crecido en 600.000 intervenciones anuales pasando de 2,9 a 3,5 millones de intervenciones. Esta evolución nos ha llevado a una tasa de intervenciones por mil habitantes de 102,8. Es decir, se realiza una intervención quirúrgica cada año a más de uno de cada diez habitantes en España.

Es importante observar cómo este crecimiento se debe muy mayoritariamente a la cirugía ambulatoria, que ha experimentado un crecimiento del 84% en la última década mientras la cirugía con ingreso se ha mantenido relativamente estable.

Cuatro de cada cinco quirófanos comienza su actividad con retraso, siendo el retraso medio de más de 30 minutos.

Una de cada tres intervenciones empieza con retraso respecto a su programación.

Uno de cada tres quirófanos realiza actividad después del horario de funcionamiento teórico.

## PROGRAMA DE MEJORA DE LA EFECTIVIDAD DEL AREA QUIRÚRGICA

Estrategia para el inicio de las intervenciones quirúrgica en programa ordinaria no exceda de las 08.15 h en el 25% de los casos, entre 08.15-08.30 (50% casos) y 08.45 (en el 25%) Programa de medidas organizativas y de gestión clínica para: Reducción de las intervenciones suspendidas por el Servicio de Anestesia. Incremento del número de intervenciones realizadas en jornada ordinaria. Disminución de intervenciones en programa ordinaria con ingreso urgente

### Incremento del número de intervenciones realizadas en jornada ordinaria.

**Tabla 10. Intervenciones quirúrgicas totales, urgentes y en jornada ordinaria entre 2012 y 2015**

IQ TOTALES	2012	2013	2014	2015	2015vs2014	2015vs2012
<b>con ingreso</b>	8833	8708	8849	8353	-6%	-5%
<b>CMA</b>	6715	8075	8170	7765	-5%	16%
<b>Cirugia menor</b>	3320	3141	3449	3751	9%	13%
<b>Total</b>	18868	19924	22482	19869	-12%	5%

Jornada ORDINARIA						
<b>con ingreso</b>	5728	5721	5791	5501	-5%	-4%
<b>CMA</b>	6141	6598	6902	6739	-2%	10%
<b>Cirugia menor</b>	2898	2714	2777	3025	9%	4%
<b>Total</b>	14767	15033	15470	15265	-1%	<b>3%</b>
Intervenciones Quirúrgicas URGENTES						
<b>con ingreso</b>	2560	2699	2730	2555	-6%	0%
<b>Ambulatoria</b>	416	378	590	594	1%	<b>43%</b>
Indicadores de rendimiento quirúrgico						
<b>SESIONES Q</b>	3530	3523	3601	3571	-1%	<b>1%</b>
<b>SUSPENSIONES</b>	4,00%	3,70%	3,10%	4%	16%	<b>-10%</b>
<b>RENDIMIENTO</b>	76,9%	75,6%	75,4%	<b>75,5%</b>	0%	<b>-2%</b>
<b>EM Prq</b>	1,36	1,3	1,22	1,14	-7%	<b>-16%</b>
<b>IQPROGRAMADA</b>	11302	11095	10906	11322	4%	0%
<b>URGENCIA DIFERIDAS</b>	4,7	5,2	5,60%	5,20%	-7%	11%

La actividad quirúrgica total en jornada ordinaria se mantiene prácticamente igual en los últimos tres años. Superando las 15 mil intervenciones quirúrgicas en esa jornada ordinaria, alcanzando rendimiento quirúrgicos superiores al 75%. Por tanto, parece estabilizado el rendimiento quirúrgico y el número de intervenciones quirúrgicas en jornada ordinaria

**Tabla 11. Intervenciones quirúrgicas totales en Jornada Ordinaria, por año citado. Evolución entre 2015 y 2014 y el año 2012**

	2012	2013	2014	2015	2015vs2014	2015vs2012
<b>con ingreso</b>	5728	5721	5791	5501	-5%	-4%
<b>CMA</b>	6141	6598	6902	6739	-2%	10%
<b>Cirugia menor</b>	2898	2714	2777	3025	9%	4%
<b>Total</b>	14767	15033	15470	15265	-1%	3%

Cuando se compara la actividad realizada en el año 2012 vs 2015, se aprecia un incremento de la actividad de CMA y cirugía menor, de 10 y 4% respectivamente, junto con una disminución de un 4% de la cirugía con ingreso. Sin embargo, 11516 frente a 11619 intervenciones quirúrgicas de Cirugía menor y CMA, llevan a señalar que la disminución de iq. menor y CMA es de un menos uno por cien, incluyendo jornada ordinaria y extraordinaria.

**Tabla 12. Intervenciones quirúrgicas TOTALES de CMA en el CHP**

	2014	2015	2015vs2014
<b>Cm+CMA</b>	11619	11516	-1%

Sin embargo, se constata, que a pesar de esos datos de rendimiento, las iq. pueden comenzar en un horario más temprano que nos permitirán incrementar el rendimiento de quirófono a un 80%.

El retraso en el inicio (*Late starts*) es una de las principales disfunciones en el bloque quirúrgico que se traduce en ineficiencia, tanto en nuestro SNS como en otros países. Cuatro de cada cinco quirófanos comienza su actividad con retraso, siendo el retraso medio de más de 30 minutos. Una de cada tres intervenciones empieza con retraso respecto a su programación. Uno de cada tres quirófanos realiza actividad después del horario de funcionamiento teórico. La disfunción entre la terminación tarde de una sesión quirúrgica se da sobre todo entre enfermería, que suele corresponde al mismo turno, respecto al área médica con prolongaciones puntuales .

En la puesta en marcha del programa se necesita la implicación de los responsables de los servicios quirúrgicos, área de enfermería, liderados por la Dirección. Para ello, nada mejor que definir reglas (puntualidad) de relación entre los que intervienen en la actividad quirúrgica, desde el personal subalterno. La responsabilidad de los jefes se tiene que ver en las reunión es semanales para análisis de la productividad quirúrgica. La asignación de sesiones debe de tener en cuenta la productividad y la adecuación de la utilización de los tiempos quirúrgicos

- **Programación de acuerdo a los tiempos medios ponderados** que se calculen en el hospital por facultativo y sesión
- **Análisis de situación. Datos a partir de un Pareto** para agrupar las causas en cuatro categorías (servicio, técnicas, logística y otras) para establecer acciones de mejora. Desde control de gestión un estudio y evaluación de los tiempo de demora en las intervenciones por falta de tiempo, cuando son realizadas si el tiempo planificado hubiera sido el adecuado.



- **Creación de un equipo de trabajo.** Mejora por comparación: adaptación de las mejores prácticas realizadas en nuestro entorno para la mejora de la productividad del área quirúrgica

- **Revisión de la actividad interquirúrgica:** Las acciones de actividad interquirúrgica (limpieza, preparación, cura de la herida quirúrgica) presentan gran variabilidad presentan en el aprovechamiento quirúrgico. También la demora en obtención de resultados perioperatorios en servicios no quirúrgicos (anatomía patológica, radiología) contribuyen a una potencial mejoría.

- **Las sesiones clínicas se realizarán secundarias a las necesidades de los pacientes y la organización.** En la actualidad se desenvuelven tanto las formativas con residentes como generales del servicio a un horario que es colusivo, por un lado, con la sesión general del hospital y por otro, con la atención preferente de los pacientes. Por ello, dado que la organización está diseñada para dar su mayor rendimiento en el inicio de la mañana, una de las primeras medidas organizativas será supeditar las actividades citadas a la efectividad del servicio. Por un lado, nos alineamos con la organización y por otro, rompemos formas de hacer. Para cambiar formas de hacer y pensar, los cambios vienen por cambiar hábitos.

- **Flexibilizar el comienzo de la jornada quirúrgica** desde las 07.30-45 para comenzar la actividad quirúrgica en el inicio de la hora marcada. Los problemas

vinculados con los inicios tardíos de la actividad quirúrgica se señalaba la necesidad de adaptar los horarios a la programación quirúrgica. Nuestra rigidez en la situación llevara que a falta de medidas más de fondo, la planificación y mejora tiene un componente local y de acuerdos singulares. Con acuerdo de los participantes se podrían implantar de forma un programa piloto de sesiones de 12 h., con rotación quirúrgica de profesionales.

### **Disminución de intervenciones en programa ordinaria con ingreso urgente**

La atención quirúrgica urgente tiene su propia literatura. Así el Emergency Abdominal Surgery Course (2016), encuentro internacional promovido entre otro, por la Donegal Clinical and Research Academy. Del encuentro se desprende que la Cirugía de Urgencias incluye la Radiología, Gastroenterología, anestesia, cuidados intensivos y Enfermería. Se trata de una relación compleja entre diferentes puntos de vista sobre el enfermo, que debe garantizar su óptimo tratamiento. La creciente colaboración internacional garantiza la óptima educación e intercambio de estrategias terapéuticas que pueden ser compartidas entre asociaciones, instituciones y colegios profesionales. En la cirugía urgente, la historia natural de las presentaciones clave en cirugía de urgencias, de las probabilidades de enfermedad, patrones clínicos, estrategias diagnóstico-terapéuticas y resultados ayudan a ser efectivo. La Cirugía de Urgencias es una subespecialidad crucial de la atención sanitaria, y está considerada, más que una disciplina, como un ejercicio de trabajo en equipo.

**Tabla 13. Evolución del índice de urgencias diferidas (%) en los años 2012 a 2015. Evolución entre el 2015 y 2014 y entre 2015 y 2012**

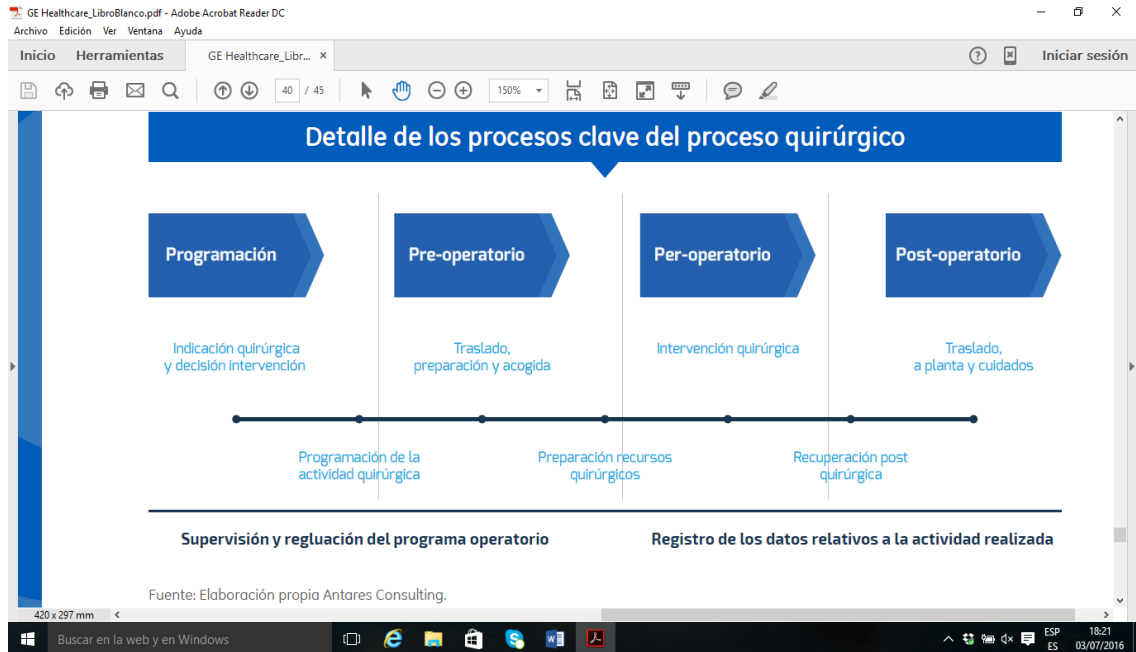
	2012	2013	2014	2015	2015vs2014	2015vs2012
<b>URGENCIA DIFERIDAS</b>	4,70%	5,20%	5,60%	5,20%	-7%	11%

Se constata un incremento de un 11% entre el año 2012 Y 2015, y en el período 2014-2015, una disminución de un 7%, pasando de una tasa de 5.6% a 5.2%.

En la negociación de objetivos del año 2015, el % de intervenciones no programadas diferidas, desde la dirección del servicio se señalaba “las intervenciones quirúrgicas programas en general y las urgentes en particular, revisten cada vez más complejidad lo que lleva parejo más tiempo para su ejecución. Además los anestesiistas que prestan atención continuada, han de hacerse cargo de los pacientes de URPA y de los ingresados de la Unidad de Reanimación. Además las urgencias traumatológicas recaen fundamentalmente en pacientes de edad avanzada que presentan graves comorbilidad, y tratamientos que limitan la realización de una cirugía inmediata<sup>2</sup>. Además en septiembre de 2014, la plantilla de guarida disminuyó en un facultativo de turno de noche (22h a 08.00). Por ello, la implantación de medidas para disminuir la programación de la urgencia diferida, podrán beneficiarse de un incremento de la atención continuada, vinculada a la realización de la actividad quirúrgica de carácter urgente. Esto es, el modo de ingreso urgente, condiciona su tratamiento y seguimiento como urgente, con los recursos puestos a esta atención.

- **Feedback personal individualizado y grupal sobre la evolución de la productividad quirúrgica ajustada por complejidad,**
- **Formación en mejora disruptiva en la metodología Lean,**

- **Implicación de los profesionales a partir de herramientas de apoyo a la implantación (Productiv Operatin Theater -POT).** Se estima que ha permitido una mejora en la productividad al reducir las urgencias diferidas
- **Promover la formación específica en aspectos no técnicos (comunicación,**



**trabajo en equipo, etc.) en los profesionales del bloque quirúrgico.**

- **Mejorar la comunicación en la transferencia del paciente de quirófanos a reanimación o unidad de cuidados intensivos.**
- **Implicación de la dirección de los servicios quirúrgicos y de soporte**
- **Protagonismo real a la supervisión de enfermería del área quirúrgica para evaluación y línea directa sobre problemas detectados**
- Eliminar o reforzar las actividades “formativas o de grupo” colusivas con el tiempo de utilización quirúrgica
- **Definición de niveles de complejidad** (riesgos anestésico, necesidad de profesionales, tiempo quirúrgico promedio)
- **Gestión de la programación quirúrgica según su nivel de complejidad.** Esto es, programar la actividad quirúrgica en base a sesiones de alta (QC) o baja complejidad (Qbc) con el objetivo de aumentar la eficiencia y la productividad, manteniendo la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Es la complejidad quirúrgica objetiva, la necesidad de hospitalización en reanimación, el tiempo quirúrgico y el número de profesionales asignados los que permitirán ajustar una programación. En

experiencias similares, los resultados que se esperan de esta nueva programación es un aumento de la productividad<sup>4</sup> del 18% y

- **Plan de acción: Definición de responsabilidad y propiedad del proceso de mejora (Área de Enfermería)**
- **Análisis de situación**
- Rediseño de proceso. Prueba piloto,
- **Cuadro de mandos: indicadores y repórter de situación**

Debe definirse siempre la actividad mínima necesaria para cumplir los objetivos asistenciales. Esto es, en período habituales (navidades verano, etc), es predecible la demanda al estimar las necesidades para lograr los objetivos de la organización.

La Gestión Clínica se puede definir como la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención a los pacientes. Supone una alternativa de gestión en las actuales unidades asistenciales, que se basa en la co-dirección de clínicos y gestores. Este enfoque se considera esencial para planificar el modelo organizativo y funcional del Servicio de SAR

La evaluación de una actividad no puede realizarse si no existe un conocimiento razonable del resultado de la misma, es decir, su producción. Los servicios sanitarios son muy complejos y producen gran número de bienes y servicios, unos de fácil medida, como los procedimientos radiológicos o las pruebas de laboratorio, y otros de difícil cuantificación, como los cuidados médicos y de enfermería propias de cada paciente. Estos últimos constituyen la finalidad misma del hospital. Existen tantos productos como pacientes se han tratado, de ahí la necesidad de clasificar o agrupar pacientes y unificar criterios en el proceso de cuidados. Las herramientas empleadas en la evaluación deben ser elementos validados, fiables y adaptados a las necesidades de quien los utiliza. La evaluación debe ser un proceso dinámico, capaz de adaptarse a los cambios que imprima el avance de la gestión clínica como modelo de trabajo. En este sentido, podrán revisarse y modificarse anualmente todos aquellos aspectos que contribuyan a evaluar las unidades de un modo más válido y fiable de acuerdo a su desarrollo (peso de los objetivos, incentivos no económicos, etc.). A partir de los sistemas de clasificación se obtiene información de actividad, indicadores de calidad y utilización de recursos teniendo en cuenta la variabilidad de las características clínicas de los pacientes. Esta información permite al médico mejorar el conocimiento para la monitorización y la evaluación de su servicio, la fijación de objetivos y la toma de decisiones disponiendo de datos necesarios para elaborar una comparación equitativa con la actividad de otros servicios similares (benchmarking). El acto médico debe ser correcto y humanitario, estar basado en la evidencia científica y cumplir criterios de calidad, eficacia, eficiencia, equidad, es decir, debemos utilizar los recursos de forma que obtengamos el mayor beneficio al menor coste, llegando al máximo posible de personas.

En un estudio sobre los problemas limitantes para conseguir una programación eficiente quirúrgica, la falta de una visión de conjunto, se señalaban como factores relacionados la utilización de herramientas poco estandarizadas y no integradas con los recursos.

Los problemas comunicados (ver más adelante) en una experiencia de cambio en el Hospital Clinic de Barcelona fueron los siguientes:

---

4 <http://www.fundacionsigno.com/archivos/20130918113622.pdf>

- Enfermería: problemas comunicación médicas auxiliar y sobre cuidados de pacientes
- Auxiliares: problemas de comunicación con enfermería, limpieza, y problemas de fatiga de timbres de alerta
- Recomendaciones del auxiliar: ubicación móvil de carro de ropa, timbres modulados sin gravedad.
- Recomendaciones enfermería: trabajo en equipo con médicos asignados
- Tras una reunión de estandarización de trabajo se afrontó cada procedimiento y no solo el proceso.

Repensar la participación adaptándonos a un entorno de crisis, que no dejará de existir. Una nueva forma de abordar los problemas. El mantenimiento y mejora de la calidad estará en el servicio continuamente. *DYI(Do it yourself)*, la mejora vendrá por nosotros. No es un proyecto ajeno a la organización sino que es un proyecto de continuidad que forma parte de la estrategia. Para ello la formación y el aprendizaje estarán en la base de la mejora. Aprendemos de lo que nos pasa. Los objetivos serán consensuados y dentro del alcance. La metodología Lean es buena para lograr ese cambio. Es una metodología para problemas enquistados, o aquellos que afrontan intereses contrarios, al aportar un nuevo punto de vista. Los participantes se lo deben creer, de ahí, la necesidad de la implicación de la alta Dirección y los responsables intermedios. Gestionar las resistencias está en la labor de un jefe clínico. **Gestionar las resistencias y los resistentes**. Para ello, **la persistencia es una de las mejores armas**. En la productividad del área quirúrgica sorprende la falta de comunicación científica. Sin embargo, el común de los programas es la persistencia. La acción directiva es de soporte, pero obviamente, de dirección. Como jefe clínico ayudaré a restar dificultades, aportaré datos y datos, pero también mi persistencia llevará a la implantación del programa que detallo. A la hora de promover la mejora de la productividad de un área como la quirúrgica, hay problemas de toma de decisión, de estrategia y multifuncionales, culturales o intereses ocultos, como citaba. El primer resultado de la mejora en el programa de productividad es la participación de los profesionales. Para evaluar el estado de situación, a través del cuestionario Font Roja, evaluaremos la situación actual de predisposición al cambio.

**En suma, Propósito, Personas y Procesos**. Esa es la clave de la mejora de la productividad. Un propósito como es mejorar la productividad necesita de la participación de las personas. En una puesta en común, propondremos la participación y colaboración. En un taller de introducción a la metodología Lean Healthcare, en una experiencia similar, participó más del 80% de los profesionales sanitarios. Por tanto, es método adecuado para promover ese cambio. Quién no va a participar en un programa que proponga el mismo trabajo pero con menos esfuerzo. Quién no va a participar en un programa que busque eliminar desperdicio (tiempos muertos). Tenemos problemas, es el mantra, pero, ¿Qué podemos hacer?.

En la mejora de los procesos, debemos identificar aquellos procedimientos que nos roban tiempo, que no sencillamente son prescindibles. (técnicamente identificar desperdicios). Hay que dar estabilidad a los procesos, reducir la variabilidad (ver VPM) y se logra con la participación de los problemas. Definimos la situación actual (medir y observar, datos y reglas no escritas, análisis causa raíz). Nos proponemos donde queremos llegar y pautamos el seguimiento. Esta experiencia realizada en hospital, un objetivo

Los principales factores que inducen a una mayor o menor satisfacción<sup>14</sup> laboral en son:



- trabajo mentalmente estimulante,
- Recompensas equitativas,
- Grado de apoyo de las condiciones de trabajo y grado de apoyo de los compañeros.

La propuesta es retadora. La propuesta inicial pasaría por :

- **Implantación de un plan de autoprotección.** Antes de 6 meses. Servicio de Prevención de riesgos laborales. Servicio de Anestesia. Resultados: Implantación de medidas de autoprotección básicas.

### **Programa de medidas organizativas y de gestión clínica para: Reducción de las intervenciones suspendidas por el Servicio de Anestesia**

---

**Datos, datos y datos.** A partir de datos podremos mejorar, a partir de un análisis riguroso hecho por todo es clave. De ahí, que planteo una intervención conjunta coordinada por la UNIDAD DE CALIDAD, ADMISIÓN Y EL AREA QUIRÚRGICA, donde se analicen los desperdicios” de tiempo en los que no se aporta valor. Se trata de identificar aquellas tareas que son gasto de tiempo para el paciente y no aportan importancias. Se trata de identificar aquellas áreas de mejora en las que por ejemplo, mientras se está terminando la intervención quirúrgica, ya se estén preparando las condiciones para el siguiente paciente. También la puntualidad en el inicio del quirófano, debe ser analizado como un desperdicio (literalmente, de eficiencia). Por ello, a través de un equipo de trabajo, analizaremos las suspensiones quirúrgicas, mediante un gráfico de Pareto. Propondremos acciones de mejora, con responsables y plantearemos que sean precisamente los jefes de servicio y sección, aquellos que lideren su puesta en marcha, como ejemplo. Nada hay más infectivo que el ejemplo.

En la gestión del área emocional, las suspensiones quirúrgicas deben de ser entendidas como un fracaso absoluto. Es sencillamente, la planificación no realizada, precisamente, aquello que deja muy mala emoción. La suspensión de una intervención debe ser vista desde la perspectiva del paciente y sobre todo de sus familiares. Preguntémonos, por ejemplo, cuantas intervenciones se suspende dos veces. Imaginemos la situación personal de un familiar que haya pedido permiso en el trabajo. Un grupo de trabajo constituido por enfermería, auxiliares, limpieza, admisión, calidad, y área quirúrgica, con el liderazgo de la Dirección, analizará casos de éxito y propondrá las medidas de mejora. La monitorización será continua y presencial con implicación del responsable

En las suspensiones por falta de tiempo, se realizará una evaluación semanal, analizando si la intervención realizada ha tenido una duración

La metodología Lean, busca hacer más agradable el lugar de trabajo y mejorar la experiencia dl paciente. La aplicación de la metodología Lean a la mejora del rendimiento quirúrgico, llevará a un Diagrama de precedencia, donde se consensua la estandarización. En una experiencia seminal en el Hospital Clínic de Barcelona (comunicación personal), se identificó un área de mejora en la gestión de las tareas interquirúrgicas (ya citados como limpieza, preparación, cura de la herida quirúrgica). Con gran variabilidad y falta de estandarización. Tras una monitorización de 18 meses, se logró incrementar el número de intervenciones en 1 por sesión quirúrgica. La auxiliar debe liderar el tiempo interquirúrgico, fue la conclusión de la experiencia.

**Tabla 14.ADX.OBJETIVOS 2016. Área de objetivos específicos del SAR en el área quirúrgica**

	2012	2013	2014	2015		2016
				objetivo	resultado	objetivo
<b>Tasa de anulación quirúrgica</b>	4 %	3,71 %	3,1%	3,50%	3,6	3,3
<b>% de utilización de cirugía programada</b>		75,6	75,6	75%	75,40%	60
<b>% de intervenciones no programadas diferidas</b>		5,22 %	5,20 %	4%	5,60%	5,2

### **Disminución de intervenciones en programa ordinaria con ingreso urgente**

Las intervenciones con ingresos urgente pero con intervención programada, suelen ser procesos que se benefician de una intervención inferior a 24 horas. En especial, la osteosíntesis de fracturas de cadera así como osteosíntesis de fracturas de tobillo sin luxaciones o desplazamientos. Por ello, estableceremos las siguientes acciones para lograr una disminución del 20% de las urgencias diferidas, según resultados de intervenciones en entornos similares.

- **Programa de consenso para la intervención quirúrgica de procesos con urgencia diferida.** Antes de 6 meses. Servicio de Anestesiología, Servicios Quirúrgicos (Traumatología), Enfermería, Dirección. Resultados: disminución de un 20% de las urgencias diferidas antes de un año tras la implantación del programa
  
- **Equipo de incidencias en el área quirúrgica** (anulaciones, urgencias diferidas). Antes de 7 meses. Dirección, Servicio de Anestesia y Reanimación, Servicios Quirúrgicos. Resultados: disminución de un 20% de las urgencias diferidas antes de un año tras la implantación del programa

## **PROGRAMA PARA EL INCREMENTO DE LA AMBULATORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Programa para incremento de la ambulatorización de procesos. Introducción de técnicas y Procedimientos de CMA

**Tabla 15. Evolución del total agregado de intervenciones quirúrgicas de Cirugía menor y Cirugía Mayor Ambulatoria**

	2012	2013	2014	2015	2015vs2014	2015vs2012
CMA+ Cmenor	10035	11216	11619	11516	-1%	15%

La evolución que presenta la cirugía menor y la cirugía mayor ambulatoria en el CH, es de un crecimiento de un 15%, entre el año 2012 y 2015. Por tanto una tendencia adecuada para implantar medidas de mejora

**Tabla 16. Evolución del total de intervenciones quirúrgicas de CM por año y jornada ordinaria**

	2012	2013	2014	2015	2015vs2014	2015vs2012
<b>CMA</b>	6715	8075	8170	7765	-5%	16%
<b>CMA jord</b>	6141	6598	6902	6739	-2%	10%

El incremento de actividad quirúrgica ordinaria en Cirugía Mayor Ambulatoria es de un 16% en la totalidad de la actividad quirúrgica, y de un 10% cuando se consideran solo las intervenciones realizadas en jornada ordinaria. Sin embargo, esta tendencia incremental, ha disminuido en el año 2015, al constatarse una disminución de la CMA total y la de jornada ordinaria, un -5% y -2% respectivamente. Es posible que se haya priorizado las intervenciones de cirugía menor respecto a las de CMA, por cuanto en la tabla de agregación de antes se constata una reducción de 1%. Ahora bien, más allá del volumen decreciente que se constata, el hecho es que la CMA ha tenido menos actividad en el año 2015 respecto al año anterior, manteniendo constante las intervenciones quirúrgicas urgentes ambulatorias.

Quizás el fenómeno más patente en estos datos es la apuesta de la sanidad española por la Cirugía Mayor Ambulatoria. En 2002 el número de intervenciones de CMA realizadas en España era de 782.974 elevándose esta cifra hasta el 1.444.804 en 2012, un incremento del 84,5%. Mientras la cirugía con ingreso al final del periodo ha disminuido en 263.000 intervenciones, la cirugía mayor ambulatoria ha aumentado en más de 660.000. “La cirugía mayor ambulatoria comprende aquellos procesos quirúrgicos realizados bajo anestesia general, regional o local con sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta en el mismo día de la cirugía. Así, se trata de un modelo organizativo óptimo que permite tratar a los pacientes de una forma segura y eficiente, y que posibilita una mejor organización asistencial y una utilización más eficiente de los recursos. A su vez, mejora la coordinación con atención primaria”,

- **Definir con más claridad y reiterar el procedimiento ante la atención a Cirugía Mayor Ambulatoria**
- **Trazabilidad de los pacientes en CMA**, para el seguimiento del momento del alta.

- **Reforzar el sistema de información para definir una trayectoria del paciente en la atención CMA.** Por ejemplo, que una consulta externa posterior o una atención a urgencias se identifique como ligada al procesos asistencial de CMA.
- **La mejora en una Unidad de Adaptación al Medio,** podría ayudar en la potenciación de la CMA. Básicamente, con una finalidad parecida a URPA, atendería a pacientes ambulatorios que sufrirán algún tipo de cirugía mayor ambulatoria. Poseerá mejoras tecnológicas y un entorno más social que permita una rápida orientación y mejora de las constantes del paciente.
- **Definir sesiones de CMA específicas,** y de forma deseable, con jornadas quirúrgicas superiores al horario de mañana. La dinámica con la que funciona los procesos de CMA, hacen recomendable que tenga diferenciado su proceso. No existiendo una disponibilidad quirúrgica ni circuitos estrictamente diferenciados, una intervención para favorecer la ambulatorización de los procesos, es favorecer sesiones quirúrgicas monografías por patología (el ejemplo de oftalmología)
- **Creación de unidades de enfermería de bajar complejidad postalta quirúrgica,** en las circunstancias en las que no fuera posible seguir el proceso de CMA en la EOXI. En concreto, procesos urgentes que potencialmente puedan ser calificado de CMA se beneficiaría de unidades de enfermería con procesos quirúrgicos de similar complejidad en lugar de por especialidad.
- **Validar por doble check en aquellos procedimientos de CMA que son etiquetados como de ingreso.**

## Introducción de técnicas y procedimientos de CMA

En el nuevo hospital, los sistemas de información cambiarán la forma de afrontar la producción y de la calidad de los quirófanos y se incrementará la actividad ambulatoria. De ahí, que debemos orientar la formación y las habilidades para un mejor manejo de la cirugía ambulatoria. Debemos tomar la decisión de orientarnos hacia el nuevo hospital desde ahora, no esperar a la organización interna. La mejora de los procesos vendrá desde el momento en que nos orientemos a los cambios ya presentes (cirugía mínimamente invasiva) en la actividad quirúrgica de un hospital. Además, las fronteras entre especialidades quirúrgicas y médicas, como en cardiología, llevan a tener en cuenta el incremento del intervencionismo de área más clínicas, que obligarán a nuevas habilidades técnicas.



La tendencia actual es que asistimos a un incremento de la dotación tecnológicas de quirófanos en el SNS. Consecuentemente, la actividad quirúrgica crece, sobre todo, en la cirugía ambulatoria. LA CMA ha aumentado más de un 25% en la última década, y entre 202 y 2012 ha aumentado del orden de un 6,3%, debida a nueva

tecnología y nuevos procedimientos. De forma paralela el ingreso se reserva a procesos con mayor complejidad.

De los 4.267 quirófanos, 436 son específicos de CMA y 2.554 más se usan regularmente para las intervenciones ambulatorias además de realizarse cirugías con ingreso. [Libro Blanco 2015]

La frontera entre cirugía e intervención no quirúrgica ya se difumina. El intervencionismo médico se solapa de forma creciente con la actividad quirúrgica.

**La cirugía mínimamente invasiva se consolida como la principal tendencia de cambio en la cirugía** (p.ej. en reemplazo de cadera, y otras intervenciones traumatológicas) (en el área de ginecología, a través de orificios naturales, para histerectomía) (en cirugía para intervenir en cirugía de partes blandas ya como vía de acceso habitual laparoscópico o para acceder por orificio natural)

Procedimientos en cirugía laparoscópica:

- Cirugía general: Colectectomía, Adrenalectomía, Hernia inguinal, Apendiceptomía, Cirugía de vías biliares, Cirugía de colon y del intestino delgado, Cirugía del estómago, Esplenectomía, Bypass gástrico, Cirugía de páncreas Cirugía de hígado Cirugía de esófago
- Urología Nefrectomía RTU Ureterostomía, Protastectomía
- Ginecología Histerectomía Miomectomía Ovarectomía
- Traumatología: Artroscopia (de rodilla, hombro etc.) Meniscotomía PTC percutánea

Cirugía endoscópica:

- ORL: Procedimientos sobre oído, nariz, boca y garganta. Cirugía endoscópica nasosinusal(CENS) Laringoscopia
- Neumología-Cir torácica: Mediastinoscopia, Toracoscopia Fibroscopia Broncofibroscopia
- Endoscopia digestiva Cirugía endoscópica de tiroides
- Uretero citoscopia

Cirugía guiada por la imagen

Stent Cardíacos, Prótesis arteriales Prótesis de aorta, Embolizaciones, Angioplastias ACTP

Cirugía Vascular: Ligadura y stripping de venas

### **Acciones para disminuir la estancia pre- y postoperatoria en pacientes ingresados**

La evolución de la estancia preoperatoria ha disminuido en el SNS desde el 1.11 en 2007 hasta 0.87 en 2012. **En la mejora de la estancia preoperatoria**, se vincula con el % de urgencias diferidas y con la disponibilidad para poder realizar la consulta preanéstésica a pie de cama. Por tanto, el incremento de la actividad quirúrgica urgente, con medidas estructurales vinculadas a resultado, podría ser una vía para la mejora de la estancia preoperatoria

**En la mejora de la estancia postoperatoria**, la colaboración se puede realizar con Hospitalización a Domicilio, o Atención Primaria o cualquier otro servicio de la EOXI (Digestivo, Neumología, etc.). A modo de ejemplo, señalamos dos propuestas muy

interesantes por el impacto en el volumen de camas libres que provocan al intervenir en la estancia postoperatoria en cesárea y partos sin complicaciones.

- **Acciones de mejora, evaluación y modificación si procede del PROTOCOLO A SEGUIR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN ANTE EL INGRESO DEL PACIENTE QUE VA A SOMETERSE A CIRUGÍA PROGRAMADA.** Debemos ajustar el procedimiento para la disminución de la estancia preoperatoria a partir de check list, como se citan. Antes de 2 meses. Resultados: % disminución de la estancia preoperatoria en un 15% (1 año) 10% (2 año) 7% (3año) 5%(4año)
- **Intervención para reducir la estancia postoperatoria en CESAREA a 48 h.** Se consensuará un **protocolo de atención postcesárea con el servicio de Ginecología y Obstetricia para reducir la estancia hospitalaria post intervención.** Siguiendo la intervención seminal<sup>5</sup> del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, donde la intervención permite reducir a 48 h la estancia hospitalaria, en una casuística de 450 pacientes, sin repercusiones en la seguridad clínica de la paciente, evaluado por la tasa de reingresos inesperados. Siendo uno de los GRDs más frecuente en la EOXI, tendría un importante impacto en la mejora de la seguridad de las pacientes, y la mejora de la rotación de camas. Se consensuan los criterios de inclusión y pautas para el manejo de estas pacientes, desde la finalización de la intervención en el quirófano, pasando por su estancia en la Unidad de Recuperación Post- Anestesia (URPA), planta de puerperio, hasta su alta hospitalaria. Un ejemplo tentativo de criterios de selección se incluyeron las cesáreas electivas, cesáreas intraparto y cesáreas urgentes, realizadas con anestesia epidural donde el tratamiento es a través del catéter ,anestesia intradural (raquídea) con bloqueo del plano transversal abdominal bilateral ecoguiado o anestesia general, quedando excluidas de este protocolo de 48 horas todas las cesáreas en las que se producen lesiones de órganos vecinos durante la intervención: aparato digestivo o urológico; complicaciones post-quirúrgicas, complicaciones médicas/obstétricas (corioamnionitis, preeclampsia, eclampsia, diabetes de difícil control, cefalea post-punción dural), o hemorragias. El impacto en nuestro entorno, una vez que se despliegue tendría un impacto equivalente a 3 camas libres diarias, esto es, más de 90 pacientes podrían ser atendidas, o podrían ser una reserva latente del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Tras la constitución de un equipo de trabajo, se elaborarían las circunstancias para evaluar los resultados tras un programa piloto de 100 casos consecutivos
- **Programa de alta precoz hospitalaria en el parto sin complicaciones** para mejorar la efectividad, garantizando la seguridad clínica y la aceptabilidad de los pacientes. En una experiencia<sup>15</sup> del hospital de Fuenlabrada se alcanzó el 20% de los casos susceptibles de alta precoz , que representaron el 6.5% de los 2.857 partos totales. La estancia media de las pacientes incluidas presentó una disminución del 50% (2.4 a 1.2 días). En nuestro entorno, se estima que el potencial de ahorro en estancia hospitalaria, con solo obtener un 30% de respuesta al programa, equivaldría

---

5 <http://www.actasanitaria.com/el-h-clinico-san-carlos-reduce-48-horas-la-estancia-hospitalaria-de-pacientes-de-cesarea/>

a 2 camas libres diarias adicionales, por tanto. 60 camas libres mensuales. Además, este programa tuvo alta aceptación.

## PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD EN CONSULTAS EXTERNAS

Programa de consultas preanestésicas con el objetivo que la espera máxima en ambulatoria de prioridad 1, no exceda de 7 días, de prioridad 2 no exceda de 15 días y de prioridad 3 no exceda de 30 días naturales en listas de espera estructurales

La revisión de los procedimientos incluidos en las recomendaciones<sup>16</sup> de pruebas preoperatorias en el paciente adulto para procedimientos en régimen de cirugía ambulatoria

Las demoras asistenciales están dentro de las líneas estratégicas de la (EOXI-PS). Por tanto, es un objetivo estratégico que será liderado por la jefatura clínica. Es en el control de la entrada, donde está el control principal, hay que gastar energía en la entrada, gestionar lo posible; quién, por qué criterios, apoyar a quién nos afecta, soporta la decisión, dar y reclamar ayuda (interconsultas), ofrecer y garantizar confianza (al paciente). En la consulta preoperatoria, La información preoperatoria sobre el procedimiento y sus características mejora la satisfacción del paciente<sup>7</sup> disminuye la ansiedad. La Sedación y Analgesia, puede evitar la taquicardia e hipertensión asociadas a la ansiedad, la cirugía y la punción de la anestesia, ejerciendo un efecto protector en pacientes ancianos, diabéticos o con enfermedades cardiovasculares.

Como atención ambulatoria, la consulta externa es la base del cambio.

Experiencias de atención compartida, han logrado cambios disruptivos. Tras la formación del personal de enfermería se concluye que la alta resolución puede convertirse en el estándar de un servicio realizado en un entorno público. La valoración CARDIOLOGICA PREOPERATORIA DESDE LA CONSULTA PREANETÉSICA, existente en la actualidad pero

debe de ser reforzada. Para ello, deberemos de disponer de un interlocutor directo para valorar de forma colegiada la necesidad de derivación para interconsulta. Es clara la definición de preferencia ante paciente inestable con síntomas persistentes de la angina de pecho inestable, insuficiencia aguda o arritmias significativas, valvulopatías sintomáticas, o infarto reciente (<30 días) o isquemia residual. Ahora bien, es precisamente en s pacientes con pluripatologías y con enfermedades cardiológicas crónicas los que presentan más dificultad de catalogación. Solo por el consenso, ese equipo de mejora ayudará a resolver y acumular conocimiento sobre la casuística y disminuir la VPM en la preparación de un paciente quirúrgico

**Cirugía de la Catarata.** Desde hace más de 4 años hemos puesto en marcha un protocolo conjuntamente con el Servicio de Oftalmología, con el objetivo de racionalizar la consulta preanestésica en procesos quirúrgicos que “a priori”, van a ser realizados exclusivamente con Anestesia Tópica. Lo desarrollamos de la siguiente manera:

1. Consulta preanestésica y estudios preoperatorios: Procedimientos que precisen anestesia general. Procedimientos en los que se prevea la realización de anestesia retro/peribulbar y/o necesidad de sedación.

2. Consulta preanestésica sin estudios preoperatorios: Procedimientos menores en edad pediátrica (ej.: sondajes, exploraciones oftalmológicas, retirada de puntos, etc.), en pacientes sin antecedentes de patología de interés. Sólo se solicitarán pruebas de coagulación

3. No estudios preoperatorios ni consulta preanestésica:

- Procedimientos de Cirugía menor ambulatoria (cirugía de anejos oculares, procedimientos quirúrgicos menores de polo anterior).

- Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), con especial orientación a la cirugía de catarata, en aquellos casos en los que tras la valoración clínica y oftalmológica del paciente se prevea que la cirugía se realizará con anestesia tópica, sin que se precise anestesia retro/peri bulbar, ni sedación.

4. Estudios preoperatorios sin consulta anestésica :

- Serán valorados y solicitados por el facultativo oftalmólogo en aquellos casos que se estime oportuno. Ej.: pauta de intercambio de anticoagulantes y/o antiagregantes orales, cursando las correspondientes interconsultas a otros servicios si fuesen precisas.

- En este sentido, además de la verificación de las prescripciones activas obtenidas del IANUS, se cubrirá un cuestionario básico de salud. (Alergias, patología médica de interés, medicación domiciliaria y peso.)

5. En aquellos pacientes incluidos dentro del grupo 4, en los que durante el acto quirúrgico y de forma imprevista, surgiese la necesidad de actuar sobre las funciones vitales o administrar algún procedimiento anestésico, se considerará como actuación de urgencia y así será asumida por el Servicio de Anestesia. Siempre comunicando tal eventualidad a la familia del paciente.

Dicho protocolo nos ha permitido, disminuir la carga de trabajo en las consultas de preanestesia. Aumentar el rendimiento quirúrgico. En una sola sesión quirúrgica se realizan, como mínimo 12 cirugías de la catarata, con la vigilancia de un facultativo de anestesiología. 600 intervenciones por año. Además con la ventaja de que los quirófanos de Oftalmología se encuentran en un espacio contiguo.

En una intervención<sup>17</sup> realizada en el Hospital de Viladecans (Barcelona) , la intervención llevó a una disminución del 21% en visitas presenciales, el número de analíticas a un 15%, el de electrocardiogramas a un 6% y el número de radiografías de tórax a un 1%. Consecuentemente, la tasa de anulaciones quirúrgicas descendió del 2,3 al 1,75%..

#### **Oportunidades de mejora:**

- En el momento de incluir en Lista de Espera quirúrgica, preferentemente **en la propia consulta del prescriptor, se realizará asignación de fecha de consulta pre anestésica.**

- Definir un proceso para **valoración preoperatorio basado en la recogida de datos clínicos del paciente sin su presencia**, restringiendo pruebas complementarias (PC) e introduciendo la llamada telefónica y a enfermería



- **Promover el preoperatorio “circuito rápido (Preoperatorio on line):** Se definirá un circuito rápido para cirugías que no requerirían visita presencial. Colonoscopias, gastroscopias, bronoscopias, biopsias de próstata, varicoceles, cataratas, túnel carpiano, Dupuytren, algoparesia cubital, De quervain, rizartrrosis, hallux valgus, artroscopias, retiradas de material, histeroscopias, conizaciones, TOT, essures, lipomas, hernias inguinales ASA I-II y quistes sacros. De igual forma, la anestesiología avanza paralelamente a la oftalmología, reduciéndose<sup>18</sup> los estudios preoperatorios innecesarios y los costes.

**Tabla 17. Programa para la mejora de la accesibilidad en consultas externas**

<b>Objetivo: espera máxima en ambulatoria de prioridad 1 (&lt;7 d) prioridad 2 (&lt;15 días) prioridad 3 (&lt; 30 días)</b>	Responsable: Jefe de sección (JS)											
	Recursos: Equipo de trabajo Anestesiología, Enfermería, Admisión, Cardiología, Endocrinología											
Plan de acción:												
<b>Acción / Mes</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>.Equipo de trabajo</b>	*											
<b>Análisis de situación</b>	*	*										
<b>Matriz de decisión</b>			*									
<b>Definición de procesos:</b>						*	*	*	*	*	*	*
<b>Validación y Plan de acción</b>								*	*	*	*	*
<b>Agenda on line</b>									*	*	*	*
<b>Evaluación</b>							*			*		
<b>Indicadores: % número de procesos susceptibles se incluyen en circuito vía rápida/ número de procesos susceptibles totales d vía rápida</b>												
<b>Prioridad: Alta</b> - <b>Importancia: Alta</b> - <b>Factibilidad: Media</b>	Fecha Inicio: finalización: mes 8/indefinido Periodicidad revisión: bimensual		Observaciones:									
<b>Best Practice: Hospital de Viladecans</b>												

## PROGRAMA DE AHORRO DE SANGRE EN CIRUGÍA (PATIENT BLOOD MANAGMENT)

Programa de ahorro de sangre en cirugía. (reducción de pruebas cruzadas y técnicas alternativa a la transfusión). El programa debe de ser presentado en 6 meses e implantado en los seis meses siguientes.

En un reciente<sup>19</sup> estudio sobre los programas de “Patient Blood Management») en distintos hospitales, disponen de un programa de ahorro de sangre en el 79% de los hospitales donde la técnica más frecuentemente utilizada es el uso de antifibrinolíticos , seguida de la

recuperación de sangre intra y postoperatoria (67%). La optimización de la hemoglobina preoperatoria se realiza con hierro intravenoso de forma habitual en el 39% de los hospitales y con eritropoyetina recombinante en el 28%. Sin embargo, la ausencia de un circuito bien establecido y la falta de implicación y colaboración con el equipo quirúrgico se presentan como los principales factores limitantes de la implantación de los programas de «Patient Blood Management».

Antes de la cirugía se deben de tomar todas las medidas razonables para optimizar el propio volumen sanguíneo, minimizar la hemorragia del paciente y optimizar la tolerancia específica del paciente a la anemia<sup>33</sup> Se definen las ATSA como toda medida farmacológica y no farmacológica encaminada a disminuir la transfusión de concentrado de hematíes, preservando siempre la seguridad del paciente. Por eficiencia, porque hay argumentos basados en la evidencia, por la frecuencia de pacientes con comorbilidades y porque es imprescindible dar la mejor respuesta ante situaciones similares.

La Sección de Hemostasia, Medicina Transfusional y Fluidoterapia de la SEDAR han puesto en común la mejora de la gestión de la transfusión perioperatoria. Para reducir al máximo las transfusiones evitables, varias iniciativas han confluído en el «Documento de Sevilla» de consenso sobre alternativas a la transfusión sanguínea avalado por 4 sociedades científicas españolas. Además, de la ya conocida, Network for the Advancement of Transfusions Alternatives (NATA).

Se fundamenta en tres pilares: a) el primero pilar es preventivo y, entre varias recomendaciones, destaca el fomento del trabajo preoperatorio en personas mayores anémicas con la finalidad de potenciar la propia eritropoyesis antes de la intervención quirúrgica, b) el segundo desarrolla todo tipo de propuestas para minimizar hemorragias, sobre todo las perioperatorias y postoperatorias, y c) el tercero se centra en técnicas diversas para optimizar la adaptación funcional a las situaciones de anemia.

## **PLAN DE AHORRO DE SANGRE EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

---

A pesar de los esfuerzos en la aplicación de técnicas de ahorro de sangre en cirugía, se describía una variabilidad<sup>20</sup> de la práctica en la transfusión perioperatoria vinculada a preferencias locales no argumentadas.

La implementación de un Programa Estratégico Transfusional basado en la optimización del valor de la hemoglobina preoperatoria, el cumplimiento de un umbral transfusional reducido y la disminución de la hemorragia perioperatoria con la administración de ácido tranexámico, consigue disminuir el índice transfusional y la masa transfusional de forma global en nuestro centro en la artroplastia total de cadera.

En resumen: ahorro de sangre = Triple Aim: más calidad, mejores resultados clínicos y menos costes.

Por ello, propongo los siguientes objetivos:

- La introducción de un **Guía que adapte el Documento de Sevilla**<sup>21</sup> a nuestra (EOXI-PS), en especial, con la valoración de la edad y estudio de anemia

- La implementación de **Programas Estratégicos Transfusionales** para cirugías con un elevado consumo de hemoderivados. En especial, por su volumen de consumo de derivados hematopoyéticos, la vinculación a procesos urgentes, e intervenciones en pacientes con comorbilidades, específicamente se realizará una Guía de Indicaciones Transfusionales en Prótesis de rodilla y cadera.
  
- *Plan de Ahorro de Sangre en intervenciones traumatológicas:*
  - El cirujano ortopédico indica la cirugía y solicita la valoración preoperatoria específica del PET en artroplastia
  - La visita preoperatoria específica para artroplastias es realizada por un anestesiólogo responsable del programa. Este anestesiólogo clasifica paciente según el valor de la hemoglobina preoperatoria para recibir un tratamiento diferente:
    - Subgrupo 1: valor de hemoglobina superior o igual a 150 g/L, no se les realiza tratamiento preoperatorio
    - Subgrupo 2: valor de hemoglobina entre 130 y 149 g/L, se administra una dosis de hierro sacarosa endovenosa de 200 mg una semana antes de la cirugía
    - Subgrupo 3: valor de hemoglobina entre 110 y 129 g/L se administra hierro sacarosa endovenosa en las mismas dosis una y dos semanas antes de la cirugía, asociada a una dosis de 40000 UI de eritropoyetina subcutánea dos semanas antes de la cirugía
    - Subgrupo 4: valor de la hemoglobina inferior a 110 g/L, el tratamiento se adelanta a la tercera semana preoperatoria donde se administra hierro sacarosa endovenoso y eritropoyetina subcutánea tres y dos semanas antes de la cirugía.

El servicio de Admisión informa al paciente para el tratamiento preoperatorio, la realización de una analítica para la reserva de hemoderivados y la fecha de la cirugía.

- El tratamiento preoperatorio es administrado por el personal de enfermería del hospital de día según los criterios de clasificación
- Los pacientes ingresan en el hospital el mismo día de la cirugía. A los pacientes clasificados en los subgrupos 2, 3 y 4 se les realiza un análisis del valor de hemoglobina preoperatorio al ingreso con el objetivo de conocer la efectividad del tratamiento preoperatorio.

Se protocoliza una dosis endovenosa de hierro sacarosa de 200 mg que se administra en reanimación.

- El alta de reanimación a planta de hospitalización convencional es dada según los criterios clásicos de estabilidad hemodinámica, respiratoria y analgesia.
- Se realizan nuevas determinaciones de la hemoglobina postoperatoria en la reanimación antes del alta a planta y en el primer y segundo día postoperatorio (por la mañana) según protocolo, además de todas aquellas determinaciones que se consideren necesarias para asegurar la estabilidad analítica del paciente.

- La administración de ácido traxenámico a pacientes que deban ser sometidos a una artroplastia primaria de cadera y no presenten contraindicación a la administración de este fármaco
- Orientación hacia la «patient blood management» como un concepto médico y quirúrgico para ser llevado a cabo como un cuidado estándar. No es el ahorro de sangre el objetivo, sino la mejora de los resultados en cirugía. Por ejemplo, un programa similar<sup>22</sup> Australia permitió disminuir las tasas de transfusión en cirugía ortopédica mayor del 25 al 2%. Los beneficios atribuidos a este programa han sido: una disminución de la mortalidad, de la estancia hospitalaria, de las complicaciones, de los reingresos y una disminución de los costes de entre el 10 y el 24%.

**Tabla 18. Programa de optimización de Hemoglobina preoperatoria (Consulta de Ahorro de Sangre)**

La cirugía mayor se asocia a una pérdida significativa de sangre, por lo que la necesidad de transfusión es relativamente frecuente. alternativas que permitan disminuir al máximo su uso, destacando como una de las mas eficaces la mejora en los niveles de glóbulos rojos previa a una intervención quirúrgica, para aquellos pacientes en los que se detecta la presencia de anemia (Hb < 13 gr/dl en hombres; Hb < 12 gr/dl en mujeres).

Objetivo: Definición de prioridades en programas de ahorro de sangre.  
Realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de la anemia preoperatoria en cirugía no urgente, con el fin de disminuir las transfusiones de sangre.

**Responsable:**  
Servicio de Hematología

**Recursos:**  
Equipo de trabajo Hematología, Anestesiología, Servicios Quirúrgicos

Plan de acción:

Acción	/ Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
.Equipo de trabajo		*											
Análisis de situación		*	*										
Priorización				*									
Validación y Plan de acción					*	*							
Traumatología: plan piloto								*	*	*	*	*	*
Traumatología: PTC-PTR									*	*	*	*	*
Traumatología: otras iq									*	*	*	*	*
Cirugía Vascular								*	*	*	*	*	*
Cirugía Digestiva: área hepática								*	*	*	*	*	*
Cirugía Digestiva									*	*	*	*	*
Ginecología y Obstetricia									*	*	*	*	*
ORL										*	*	*	*
<b>Evaluación</b>								*		*			

**Indicadores: % Número de transfusión por tipo de derivado cumple las indicaciones de la Declaración de Sevilla /total de transfusiones por tipo de derivado**

**Prioridad: Alta**  
- **Importancia: Alta**  
- **Factibilidad: Alta**

Fecha Inicio:  
finalización: marzo  
2017/indefinido  
Periodicidad revisión:  
bimensual

Observaciones:

**Best Practice: Hospital de Mataró**

### Alternativas a la transfusión de sangre alogénica no farmacológicas

- Terapia transfusional restrictiva en pacientes no sangrantes

- Pacientes críticos, politraumatizados y/o quirúrgicos, sin afectación cardiológica y/o del sistema nervioso central
- Pacientes críticos, politraumatizados y/o quirúrgicos, con afectación cardiológica y/o del sistema nervioso central

### **Donación preoperatoria de sangre autóloga**

- Cirugía ortopédica mayor
- Cirugía oncológica

### **Hemodilución aguda normovolémica**

Cirugía mayor

### **Recuperación perioperatoria de sangre autóloga (RSA)**

La RSA intraoperatoria estaría indicada en pacientes sometidos a cirugía electiva en la que se prevé un sangrado mayor de 1.500 mL y pueda recuperarse al menos el equivalente a 1,5-2 unidades de concentrado de hematíes.

- Cirugía ortopédica
  - Artroplastia de rodilla y cadera: RSA, con sangre lavada o filtrada, para disminuir la tasa transfusional. (Nivel 1B)
- Cirugía de columna: la RSA, dentro de un programa multimodal, para reducir la tasa transfusional en pacientes de cirugía ortopédica para la corrección de escoliosis o cirugía degenerativa vertebral compleja (> 3 niveles)
- Cirugía vascular mayor: RSA intraoperatoria para disminuir la tasa transfusional en cirugía vascular para la reparación de Aneurisma Aorto Abdominal.(1B).
- Otras cirugías: RSA intraoperatoria de sangre lavada, filtrada y/o irradiada para disminuir la tasa transfusional en intervenciones de cirugía tumoral hepática o urológica, traumatismos abdominales, cesárea o ruptura de embarazo ectópico.

### **Tromboelastografía. Manejo de la coagulación a la cabecera del paciente**

- Paciente sangrante quirúrgico: El uso de TEG para guiar la reposición de factores de coagulación y reducir la tasa transfusional. En nuestra cartera de servicios, pacientes intervenidos de cirugía vascular, hepática y obstétrica, concluyeron que la TEG reduce la tasa transfusional y permite el tratamiento precoz de las alteraciones de la coagulación

### **Alternativas farmacológicas a la transfusión de sangre alogénica para disminuir el sangrado**

- Pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K con hemorragia activa o que precisen de un procedimiento quirúrgico urgente o emergente. Sugerimos la administración de CCP para disminuir el sangrado y/o la tasa transfusional (2 A)
- Pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K y hemorragia intracraneal. Recomendamos la administración de CCP para disminuir el sangrado. (1C).

- Pacientes no tratados con antagonistas de la vitamina K, con coagulopatía en el contexto de traumatismo, hemorragia quirúrgica o insuficiencia hepática aguda. Sugerimos la administración de CCP para disminuir el sangrado y/o la tasa transfusional. 2C.
- Pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K y que precisan revertir de forma inmediata la anticoagulación. Complejo protrombínico frente a plasma fresco congelado y factor VII recombinante activado. Sugerimos que el tratamiento con CCP es superior a la administración de PFC y de rFVIIa para disminuir el sangrado y/o la tasa transfusional. 2C.

### **Fibrinógeno**

Pacientes quirúrgicos. Sugerimos la administración de FBN para disminuir el sangrado y la tasa transfusional.

### **Antifibrinolíticos**

- Cirugía ortopédica mayor. Sugerimos el tratamiento con ATX para disminuir el sangrado y/o la tasa transfusional. 2A.
- Cirugía hepática: Recomendamos el tratamiento con ATX para disminuir el sangrado y/o la tasa transfusional. 1B.
- Otras cirugías. Sugerimos el tratamiento con ATX para disminuir el sangrado y/o la tasa transfusional en pacientes sometidos a cirugía ginecológica o urológica.
- Pacientes politraumatizados con hemorragia significativa. Recomendamos el tratamiento con ATX para disminuir el sangrado y/o la tasa transfusional. 1B.
- Hemorragia gastrointestinal. Sugerimos la administración de ATX para disminuir las pérdidas de sangre y mejorar el resultado clínico. 2A.

### **Factor VII activado recombinante**

Pacientes con hemorragia refractaria a la hemostasia quirúrgica y soporte hemoterápico. Sugerimos el uso de rFVIIa para el tratamiento de hemorragia grave refractaria. 2C

### **Alternativas farmacológicas a la transfusión de sangre alogénica para incrementar la eritropoyesis**

- Hierro

Cirugía de cáncer de colon u ortopédica. Tratamiento preoperatorio. Sugerimos el tratamiento con Fe oral para mejorar el nivel prequirúrgico de Hb y reducir la tasa transfusional. 2B

- Hierro intravenoso.

Pacientes quirúrgicos. Tratamiento preoperatorio. Sugerimos el tratamiento con Fe IV en pacientes anémicos, para mejorar los niveles de Hb y reducir la tasa transfusional. 2B.

Pacientes quirúrgicos. Tratamiento perioperatorio. Tratamiento con Fe IV en pacientes con alta probabilidad de desarrollar anemia perioperatoria grave para reducir la tasa transfusional. 2B

Pacientes quirúrgicos. Tratamiento postoperatorio. Tratamiento con Fe iv para mejorar los niveles de Hb y reducir la tasa transfusional. 2C.

Anemia posparto moderada o grave. Tratamiento con Fe iv para la corrección de la anemia y la disminución de la tasa transfusional. 1B.

Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Recomendamos el tratamiento con Fe iv para la corrección de la anemia y la ferropenia, y reducir la tasa transfusional. 1B.

Paciente oncológico. Sugerimos la administración de Fe iv, sin agentes estimulantes de la eritropoyesis, para prevenir el descenso de Hb producido por la quimioterapia/radioterapia y reducir la tasa transfusional. 2B.

Recomendamos el tratamiento con Fe iv, como coadyuvante del tratamiento con agentes estimuladores de la eritropoyesis (AEE), para la corrección de la anemia inducida por quimioterapia y mejorar la tasa transfusional. 1A

### **Eritropoyetina**

- Cirugía ortopédica programada. Recomendamos la administración preoperatoria o perioperatoria de rHuEPO para reducir la tasa transfusional, siempre que la anemia sea moderada (Hb entre 10 y 13 g/dL), y el riesgo de sangrado lo sea también. 1A.
- Otras cirugías. Sugerimos la administración de rHuEPO para reducir la tasa transfusional en pacientes anémicos sometidos a cirugía mayor. 2A.
- Pacientes críticos. No recomendamos el uso de rHuEPO para tratar la anemia y reducir la tasa transfusional en pacientes que no tengan una indicación previa, con la posible excepción de aquellos con traumatismos, especialmente con traumatismo craneoencefálico grave. 1A.

### **Alternativas a la transfusión de sangre alogénica para incrementar el transporte de oxígeno**

#### **Cristaloides y coloides**

Pacientes con pérdidas leves o moderadas de sangre. Tratamiento inicial con fluidos (cristaloides y/o coloides) para disminuir la tasa transfusional. 1C.

Pacientes con pérdidas graves de sangre. Recomendamos el tratamiento inicial con fluidos (cristaloides y/o coloides) para disminuir la tasa transfusional. 1C.

Pacientes con sangrado crítico. Sugerimos el tratamiento inicial con fluidos (cristaloides y/o coloides), seguido de la transfusión de hemocomponentes y derivados plásmáticos, para disminuir la tasa transfusional. 2B.

#### **Perfluorocarbonados y hemoglobinas modificadas**

- Pacientes sangrantes y/o con necesidad de transfusión de sangre alogénica. Uso de perfluorocarbonados. No es posible hacer ninguna recomendación relacionada con el uso de PrFC como alternativa a la transfusión de concentrado de hematíes. 0.
- Pacientes sangrantes y/o con necesidad de transfusión de sangre alogénica. Uso de hemoglobinas modificadas. No es posible hacer ninguna recomendación relacionada con el uso de HBOC como alternativa a la transfusión de concentrado de hematíes.

## 2. OBJETIVOS DE GESTIÓN Y COORDINACIÓN

---

El **Plan Estratégico** (PE) es el documento en el cual se recoge cómo queremos que sea el hospital y qué tenemos que hacer para conseguirlo. El SAR debe tener una participación activa en el Plan Estratégico del hospital y en el logro de sus objetivos. En el PE se establecen en qué grandes áreas de interés debemos trabajar (Líneas Estratégicas) y mediante qué planes de acción concretos podemos acercarnos a lo que queremos. Hacer planes es la fase inicial y básica de cualquier proceso de gestión. La planificación es el eje fundamental que condiciona y determina las posteriores fases de organización, dirección y control de la organización. En una situación de cambio permanente, la planificación y dirección estratégicas ofrecen la posibilidad de diseñar y alcanzar el futuro deseado a través de un camino preconcebido. De lo contrario serán otros los que nos dicten nuestro futuro y decidirán por nosotros el camino a seguir hasta él. Este PE pretende ser un instrumento que permita reorientar al (EOXI-PS) para dar respuesta a las necesidades de los principales grupos de interés de nuestra organización: pacientes-clientes-usuarios, trabajadores, así como otras organizaciones sanitarias. Así mismo, se han evaluado los indicadores internos de rendimiento, las áreas de mejora detectadas y los planes y objetivos alcanzados. El PE es una invitación a todos nuestros profesionales para trabajar los objetivos estratégicos, considerando siempre al paciente y sus necesidades como el centro del sistema.

Para caminar hacia la **gestión clínica**, que se puede definir como es una **forma de desarrollar la atención sanitaria integrando las decisiones clínicas y las de coste**, donde la buena práctica clínica y el paciente cobran mayor relevancia que en los modelos de atención más tradicionales de los hospitales, hay que descentralizar lo operativo pero con una atención integrada, mejorar las relaciones no como un acto social, sino como el campo sobre el que vamos a conseguir mejores resultados para nuestra población (más fácil, más seguro y más eficiente).

La gestión clínica busca incorporar a los profesionales en la toma de decisiones; son ellos, con su visión cercana al paciente quienes pueden orientar la atención de una forma más efectiva. El concepto de profesional sin embargo, también incluye el mismo rigor para gestionar. No se trata de clínicos aficionados a la gestión, sino profesionales que toman la gestión con el mismo interés que la clínica por una sencilla razón: afecta a los pacientes. El principio de que **“nada que afecte a los pacientes me puede resultar ajeno”** tiene aquí verdadero sentido.

Estrategias para conseguir objetivos. ¿Cómo se traducen esos objetivos en planes operativos?; ¿cómo se espera conseguir lo que se propone. Se necesita información, formación y decisión. Hay que valorar qué se aporta al resultado final. Saber qué se hace, compararlo con lo que se debería de hacer y extraer planes de acción para tratar de conseguirlo. Hay que definir qué se pretende, en qué tiempo, cómo. El ahorro de costes no aporta nada a la eficiencia. A partir del cumplimiento de objetivos y la participación activa en las Comisiones Clínicas y otros órganos de participación, el SAR contribuirá a los objetivos estratégicos del (EOXI-PS). En concreto, la orientación hacia la Atención Primaria, para una integración de procesos, está entre los objetivos asistenciales del SAR. Debemos evaluar los servicios que se prestan, cómo se facturan, cómo se establecen las reglas de juego en ahorros, y en endeudamiento. Por tanto, vamos a contribuir mediante una definición de nuestra cartera de servicios, competencias del servicio, establecimiento conjunto de objetivos de actividad calidad y farmacia para cumplir nuestro presupuesto.



A continuación vamos a examinar las prioridades que ha marcado la (EOXI-PS) para el SAR en estos tres últimos años. Cada objetivo representa un peso en el total de los objetivos (%) y valor absoluto (n).

La orientación estratégica viene dada por la propuesta de objetivos al SAR. En el año 2016, los objetivos se priorizan con el siguiente peso

**Tabla 19. ADX 2013-2016 del SERVICIO DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPEUTICA DEL DOLOR**

			2013	2014	2015	2016	CP V	%	
OBJETIVOS AREA SANITARIA		% de personal que realiza el curso de higiene de manos (incluido 2015)				100%	5%	5%	
OBJETIVOS ESPECIFICOS		Tiempo medio de espera en estructural para primera consulta de enfermedad Unidad de Dolor	37,7	38,25	46,9	35%	5%	45 %	
		Tiempo medio de espera estructural consulta preanestesia	4	3,1	1,3	2	5%		
		Altas en Unidad de Dolor	156	191	232	20%	5%		
		Tasa de anulación quirúrgica	3,71	3,1	3,6	3,3	10 %		
		% de utilización de cirugía programada				60	10 %		
		% de intervenciones no programadas diferidas	5,22	5,2	5,6	5,2	10 %		
OBJETIVOS CORPORATIVOS	PREVENCIÓN DE LAS IRAS	Densidad de incidencia de bacteriemia primaria y secundaria asociada a cateter venoso central (proyecto de Bacteriemia Zero)					5%	26 %	
		Densidad de incidencia de pneumonia asociada a la ventilación mecánica (Proyecto Pnemomía Zero)					5%		
		Tasa de pacientes con una o más Bacterias Multirresistentes adquiridas en la UCI (Inicio de implantación o mantenimiento del proyecto Resistencia Zero)					5%		
			Participación en las sesiones docentes del hospital y colaboración con la comisión de docencia					5%	
			Listado de Verificación Quirúrgico				99%	6%	
	INDIVIDUALES		Coste por receta	24,8	25,53	20	24 E	6%	24 %
			% de prescripción de terapéuticas no eficientes		9,74%	17,32 %	15%	6%	
			% de prescripción de medicamentos genéricos (p.a.)	26,04 %	28,37 %	29,95 %	43%	6%	
			%de novedades terapéuticas	0,08%	0,02%	0,12%	1,50 %	6%	

Los objetivos corporativos representan la mitad del total de objetivos, seguido de los específicos y por último, los del área sanitaria

<b>Tabla 20. % Objetivos del SAR por línea estratégica</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
Objetivos Area Sanitaria	<b>5</b>	<b>5</b>
Objetivos Especificos	<b>45</b>	<b>40</b>
Objetivos Corporativos	<b>50</b>	<b>55</b>
	Prevención IRA	15% 25%
	Otros	11% 10%
	Iniduales	24% 20%

El área de accesibilidad (demoras) y productividad (utilización de los recursos) representa el 45% de los objetivos:

**Tabla 21. Objetivos Accesibilidad y Productividad ANR**

<b>ACCESIBILIDAD Y PRODUCTIVIDAD</b>	<b>45%</b>	Tiempo medio de espera en estructural para primera consulta de enfermedad Unidad de Dolor	5%
		Tiempo medio de espera estructural consulta preanestesia	5%
		Altas en Unidad de Dolor	5%
		Tasa de anulación quirúrgica	10%
		% de utilización de cirugía programada	10%
		% de intervenciones no programadas diferidas	10%

Ahora bien, por áreas de atención, los vinculados al área de seguridad clínica representan el 25. El área de prevención de la infección relacionada con la IRA, representa un 20%, al que se añade un LVQ en un 6%.

		<b>Tabla 22. Objetivos Seguridad Clínica</b>	
<b>SEGURIDAD CLINICA</b>	<b>26%</b>	% de personal que realiza el curso de higiene de manos (incluido 2015)	5%
		Densidad de incidencia de bacteriemia primaria y secundaria asociada a catéter venoso central (proyecto de Bacteriemia Zero)	5%
		Densidad de incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica (Proyecto Neumonía Zero)	5%
		Tasa de pacientes con una o más Bacterias Multirresistentes adquiridas en la UCI (Inicio de implantación o mantenimiento del proyecto Resistencia Zero)	5%
		Listado de Verificación Quirúrgico	6%

El grado de consecución de objetivos en 2015 fue de un 98.% (no se cumplió la demora primera consulta enfermedad Unidad del Dolor y % profesionales que realizan el curso n line de higiene de manos)

La estancia media de la Unidad de Reanimación en 2015 fue de 2.9 días, frente a los 2.4 días en el año 2016 (abril)

## **Programa de Mejora de la Planificación quirúrgica (SERVICIO DE ANESTESIA)**

Detalle de las acciones dentro del servicio de Anestesia y Reanimación dirigidas a alcanzar la correcta planificación quirúrgica, el mayor aprovechamiento de los recursos, a la ambulatorización de los procedimientos y la reducción de la estancia hospitalaria, en su caso de los pacientes intervenidos. Cronograma

En el informe de HealthLeaders Media se presentan cuatro<sup>6</sup> estudios de caso sobre centros hospitalarios con un enfoque particular sobre la gestión del bloque quirúrgico y sus equipos. El documento aborda cuestiones tan relevantes como la innovación selectiva, el posicionamiento, la gestión del crecimiento y la reorganización jerárquica.

Para alcanzar este objetivo, los centros deberán **evaluar bien las necesidades de los pacientes para los servicios específicos y contrastarlas** con las capacidades del sistema de salud y del mercado. (En algunos casos esto puede suponer la creación de centros de excelencia o de programas multidisciplinares como el desarrollado hace cinco años por Mount Sinai de ortopedia/neurocirugía, dos especialidades que ahora se fusionarán en una sola planta).

Estas organizaciones demuestran que es posible crear un programa quirúrgico centrado en el paciente y que aumente la seguridad, calidad y eficiencia del servicio sin descuidar el éxito de la unidad desde el punto de vista de negocio.

La seguridad y eficiencia de un programa quirúrgico centrado en el paciente debe enfocarse:

- al cambio de modelo jerárquico, orientado hacia una cultura del trabajo en equipo;
- a una mayor consideración de las necesidades de planificación e infraestructura, y

#### Creación de un **programa de Bloque Quirúrgico de Alto Valor Centrado en el Paciente**

- **Formación en Metodología Lean Healthcare** a los profesionales En muchas organizaciones y ante los cambios siempre hay partidarios y detractores, comportamientos ad hoc o aquellos que no quieren cambiar; aquellos que priorizan lo cómodo frente a otros que priorizan lo complejo, o sencillamente, ante tanto cambio, decide la inanición. La psicología de las organizaciones, la teoría económica, el sentido común y hasta el instinto ayudan a diagnosticar, trata y evaluar las posibilidades de cambio. Por ello, esta metodología de mejora es una herramienta que prácticamente es una forma de vida. Nos proveerá de una forma distinta de ver las cosas
- Actualizaremos **la normativa y funcionamiento interno del servicio** como se ha realizado en otros entornos<sup>7</sup>. En concreto, el SAR deberá de disponer de protocolos y procedimientos de actuación de las tareas a realizar en las diferentes áreas que son de su competencia: Procedimientos de ingreso y derivaciones. Plazos y procedimientos para la comunicación de cambios en la planificación de agendas (vacaciones, congresos, etc.). Planificación estable de la actividad ambulatoria que permita la gestión operativa de las agendas durante al menos 1 año. Hospitalización: seguimiento. Derivaciones intercentros y a centros de referencia.
- **Existirán, al menos, responsables conjuntos de objetivos del área de enfermería y medicina para el seguimiento y autoevaluación.** Por cada objetivo de nuestro (EOXI-PS), pero también de aquellos otros que el propio SAR considere también prioritarios.
- Se reforzará la figura **del responsable de calidad-seguridad clínica**

---

<sup>6</sup> Bassett Healthcare (NY), The Methodist Hospital (Houston, Texas), The Mount Sinai Medical Center (NY) y el St. Francis Hospital (NY).

<sup>7</sup> [http://www.cht.es/cht/cm/cht/images?locale=es\\_ES&textOnly=false&idMmedia=8845](http://www.cht.es/cht/cm/cht/images?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=8845).

- Reducir hospitalizaciones potencialmente evitables: Una investigación valoró la efectividad de un programa para la disminución de las hospitalizaciones inadecuadas. Lograr una hospitalización equivalente a aquellos territorios con similar composición etaria y complejidad, debería ser un objetivo compartido del SAR con los servicios asistenciales. Por otra parte, , existen intervenciones de perfil comunitario para lograr un mejor resultado. **El Servicio de Anestesia realizará una planificación de la utilización de camas** para dar una respuesta adecuada a la programación quirúrgica y eliminar la incertidumbre a pacientes y cirujanos, y lograr por ello, una mejora de la eficiencia. Antes de 6 meses. Resultados: Disminución de las intervenciones quirúrgicas suspendidas por falta de camas en Reanimación o Unidad de Reanimación Postanestésica

**Tabla 23 Protocolo organizativo de asignación de camas en reanimación.**

Las Unidad de Reanimación es un cuello de botella en la actividad quirúrgica. Además, por una necesaria reserva ante situaciones imprevista, es necesario que la programación quirúrgica tenga en cuenta no solo la reserva latente, sino la previsión en la planificación de la necesidad de camas de atención en reanimación

<p><b>Objetivo:</b>  <b>Estimar las necesidades de cama con un rango de 2 a 9 días de antelación</b></p>	<p><b>Responsable:</b> Jefe Clínico SAR</p>	
<p><b>Plan de acción:</b>  <b>1. Equipo de trabajo. la subdirección de procesos asistenciales con ingreso, Servicio de Admisión, Servicio de Anestesia, Jefes de servicio de área quirúrgica y Unidad de Calidad.</b>  <b>2. Análisis de situación</b>  <b>3. Protocolización de solicitud, análisis y asignación de camas en Reanimación</b>  <b>4. Evaluación: análisis retrospectivo de la eficacia de la medida adoptada.</b>  <b>4. Plan de desarrollo SAR</b></p>	<p><b>Recursos:</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eficacia: % cancelaciones por falta de camas entre las intervenciones asignadas”</li> <li>- “% de solicitudes entregadas en plazo,</li> <li>- % de informes de asignación entregados en plazo”</li> <li>- “% de solicitudes denegadas.</li> </ul>	
<p><b>Prioridad: Alta- Importancia: Alta- Factibilidad: Alta</b></p>	<p>Fecha Inicio: mes6 finalización:                  Periodicidad revisión:</p>	<p>Observaciones:</p>
<p><b>Referencia: Mikel Latorre Guisasola; Adela Olascoaga Arrate; Julen Balletero Zárraga; Mikel Álvarez Yeregi. Elaboración de un protocolo organizativo de asignación de camas en reanimación VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. 2006</b></p>		

En una intervención seminal en Hospital de Cruces, “no se ha anulado ninguna intervención por falta de camas en Reanimación” tras la implantación de un protocolo de asignación de camas en la Unidad de Reanimación. Programas de ahorro de sangre o Patient Blood Management (PBM).



**Planificaremos la actividad de acuerdo a la necesidad.** Esto es, la actividad prevista interanualmente se realizará a partir de las tasas poblacionales de ingresos, consultas externas, diálisis y actividad en hospital en servicios de SAR homologables del Servicio Canario de Salud, ajustadas por complejidad y casuística.

- El **papel de enfermería** debe cobrar importancia capital. Su compromiso va más allá del soporte instrumental, contaje de material gestión del material estéril, registro de la actividad en quirófano o los listados de verificación. Es clave en la coordinación con los servicios asistenciales.
- **Mejoraremos el clima laboral**, a través de sesiones de puesta en común, y equipos de trabajo
- **Acceso a los datos** asistenciales, de calidad, productividad y seguridad clínica

Detalle de las acciones con otros servicios (clínicos o no) del CH dirigidas a una correcta planificación quirúrgica, mayor aprovechamiento de los recursos, la ambulatorización de los procedimientos y la reducción de la estancia hospitalaria, en su caso, de los pacientes intervenidos. Cronograma

---

El rediseño de los procesos clínicos constituye una poderosa herramienta para mejorar la atención sanitaria. LA base<sup>23</sup> de la mejora se basa en

- la implicación de los directivos,
- el liderazgo clínico,
- el trabajo en equipo,
- la orientación al paciente,
- el acceso inmediato a la información, etc.

¿Cómo se puede mejorar el funcionamiento de un Bloque Quirúrgico?<sup>8</sup>. El hospital tiene sentido cuando contribuye a la mejora de la Salud de la población. De igual forma que buenos jugadores no hacen necesariamente un buen equipo, el SAR utilizará indicadores poblacionales para valorar su contribución a la mejora de la población. En un entorno<sup>24</sup> público rediseñaron la atención en urgencia y procedimientos quirúrgicos, obteniendo beneficios tangibles tanto para los pacientes como para los profesionales. Las claves de la mejora se vincularon a la **implicación de los directivos, el liderazgo clínico, el trabajo en equipo, la orientación al paciente y el acceso inmediato a la información**. En otra experiencia en similar entorno, rediseñaron el modelo de los procesos clínicos en el área de

---

8 [http://www.sedisa.net/documentos/nu13\\_periscopihos.pdf](http://www.sedisa.net/documentos/nu13_periscopihos.pdf)

urgencias y en los procedimientos quirúrgicos, obteniendo beneficios tangibles tanto para los pacientes como para los profesionales.

Por tanto, tenemos oportunidad para lograr esta mejora, siquiera, por comparación.

Las estancias hospitalarias en exceso, una vez se ha ajustado por complejidad, son un indicador que mide la eficiencia interna de los hospitales para gestionar camas. En el supuesto de que los hospitales que gestionan las camas con menos eficiencia se comportaran como los más resolutivos habría un ahorro afectar la calidad asistencial. Por ello, colaboraremos conjuntamente con los servicios a realizar el seguimiento intensivo de aquellos procesos que superen el tiempo de ingreso previsto.

## The Productive Operating Theatre

*Building teams for safer care™*

- En la puesta en marcha del programa se necesita **la implicación de los responsables de los servicios quirúrgicos, área de enfermería, liderados por la Dirección**. Para ello, nada mejor que definir reglas (puntualidad) de relación entre los que intervienen en la actividad quirúrgica, desde el personal subalterno. La responsabilidad de los jefes se tiene que ver en las reuniones semanales para análisis de la productividad quirúrgica. La asignación de sesiones debe de tener en cuenta la productividad y la adecuación de la utilización de los tiempos quirúrgicos
- Programación de acuerdo a los tiempos medios ponderados que se calculen en el hospital por facultativo y sesión
- **Servicio de Admisión:** Realiza el seguimiento de la programación de los pacientes incluidos en el Registro de pacientes en espera quirúrgica con prioridad 1, elaborado con la finalidad de conseguir que ningún paciente con este nivel de prioridad espere para ser operado más de 30 días, excepto justificación que lo motive. Se componen de diferentes actividades para las que se definieron unos criterios de calidad y se asignaron unos responsables. Es precisamente el Servicio de Admisión el interlocutor para señalar las demoras asistenciales límite que puedan superar el tiempo de garantía. Así una más estrecha colaboración, más allá de la comisión quirúrgica, podría ser muy útil para monitorizar la demanda. Consistiría en:
  - Revisión **semanal** de las prioridades por especialidad de pacientes incluidos en el registro de espera quirúrgica con prioridad 1 (comprobación de que están correctamente asignadas)
  - Análisis de la relación de paciente con prioridad 1
  - Selección de pacientes con prioridad 1 que pueden ser operados la siguiente semana con estas indicaciones (en primer lugar pacientes que la siguiente semana superarán 30 días de espera (pacientes que están en espera estructural y aquellos que están en no estructural por rechazo de derivación la otro centro). Se seleccionarán además los pacientes con prioridad 1 por orden de antigüedad, que aunque no estén a punto de superar los 30 días, se tenga capacidad de intervenir.
  - Propuesta de quirófano
  - Revisar la idoneidad de los pacientes seleccionados:
  - Check list: consentimiento informado, preoperatorio, revisión medicación
  - Elaboración del plan de quirófano definitivo
- Asignación de recursos quirúrgicos de la siguiente semana



- **Servicio de Control de Gestión y Documentación Clínica:** Información agregada de la demora asistencial y la productividad, a través de Cuadro de Mandos. Sería de utilidad disponer de SIAC con otras áreas de similares recursos. Medir, comparar y corregir por iguales (y por uno mismo) tiene mejor pronóstico, y también, esa valoración puede ser reforzada por un evaluador externo. Aunque mejor por ese orden, primero auto-evaluación acompañada y después, las demás. No todo lo que se puede medir importa, ni todo lo que importa se puede medir. Los auditores tienen que ser autónomos pero no perversos, ni condescendientes, distinguir el problema de las personas.. Cada objetivo tiene que tener un plan operativo detrás, (mejor, delante) para poder obtener algo. Una rigurosa evaluación a través de indicadores consistentes y relacionados con el núcleo de lo que se hace en un ambiente proactivo para la búsqueda de las oportunidades de mejora.

- **Protocolo de atención RCP “de alta calidad” en el servicio de Anestesia y Reanimación. Servicio de Anestesia y Reanimación, Servicio de Cuidados Intensivos, Servicio de Urgencias, 061.** Seremos centro de referencia en reanimación cardiopulmonar de alta calidad. Servicios “Anestesia y Reanimación, Cuidados Intensivos, Medicina Interna , Cardiología y Pediatría”, para desplegarse en cascada al resto del CH. Antes de 24 meses. Resultados: Elevar las tasas de supervivencia tras una parada cardiorrespiratoria La Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) acreditará a nuestro CH como centro de referencia en reanimación cardiopulmonar de alta calidad por su actividad en este sentido. Así, nos autoriza a impartir sus programas de aprendizaje sobre reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, los cuales están diseñados por esta organización internacional “para elevar las tasas de supervivencia tras una parada cardiorrespiratoria”,

- **Creación de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio**

El dolor es un problema de salud cuyo abordaje resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas, así como por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes. La estrategia <sup>25</sup> del dolor en España, señala que entre los 30% y 60% de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, experimentan en algún momento dolor que va de moderado a grave, dato que se relaciona con un aumento de la morbilidad, de los costes y una disminución del confort del paciente.

Rawal<sup>26</sup>, en 1994, definió las unidades de dolor agudo de “bajo coste”. La enfermera experta asignada a este servicio es el nexo imprescindible entre el Servicio de Anestesiología y la enfermera de planta, para la aplicación de protocolos analgésicos y técnicas especiales desarrolladas, indicadas y supervisadas desde un Servicio de Anestesiología. Con experiencia<sup>27</sup> en nuestro país, hospital 12 de octubre.

Por el volumen de actividad quirúrgica y para hacer posible su implantación se propone la creación de la unidad de dolor agudo postoperatorios s “de bajo coste”. Antes de 15 meses. Resultado: mejora de la confortabilidad del pacientes postquirúrgico de acuerdo a la escala EVA. En la actualidad existe un PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO EN EL HOSPITAL

Este papel de **la enfermería es básico para afrontar la demora en la consulta externa de la Unidad del Dolor**. Como se señala en el apartado 3.5, la demora en consultas externas es el principal motivo de reclamación. Las medidas a tomar pasar por depurar las solicitudes realizadas, priorizar por niveles de gravedad la solicitud. Dar un papel más protagonista a la

Enfermería experta, como primer nivel de triaje por ejemplo o para el seguimiento asistido de las consultas de revisión.

**- Programa de mejora de la comunicación durante el traspaso del paciente<sup>9</sup>.**

Implantación de un listado de situación en la transferencia desde quirófano a Reanimación, especialmente en pacientes con enfermedad sistémica grave.

**- Protocolos de Recuperación Intensificada**

La rehabilitación multimodal quirúrgica (Fast-track Surgery o Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), es la suma de estrategias perioperatorias con objetivo de disminuir el estrés secundario de la intervención quirúrgica a la vez, que una mejor recuperación del paciente al disminuir significativamente las complicaciones y la mortalidad .

Los protocolos<sup>10</sup> de rehabilitación multimodal revisan las prácticas tradicionales perioperatorias, valorando los puntos clave específicos de cada tipo de cirugía y analizando la evidencia científica de los mismos. Las ventajas de estos protocolos han sido repetidamente demostradas en un buen número de ensayos clínicos aleatorizados y meta-análisis. Este trabajo, la Vía clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal<sup>28</sup> (RICA) tiene la finalidad de ofrecer unas pautas asistenciales interdisciplinares para mejorar la rehabilitación y recuperación postoperatorias en Cirugía Mayor Abdominal, manteniendo la seguridad del paciente y optimizando la utilización de recursos. Los objetivos del programa, como son la atención sanitaria eficiente, segura, efectiva y satisfactoria, necesita una estupenda coordinación entre los cirujanos, anestesiistas nutricionistas y personal de enfermería.

Experiencias actuales de programas de recuperación multimodal. Por ejemplo en Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. Hospital Rey Juan Carlos I. Madrid . Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. Hospital Infanta Leonor. Madrid

**- Creación de la unidad de medicina preoperatoria y del tratamiento prequirúrgico**

A pesar de tener una estructura jerárquica “vertical”, el Servicio de Anestesia y Reanimación está lo suficientemente consolidado para que su modelo directivo y de gestión se oriente a desarrollar una estructura de trabajo con relaciones horizontales. Este prototipo organizativo facilita la coordinación de los equipos interfuncionales, fomenta la toma de decisiones descentralizadas. En estas estructuras el trabajo en equipo es una exigencia, pero cada miembro ha de tener perfectamente definido sus cometidos y nivel de responsabilidad.

La cultura de corresponsabilidad en las decisiones sólo es posible en equipos de trabajo internamente bien cohesionados y donde el grado de desarrollo del compromiso de los miembros del grupo es muy fuerte.

El Análisis Estratégico en grupo y la toma conjunta de decisiones son esenciales para este compromiso, como veremos más adelante. La evolución hacia estos modelos directivos es una aspiración en las organizaciones sanitarias.

La creación de esta unidad:

---

9 <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCl.pdf>

10 <http://www.iacs.aragon.es/awgc/contenido.detalle.do?idContenido=11793>

- Programa de colaboración con el servicio de Cardiología ante la Insuficiencia Cardíaca<sup>29</sup>
- Programa para el tratamiento de la anemia preoperatoria<sup>30</sup>
- Estandarización de la atención a pacientes en las edades extremas
- Estandarización de la atención perioperatoria de niños

### **Programa para el marcado del sitio quirúrgico como práctica rutinaria**



Antes de 9 meses. Servicios Quirúrgicos, enfermería. La identificación de pacientes se consigue en el 100%. La implicación del paciente en la seguridad, encuentra en esta propuesta un buen aliado. Ahora bien, debemos abordar ya la identificación inequívoca de los pacientes previa a la realización de procedimientos, diagnósticos/terapéuticos, nutrición y traslados. Ligado todo ello con el LVQ, sin embargo, debemos abordar ya el marcado prequirúrgico como una mejora imprescindible para disminuir y minimizar los errores derivados de la incorrecta identificación de la zona quirúrgica

## **2.2 PROGRAMA DE MEJORA DE LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA (OTROS SERVICIOS)**

Garantizar la correcta planificación quirúrgica, mayor aprovechamiento de los recursos, la ambulatorización de los procedimientos y la reducción de la estancia hospitalaria, en su caso, de los pacientes intervenidos. Cronograma y servicios

### **la ambulatorización de los procedimientos**

- **Colaboraremos en la ambulatorización y programación de los procesos quirúrgicos, en especial, con Cirugía Vascular:** Favoreceremos la ambulatorización de los procesos, objetivo institucional tanto del como de nuestro centro. De forma similar a la alerta ante el incremento del tiempo teórico máximo de estancias hospitalarias, ayudaremos a la supervisión y toma de decisiones para la ambulatorización de procesos potencialmente ambulatorios señalando alertas en procesos potencialmente ambulatorizables<sup>11</sup>.
- **Priorización “objetiva” y basado en evidencias o consensos de las priorizaciones.** Efectivamente, algo comienza a moverse. La elaboración de un sistema para priorización<sup>12</sup> en lista de espera quirúrgica hará más transparente el método. Además, ya asistimos<sup>13</sup> a este “nuevo discurso” al presentar como éxito estas priorizaciones. Pasar<sup>14</sup> del volumen a la calidad, y sobre todo, a vincular objetivos asistenciales con esa calidad es un nuevo paso

<sup>11</sup> <http://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/InfSanitaria/PDF5-72.pdf>

- **Colaboración en la evaluaciones en las Comités Técnicos Asistenciales.** Es el camino natural de la gestión por procesos. Los profesionales se potencian y se acostumbran a trabajar en equipo. Por ello, el SAR deberá de participar en todas las Comisiones Clínicas. En la actualidad (Junta Técnico Asistencial/Docencia –Dra Varela- Hemoterapia/Infección (Dra Chamadoira). Núcleo de Seguridad (Dra.Sanduende)
- **EL SAR mantendrá una importante y regular interacción con los responsables de las prestaciones y diagnósticos en enfermería** para una correcta datación y registro de las actividades asistenciales, en especial, úlceras por decúbito, accidentes en institución residencial y similares complicaciones.
- **El SAR ayudará en la planificación asistencial del (EOXI-PS)**, en especial, aquella relacionada con planificación de consultas externas y actividades ambulatorias
- **El SAR favorecerá la codificación de procesos asistenciales ambulatorios**, a través de herramientas de autocumplimentación o automatizados, en línea con recientes iniciativas, como el programa KODIFIKA<sup>15</sup>
- **El SAR coordinará con el Servicio de Admisión** toda la sistemática de captura, planificación y gestión de la actividad asistencial
- **El SAR coordinará toda su actividad con el Servicio de Control de Gestión**, por cuanto, la gestión del conocimiento y mejoras en calidad vendrán por sistemas de información alimentados con datos fiables, verídicos y evaluables.

En los dos puntos anteriores, el siguiente ejemplo permitirá señalar la trascendencia de esa colaboración. El destino al alta del paciente es muy importante, porque permite **ligar los procesos asistenciales**. Si el paciente es dado de alta con seguimiento en consultas externas, es muy importante que se identifique que esta consulta es consecuencia de aquella alta, y de forma consecutiva, se ligen los episodios asistenciales para poder tener una visión de conjunto desde p.ej., urgencias-hospitalización-consultas. Además, **es muy importante que se identifiquen todos aquellos procesos que son dados de alta en consultas externas**, porque permite construir indicadores más sólidos que los índices de reiteración (relación sucesivas/primeras consultas, p ej.) que no aportan mucha información para los episodios ambulatorios

### 2.3 PLAN DE COORDINACIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL DEL SALNES

Establecimiento de protocolos conjuntos para disminuir la VPM, derivación de pacientes, atención al alta. Cronograma

Atención Primaria- CMA- S. anestesia – Personal sanitario – Paliativos – Servicios Hospitalarios

12 Adam P, Alomar S, Espallargues M et al Priorización entres procedimientos quirúrgicos electivos con lista de espera del sistema público en Cataluña. Barcelona: Agencia de Información, Evaluación y Calidad en S Salud Servicio Catalán de la Salud. Generalitat de Cataluña 2010  
[http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/priorizacion\\_proc\\_listasespera\\_aiaqs2010es.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/priorizacion_proc_listasespera_aiaqs2010es.pdf) y en  
<http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0402es.pdf>

13 <http://www.lavozdegalicia.es/vigo/2011/11/22/00031321978780412404467.htm>

14 <http://www.diariomedico.com/2013/04/23/area-profesional/gestion/area-gallega-cinco-vias-rapidas-cancer>

15 El programa Kodifika, Premio Barea 2012 [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhgal01/es/contenidos/informacion/hgal\\_premio\\_barea\\_2012/es\\_hgal/hospital\\_galdakao.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhgal01/es/contenidos/informacion/hgal_premio_barea_2012/es_hgal/hospital_galdakao.html)

La organización en servicios y especialidades no puede continuar como hasta ahora; hay que ser operativos y asociarse por patologías. El Hospital del Salnés, es una oportunidad para nuestro CH. Las iniciativas que se proponen como base de acuerdos, es en base a la oportunidad que se presenta para los dos hospitales ante las iniciativas que aquí se presentan. Serán en conjunto en el área crítica o no lograremos los beneficios que una gestión integrada nos permite.

No solo por sentido común, sino porque mejoran (por disminución) la mortalidad, la duración de la hospitalización, favorecen la rehabilitación precoz, y, además, ayudan a mejorar la eficiencia (si se mejora la efectividad, solo es cuestión de ver cuál es el menor coste asumible). Están muy bien, las guías de práctica clínica, estupendamente las vías clínicas pero encontrar pacientes con patologías aisladas, “puras”, propias de cada especialidad resultará anecdótico. Lo habitual, por frecuente, será encontrar pacientes con al menos dos patologías, una de ellas crónica, que además, se beneficiarán poco de una atención hospitalaria tradicional, ya que por su propia naturaleza, el ingreso en un centro de agudos le provocará más perjuicios que beneficios.

- ¿Qué hacemos con un paciente con diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca, ¿a dónde lo enviamos?. En la visión tradicional, se trata de ver qué predomina. Que la repercusión hemodinámica es la más importante, fácil decisión, a cardiología; pero claro, tiene diabetes mellitus, más fácil, a medicina interna e interconsulta a endocrino. ¿Y si necesita diálisis? O si no, mejor, el depende. Depende quién haga la guardia de la especialidad o quién se ocupe de la puerta de urgencias. El depende como decisión a la hora de ingresar es maravilloso. Lástima que seguir con el depende lleva a perder de vista lo importante: es un paciente con diabetes mellitus con un período de descompensación cardíaca, donde desconocemos qué ha provocado su situación (fiebre, infección ocasional...) . De ahí que el establecimiento de equipos de trabajo sobre variabilidad clínica con Atención Primaria y el Hospital del SALNÉS, mejorará la seguridad clínica y cualquier otra propuesta en la que la participación de los profesionales sea imprescindible para lograr el objetivo

La Variación en la Práctica médica presenta (Ver apartado 3.2) un importante cuerpo de doctrina <sup>16</sup> El nuevo modelo de gestión propuesto en este proyecto afecta, inevitablemente, a la relación con el Hospital do Salnés. Se propone que el jefe de servicio y de Sección del CHOP sea el interlocutor directo con el jefe de servicio del Hospital do Salnés . Deben existir canales de información abiertos y bidireccionales para tratar cualquier tema de forma urgente .

### **Establecimiento de protocolos conjuntos para disminuir la VPM, derivación de pacientes, atención al alta. Cronograma (HOSPITAL DO SALNES)**

---

Es una oportunidad que el establecimiento de acciones de mejora en el CHP pueda ser acompañado de su extensión al Hospital do Salnés. Por ello, aquellos programas o protocolos que se proponen en este apartado, vienen precisamente, de la misma propuesta que se propone para el CH de Pontevedra

---

16 . <http://www.atlasvpm.org/>

- **PROGRAMA PARA LA APLICACIÓN HOMOGENEA DE LOS PROTOCOLOS DE HELSINKI ENTRE LOS SERVICIOS DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN DEL HOSPITAL DEL SALNES Y EL CHP.** Antes de 6 meses. Resultados: Estandarización la respuesta de los servicios de anestesia a situaciones de crisis. La aplicación de los citados protocolos tiene designado un responsable en el CHP. De ahí, que sea recomendable compartir el conocimiento y expertice para estandarizar esa respuesta en situaciones de crisis.

Check list de la máquina de Anestesia. Dra. Rúa; Dra. Sanduende

Protocolo de VAD Prevista y no Prevista. Dra Cebral; Dra. Rojo

Protocolo de Hipertermia Maligna. Dr. Mosquera

Protocolo de Toxicidad por Anestésicos Locales. Dra. Cebral

Protocolo de Anafilaxia. Dra. Barreiro

Protocolo de Hemorragia Masiva. Dra. Chamadoira

Protocolo de Errores de Medicación y Etiquetado de Jeringas. Dra. Varela; Dra. Parada

Protocolo de Prevención y Control Infección Perioperatoria. Dra. Varela; Dra. Parada

- **PROTOCOLO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS VIA RICA DE ATENCION INTENSIFICADA.** RICA de atención intensificada, es una vía para estandarizar el proceso. La evidencia, por tanto, los datos<sup>31</sup> justifican esta herramienta. Su implantación en el CHP, permitiría por gestión del conocimiento su aplicación en el Hospital do Salnés. Antes de 24 meses. Resultados: disminución de los tiempos de estancia media sobre aquellos mismos procesos que no siguen la atención intensificada.
- **PROGRAMA DE ADECUACION CONJUNTA EN PRUEBAS Y EVALUACION PREOPEARTORIA.** Antes de 6 meses. Resultados: En cirugía de cataratas, antes iguales riesgos anestésicos, igual relación de evaluación preoperatoria.
- Una propuesta, alineada con los objetivos corporativos del SERGAS, es desarrollar un **PROGRAMA de TOLERANCIA ZERO AL DOLOR AGUDO**, en el HOSPITAL DEL SALNES. Elaborado a partir del PROCEDIMIENTO PARA LAVALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO del CH y adaptado de los documentos “Procedimiento para la valoración del dolor agudo en el hospital”, Subdirección Xeral de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial Servizo Galego de Saúde, “Procedimiento para la valoración del dolor agudo en el hospital”, es una herramienta para alcanzar el programa de Tolerancia Zero en el dolor audo. Antes de 24 meses. Resultados: % de mejora en la percepción del dolor agudo postoperatorio/total pacientes postoperatorio

Objetivos:

- Sistematizar y documentar un procedimiento de atención al dolor agudo
- Sistematizar registros, indicadores de evaluación y seguimiento.

Definir el plan de implantación.

- Diseñar las acciones formativas necesarias para la implantación. Elaboración de materiales.

Acciones:

- Elaboración del borrador del procedimiento de atención al paciente con dolor agudo y tres Instrucciones Técnicas relacionadas:
- Dosis de analgesia
- Bloqueos regionales
- Abordaje psicológico de la atención al dolor

- En los objetivos 2015, se puso en marcha el **protocolo de la Unidad del dolor con el Hospital do Salnés**. Deberíamos realizar una auditoria conjunta de su efectividad para aprender de su aplicación. Antes de 10 meses
- Es importante establecer **protocolos de derivación de los pacientes que no pueden ser operados** en el Hospital do Salnés e incluso poder participar en las sesiones quirúrgicas de esas patologías por parte de los miembros del servicio de nuestro hospital para poder seguir manteniendo una puesta al día adecuada a las exigencias actuales. Sería importante el poder realizar sesiones clínicas y de revisión bibliográfica Interhospitalarias para actualizar los conocimientos y contrastar los resultados. Se deben, por tanto, mantener reuniones periódicas entre los responsables de ambos hospitales, para revisar y actualizar, si procede, los protocolos de derivación y organizar las sesiones conjuntas a realizar. Antes de 10 meses
- **Protocolo de derivación de pacientes con riesgo anestésico no asumible por el Hospital del Salnés**. Antes de 6 meses. Servicio de Anestesia y Reanimación de los Hospital Salnés, y CHP. Resultados esperados: programación del traslado en el 60% de los traslados por riesgos anestésico no asumible en el H.del Salnés.

#### **Establecimiento de protocolos conjuntos para disminuir la VPM, derivación de pacientes, atención al alta. Cronograma (ATENCIÓN PRIMARIA)**

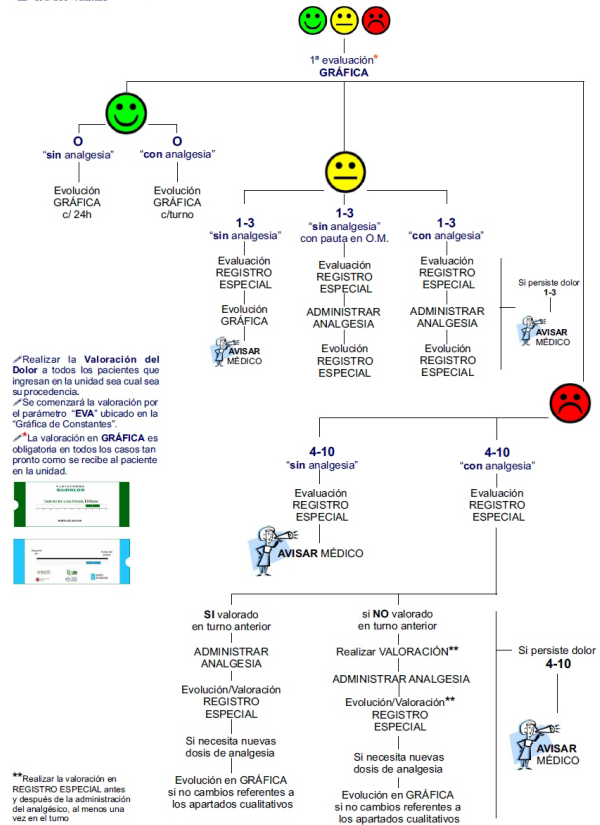
---

- **PROGRAMA PARA LA EXTENSIÓN DE LA CIRUGIA MENOR A 3 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
- **IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LAS (EOXI-PS) DEL SERGAS**. Antes de 6 meses. Resultado: dar continuidad a la línea estratégica de 2015 en el ADX y disminuir la prevalencia de Dolor Crónico no oncológico en Atención Primaria.

Desde la creación en 2012 de la Comisión Gallega de Estrategia Contra el Dolor, cuando se publica en DOG el Decreto 60/2012 de 7 de febrero, por el que se crea la Comisión Gallega del donde los objetivos corporativos, define una estrategia global, para alcanzar un manejo óptimo del dolor, uniforme y equitativo, garantizando la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención. En 2014 El Ministerio publicó el “Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el SNS<sup>32</sup>”

El objetivo para el ejercicio 2015 fue Implantar el procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico en al menos el 40% de los Servicios de AP de cada (EOXI-PS). El objetivo buscaba la sensibilización a partir de la valoración positiva si se alcanza el procedimiento, evaluado a partir del registro de 40 diagnósticos codificados / año según la CIAP-2 con código “A.01.01 Dolor Crónico no Oncológico. Esta es una primera vía para mejorar la colaboración con Atención Primaria.

En el ejercicio 2015 la Gerencia del Servicio Gallego de Salud incluyó entre los objetivos de Calidad y Seguridad en los acuerdos de gestión con las (EOXI-PS) (ADX), la implantación del **procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico** en al menos el 40% de los Servicios de Atención Primaria de las (EOXI-PS). EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO de 2013, es el documento base para la aplicación en Atención Primaria.



### 3. OBJETIVOS DE CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Como factores críticos de éxito para la mejora de la calidad y que se tendrán en cuenta para el desarrollo de las actuaciones en el Servicio de Anestesiología y Reanimación, se identifican los siguientes:

1. Conocimiento de necesidades y expectativas de nuestros usuarios, pacientes y de nuestros profesionales.
2. Liderazgo. Implicación en el plan de calidad del Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación junto con el equipo directivo del Área.
3. Mejora continua de los servicios y productos que se realizan.
4. Gestión por procesos.



5. Gestión del conocimiento y formación de los profesionales.

- Para poner en marcha las líneas estratégicas del Plan de Calidad, es necesario configurar una estructura organizativa para la calidad, que se sustentará en un Comité de Calidad en el Servicio de Anestesiología y Reanimación integrado por los siguientes miembros:

- Jefe de Sección, que podrá ejercer el papel de coordinador de calidad. Coordinador de Calidad del Servicio de Anestesiología y Reanimación, que coordinará, administrará y supervisará la planificación e implantación de los procesos y se encargará de la gestión documental y de la logística de la evaluación y de las auditorías internas y externas.

- Un miembro de la Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

- Un miembro de la Dirección del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, que ejercerá de apoyo al Coordinador de Calidad y al Jefe de Servicio, al objeto de garantizar la planificación e implantación de los procesos.

- Supervisora de Enfermería, que sensibilizará al personal a su cargo para conseguir los resultados esperados en los procesos en los que participan, fomentando en todo momento la mejora continua.

La seguridad importa, por las graves consecuencias que tiene no observarla, por ser una dimensión fácilmente comprensible para proveedores y pacientes, por las experiencias de otros sectores (aviación , industria del automóvil), por la proporción evitable de inseguridad que todavía existe y porque, sobre todo, entronca con lo más profundo de la profesión sanitaria (no hacer daño). Ahora bien, por si mismo el “status quo” no suele cambiar; hay que impulsar un cambio de las cosas para salvar vidas (literal). Así de claro y crudo: evitar que se muera alguien innecesariamente. Hay que cambiar (malos) hábitos analizando las causas que llevan a esos hábitos; actuar en todos los niveles afectados.

La experiencia de paciente en quirófanos<sup>17</sup> es clave para la mejora de los procesos quirúrgicos. Si añadimos la Guía<sup>33</sup> de Práctica<sup>18</sup> Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico, podemos completar nuestra promesa de cirugía segura.

**Tabla 24. PLAN DE GESTION INTEGRAL DE LA SEGURIDAD CLINICA DE PACIENTES**

Participar en los subprogramas de identificación inequívoca del paciente, marcado de áreas quirúrgicas, facilitando la documentación y los reminders precisos para que se lleven a cabo estos subprogramas de acuerdo al programa de calidad del centro

**Objetivo: Alcanzar el cumplimiento de los objetivos del programa en el 100%. Ser referencia en el bench del SERGAS**

**Responsable:** Dirección  
**Recursos:** S ADMISION/SERVICIOS QUIRÚRGICOS/ENFERMERÍA/SAR

Planes de acción: 1. Equipo de trabajo. Subgrupo del SAR  
2. Plan de acción

- (REVISION DE INCIDENTES CRÍTICOS Y ANALISIS DE INCIDENCIAS)

17 <http://experienciadepacientes.es/metodologias/transformacion-digital/gestion-de-uirfanos/?platform=hootsuite>

18 Caducada 31 mayo 2016. [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)

- (PROGRAMA PARA REDUCIR PRUEBAS INÚTILES O REDUNDANTES)
- atención a pacientes<sup>19</sup> con Anemia de origen nefrológica
- Listado de verificación: catéter peritoneal, catéter venoso central temporal para hemodiálisis y biopsia renal percutánea
- 3. Plan de desarrollo.
- 4. Evaluación de resultados

**Indicadores: Específicos por cada plan de acción.**

**Prioridad: Alta/Media/baja**

**- Importancia: Alta/Media/Baja**

**- Factibilidad: Alta/Media/baja**

Fecha Inicio: **mes 2: kick off**

- Mes 4: acciones de muy alto impacto

- Mes 6 acciones de alto impacto

- Mes 12: Otras acciones

Finalización: indefinida

Periodicidad: Trimestral

**Referencias<sup>34</sup>: Programa de Calidad del (EOXI-PS).**



**Acciones de muy alto impacto:**

- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos
- Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe o neumococo (esplenectomias)
- Medidas para la prevención de infección en vías centrales
- Medidas para prever la neumonía nosocomial asociada al uso de ventilación mecánica
- Medidas relacionadas con la prevención de infección en zonas quirúrgicas
- Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones
- Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes
- Identificación de todos los pacientes en todo momento

**Acciones de alto impacto:**

- Medidas para el control de la realización de procedimiento en lugar correcto
- Medidas de precaución en el uso de la inmovilización de pacientes
- Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se preste a confusión
- Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo estableciendo políticas y procesos para el uso de estos medicamentos
- Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación a procedimientos quirúrgicos
- Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por rutas enterales
- Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.

<sup>19</sup> <http://www.opimec.org/practicas/1404/hospital-de-dia-para-tratamiento-de-pacientes-cronicos-ube-nefrologia-hosp-univ-virgen-nieves/>

## SENSAR, SINAPS y otros sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria

---

Los sistemas de notificación de incidentes son recomendados explícitamente por la Organización Mundial de la Salud<sup>35</sup> y por el Consejo de la Unión Europea<sup>36</sup>. Son una herramienta útil de aprendizaje que favorece la diseminación de la cultura de seguridad del paciente. A pesar de la propuesta, su mayor limitación es la baja notificación. Sin embargo, SENSAR nació como una herramienta vinculada a una Sociedad Científica, con todos los problemas de lealtad y confidencialidad en los que se puede incurrir.

El SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) desde 2010 es el registro de incidentes y efectos adversos que utiliza el SERGAS como oficial.

SENSAR (Sistema de ....), es una herramienta creada por la .....

Básicamente, se trata de aprender a partir del análisis de las notificaciones, identificando los factores contribuyentes con el fin de promover cambios. El objetivo es la mejora, no el registro.

SENSAR, en la que estoy incluida como analizador, adolece de varias limitaciones importantes. Por un lado, es una base de datos alimentada por facultativos de anestesia. Es una oportunidad de mejora la participación de profesionales del área de anestesia y cuidados críticos. Por otra parte, no puede ser solo una herramienta para el servicio de Anestesia. Debería de implicarse con los registros oficiales del SERGAS. La confluencia debería de ser el camino. Por eso, mi propuesta para que en abril de 2015, se ha comenzado a vincular SENSAR y SINAPS, a partir de la integración de un analizador de la Unidad de Calidad en las verificaciones de SENSAR. Ahora bien, debemos orientarnos más a la gestión y la mejora que a la notificación

Objetivos:

- Analizar con ACR todas las SAC 1
- Analizar con ACR al menos el 80% de las SAC 2
- Debe existir como mínimo dos gestores por equipo de análisis.
- Compartir los análisis en el propio centro, con otros hospitales
- Benchmarking entre hospitales: "Se hace extensiva la publicación de resultados como un proceso de mejora de la calidad y la seguridad del paciente"[Libro Blanco, 2015]
- Realizar una sesión bimensual " Aprender de los Errores, a partir de caso/s relacionado/s con sus áreas de trabajo.
- Designar responsables de seguridad de implantación de proyectos de mejora de la seguridad clínica:
- 

### Tabla 25 . REVISION DE INCIDENTES CRÍTICOS Y ANALISIS DE INCIDENCIAS

Dentro del Programa de Gestión Integral de la Seguridad Clínica de Pacientes, incluimos, también este programa específico, para concienciación de los profesionales.

<b>Objetivo:</b> <b>Equipo de evaluación de incidentes críticos</b>	<b>Responsable:</b> SAR	
<b>Planes de acción:</b> <b>1. Equipo de trabajo. Revisión de incidentes críticos. Priorización</b> <b>2. Resumen ejecutivo. Plan de acción</b> <b>3. Plan de desarrollo. Extensión a otras áreas de responsabilidad</b> <b>4. Evaluación de resultados</b>	<b>Recursos:</b> SAR/COMISION MORTALIDAD/COMISION CALIDAD  <b>Indicadores</b> % incidentes críticos definido antes-después plan de desarrollo	
Prioridad: Alta/Media/baja - Importancia: Alta/Media/Baja - Factibilidad: Alta/Media/baja	Fecha Inicio: mes 4 Finalización: indefinido Periodicidad revisión: Trimestral	Observaciones  Código QS11
<b>Referencias: Proyecto “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas”. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad</b> <b>Revisión sistemática de los incidentes críticos y análisis de incidencias:</b> - en accesibilidad: pacientes que no acuden a revisiones programadas, - -en adherencia: medicaciones que no se toman con la regularidad prevista, - en alergias conocidas por todos menos el que abre una historia clínica, - en exploraciones ya realizadas, radiologías inequívocamente patológicas y que deben de tener un seguimiento (ver Programa para reducir pruebas inútiles o redundantes) - no concordancia entre diagnósticos clínico y anatómico- patológicas		

### **Prevención de errores por fatiga de alarmas<sup>37</sup>**

Las alarmas se constituyen actualmente como uno de los principales problemas de seguridad en entornos críticos hospitalarios

### **Programa de mejora de la atención a la SEPSIS<sup>38 39</sup>**

La tasa de septicemia postquirúrgica está alrededor del 6.5-7%

### **Programa de mejora de la atención a fracturas de cadera en personas mayores**

### **Plan de autoprotección (seguridad en el trabajo)**

## **3.1 Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario. Acciones para la consolidación y mejora de la acreditación ISO**

En el año 2014, dentro de los objetivos del servicio se incluía Elaborar un plan de acción anual para la disminución según la norma UNE179006. Esta es una Norma compleja y que obliga a una enorme participación. Ahora bien, el camino que han abierto los programas ZERO, considero que nos obliga a dar un paso definitivo. La IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE 179003. SERVICIOS SANITARIOS. GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE sería una estupenda herramienta. La norma UNE 179003 está diseñada para servicios sanitarios e incorpora las sistemáticas necesarias para gestionar los riesgos en los procesos sanitarios, porque además incorpora el cumplimiento

de requisitos de la Norma ISO 9001, ajustándose mejor a las necesidades de gestión de los procesos asistenciales de las organizaciones sanitarias. En Galicia, sería el primer servicio de Anestesia.

**-PLAN ESTRATÉGICO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN.** Antes de 24 meses. Resultados: será el marco en el que se incluyan la prevención de las IRAS y la certificación de calidad ISO

#### Acciones para la consolidación y mejora de la acreditación ISO

---

La actividad quirúrgica es un área definitiva a la hora de afrontar la seguridad clínica de los pacientes. El Consejo Europeo de Anestesiología, en colaboración con la Sociedad Europea de Anestesiología, promovió la **Declaración de Helsinki sobre la Seguridad del Paciente en Anestesiología**, aprobada conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud, la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología, y la Federación Europea de Pacientes, en la reunión de Euroanaesthesia en Helsinki en junio de 2010. Esta declaración incluye recomendaciones elementales de seguridad que estaban siendo parcialmente implementadas.

El Plan estratégico se compone de los siguientes apartados

- Mejora de la cultura de seguridad clínica. Sensibilización, formación y prevención
- Implantación de Prácticas clínicas seguras (Higiene de Manos como paradigma)
- Gestión del riesgo (sistemas de notificación como paradigma) y gestión del conocimiento de la seguridad clínica (aprendizaje de los incidentes, investigación de factores contribuyentes)
- Promover la participación de los familiares y pacientes en la seguridad clínica

Como forma de sensibilizar a los profesionales hacia la certificación de la calidad, se propone:

- **Estandarización de los protocolos de Enfermería** (Anexo) y Medicina. Actualización, gestión documental y procedimiento de aprobación y mejora de acuerdo a la Unidad de Calidad . Antes de 12 meses. Resultado: Normalización y actualización y puesto en común entre Enfermería y Medicina de protocolos, normas, programas y GPC.
- **Fomentaremos los Audit Clínicos**, propios y externos, para mejorar de forma continua, en especial, disminuir complicaciones, efectos adversos y iatrogenia. Así, programas de utilization review para la revisión de la utilización hospitalaria a través de audits de HCE para evaluar la pertinencia de los procedimientos, el nivel asistencial, la frecuencia de la atención, etc. Pueden utilizarse criterios implícitos o explícitos; diagnóstico específicos: guideliness; paneles de expertos locales que valoren los riesgos y beneficios de las alternativas. Antes de 15 meses. Resultados: Oportunidades de mejora para mejorar la adecuación e indicación de los procedimientos evaluados.
- **Evaluaremos el listado de verificación de los siguientes procedimientos invasivos en SAR:** catéter venoso central, higiene de manos y medidas de aislamiento

(Medicina Preventiva)

Como punto de partida para la **implantación del Sistema de Calidad en el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra**, se iniciarán las acciones oportunas para disponer de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en las normas ISO, al objeto de garantizar la calidad de los servicios prestados. En nuestro CH ya existen servicios certificados (Microbiología, Análisis Clínicos, Hematología, Documentación, Esterilización, etc)

La norma ISO 9001 establece los requisitos generales del sistema de Gestión y los particulares para gestionar la documentación. Asimismo, contiene los requisitos que debe cumplir la Dirección de la organización, tales como definir la política, asegurar que las responsabilidades y autoridades están definidas, aprobar objetivos, y el compromiso de la Dirección con la Calidad.

La ISO 9001 distingue entre tres tipos de recursos sobre los cuales se debe actuar: RRHH, Infraestructuras y ambiente de trabajo. Además, contiene los requisitos de los productos o servicios que se prestan, desde la atención al paciente, hasta la entrega del producto o servicio. Detalla los requisitos para los procesos que recopilan información, medirla, analizarla y actuar en consecuencia.

El objetivo es mejorar continuamente la capacidad de la organización para prestar sus servicios buscando la satisfacción del cliente, a través del cumplimiento de los requisitos.

De esta forma, se implantará un SGC basado principalmente en los procesos y orientado a los pacientes que precisa de la realización de un esfuerzo importante en documentar todos los procedimientos, así como crear todos los registros de recogida de no conformidades para desarrollar las acciones correctoras oportunas.

Un Sistema de Calidad para el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, que toma como base las Auditorías, como herramientas de Gestión para la evaluación sistemática, documentada, periódica y objetiva del funcionamiento de la Unidad en su conjunto o de alguna de las Áreas Funcionales de Actividad.

Una vez implantado permitirá que el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor, tenga una cultura de:

- Realizar acciones de mejora continua en los servicios realizados.
- Adaptación a los requisitos de los pacientes y buscar la satisfacción.
- Conocer las incidencias en la prestación de servicios.

Para conseguir la certificación del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, en base a Normas UNE EN ISO 9001, se seguirán las siguientes etapas:

- . Diagnóstico de la situación inicial en el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, bajo criterios ISO 9001
- Formación de todo el personal del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

- Documentación y redacción de los procedimientos, a partir de los procesos que se llevan a cabo en el Servicio
- Creación del “Manual de Calidad, Procedimientos e Instrucciones técnicas”.
- “Plan de actuación”, en el que se defina el Seguimiento de la Implantación del Plan de Calidad
- “Auditoría interna” previa, por personal del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, formado en la aplicación de la norma ISO 9001
- Solicitud de empresa certificadora (prestigio y precio)
- Visita preliminar de la entidad certificadora y si fuese el caso, modificación de la documentación elaborada
- “Auditoría para la Certificación”
- Elaboración de las Acciones Correctoras y de la documentación a entregar a la entidad certificadora
- Validación de las Acciones Correctoras
- Certificación

Al menos una vez al año se efectuará la revisión del Sistema por parte del Comité de Calidad, y se documentarán de manera formal las Conclusiones globales de la Revisión. Esta Revisión sirve para reorientar el Sistema de Gestión de Calidad, a través de la detección de Oportunidades de mejora de dicho Sistema.

Los conceptos que se tendrán en cuenta para efectuar la revisión son los que se citan a continuación y que sirven de referencia para un análisis más eficaz de la misma:

- Resultados de las auditorías internas y externas
- Resultados de los estudios de opinión de los pacientes y demás usuarios y clientes
- Incidencias detectadas durante el desarrollo de los procesos Estado de las acciones correctoras y preventivas
- Seguimiento de anteriores revisiones
- Cambios en el entorno que podría afectar al SGC, y recomendaciones de mejora Como resultado de esta revisión se obtendrán conclusiones documentadas que permitirán adoptar decisiones sobre:

1. La toma de acciones correctoras o preventivas en los puntos adecuados de los procesos La adecuación de los recursos humanos y materiales
2. Posibles mejoras a introducir sobre las prestaciones de los servicios

### **Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario: Cirugía Segura**

---

Entre las medidas que la OMS señala que la OMS señala las siguientes:

- Higiene de manos
- Conciliación de la medicación: Para este año, el SERGAS propone la autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos utilizando la herramienta de autoevaluación diseñada por el ISMP.
- Medicamentos de alto riesgo (soluciones concentradas de electrolitos)
- Cirugía segura
- Identificación: En el año 2015, se evaluó la identificación de pacientes de acuerdo a las instrucciones del SERGAS (auditoría observacional, corte transversal (una única vez y un único día) El resultado para conocer el nivel de cumplimiento de la identificación de pacientes
- Transición asistencial
- Medicamentos con nombres parecidos

A continuación se señalan aquellos programa de mejora corporativos relacionados con la atención segura y con la mejora de la calidad y calidez asistenciales.



## PLAN DE MEJORA DE LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA



La infección relacionada con la atención sanitaria equivale a complicaciones para nuestros pacientes, que conlleva desde la prolongación de estancias hospitalarias hasta la muerte.

El estudio EPINE de prevalencia de la infección presentó una evolución positiva en estos últimos años (2008-2014), al disminuir la prevalencia de infección nosocomial adquirida en Galicia de un 8,68% al 7,63% . El dato es mejor que la media obtenida en España (8,55%, 2014).

Sin embargo, en el año 2015, la prevalencia de la infección nosocomial adquirida en el propio centro, ha alcanzado el valor de 8,20% (Informe EPINE Galicia 2015), superior al valor del 2014 (6,93%). La prevalencia media de España también ha subido ligeramente de un 7,57 en 2014 a un 7,78 en 2015. Por tanto, la infección en el propio centro ha experimentado un **incremento de 18% en la prevalencia de la infección nosocomial.**

La prevalencia de pacientes con infección quirúrgica en los hospitales de nuestra Comunidad pasó del 4.51 e el año 2014, al 4.93% al siguiente año, siendo mayor que la prevalencia de infección quirúrgica media de España. De ahí, que se convierta en un objetivo corporativo.

Durante el año 2015, afrontar la monitorización de las IRAS, representaba un 25% de los objetivos del servicio, entre los que se incluía la elaboración de un plan de acción anual para la disminución según la norma UNE179006. Este interés, se ha mantenido en el año 2016, donde representa el 50% de los objetivos corporativos del año 2016 y un 20% del total de objetivos del servicio de ANR. Estamos por tanto en uno de los objetivos corporativos más importantes.

### Propuestas para disminuir la infección relacionada con la asistencia sanitaria:

- **Evaluar la aplicación de los procedimientos relacionados con la vigilancia, prevención y control de la infección** en el Servicio de Anestesia. Antes de 6 meses. Servicio de Medicina Preventiva. Resultados: implantar acciones de mejora a partir de la evaluación
- **Monitorización continuada de indicadores de seguimiento de incidencia que faciliten la accesibilidad a la información, la monitorización del funcionamiento de los procesos, el conocimiento de los valores de cada centro.** Benchmarking de indicadores de seguimiento del sistema de vigilancia, referencia de estándares del SERGAS. La identificación de problemas y la utilización de los datos para la mejora tanto a nivel de servicio/unidad, como de centro y también a nivel global del Servicio Gallego de Salud. Antes de 10 meses. Servicio de Control de Gestión y Documentación Clínica. Resultados: implantar acciones de mejora a partir de la evaluación. Cumplimiento de los estándares,

- **Implantación de un Programa para adaptación a Cuidados Críticos del Plan para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas**, que está siendo redactado por un equipo de trabajo en el CH, liderado por la Dirección de Procesos Asistenciales, a partir de las guías (Guía EPC-H, ya desde febrero de 2016) y en los centros sociosanitarios (mayo de 2016). Forma parte de ese equipo, Hortensia Martínez, del SAR. Antes de 3 meses. Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Cuidados Intensivos, Enfermería. Creación del grupo técnico de seguimiento y monitorización en el SAR. Resultados: descripción de acciones ante situación de Fase 0 fase 1 y fase 2 y fase 3 en el SAR.

### **Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario: Mejora de la higiene de manos**

---

**Es la mejora en la higiene de manos en el SERGAS , una práctica que ha demostrado ser efectiva para la prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria. Es parte imprescindible del cumplimiento de los programas Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero,**

Dentro de la Estrategia<sup>40</sup> 2015-2020 de Seguridad del Paciente del SNS, se ha reducido el número de indicadores para monitorizar el de indicadores de seguimiento, aquellos alineados con los de la Organización Mundial de la Salud. Esos indicadores básicos para la evaluación del nivel de implantación de la estrategia y su seguimiento que se analizan con una periodicidad anual podrían ser útiles para una evaluación de la seguridad de nuestro servicio.

En nuestra (EOXI-PS) el % de cumplimiento del curso de higiene de manos alcanzó el 24,8% en el año 2015, muy lejos del objetivo del 70%, pero siendo la (EOXI-PS) que alcanzó el mayor % de todo el SERGAS.

### **Acciones de mejora para incrementar la prevalencia de las acciones en mejora de la Higiene de Manos**

- **Evaluación de estado de situación, limitantes y situación real: (autoevaluación) para identificar áreas de mejora elaborar planes de mejora anuales**, que nos permitan garantizar que tanto los profesionales como los pacientes y su entorno realizan una correcta higiene de manos, medida que ha demostrado su eficacia en la prevención de la transmisión cruzada de las IRAS. Debemos incrementar la Base Alcohólica en el punto de atención en las unidades de Reanimación a través de presentación de bolsillo. Antes de 5 meses. Resultados: implantación de acción de mejora
- **Incrementar la sensibilización y formación de los profesionales y la formación en Higiene de las Manos con el servicio de Medicina Preventiva para aumentar la adherencia. (reminders, alianzas con sindicatos, líderes de opinión, liderazgo organizacional).** El curso on line de higiene de manos, ha tenido una desigual acogida en el año 2015. Por un lado, la (EOXI-PS) de Pontevedra, representó el mayor ejemplo de despliegue, al alcanzar el 25% de los profesionales. Sin embargo, sigue lejos del 100% que es el objetivo para 2016. Como estrategia de consecución, realizaremos una monitorización mensual, con un benchmarking comparativo con el resto de servicios implicados.

Además, vinculado al objetivo, en las sesiones bimensuales de evaluación de objetivos, se monitorizará la situación. En la (EOXI-PS) Pontevedra el S. Reanimación impartió además dos talleres presenciales de 4 horas de duración de Bacteriemia Zero que fueron acreditados con 0,8 créditos por el Sistema Acreditador. Antes de 6 meses. Resultados: Incremento del % de participación en curso on line de higiene de manos /total profesionales sanitarios SAR.

- Responsable de despliegue en enfermería y medicina de la mejora de higiene de manos. El curso on line es una, de las muchas intervenciones que deben desplegarse.
- **Incrementar la sensibilización de familiares y visitantes de pacientes en la Higiene de Manos**, para disminuir la transmisión cruzada de IRAS. Antes de 9 meses. Resultados: incremento del consumo productos de base hidroalcohólica por familiares y visitantes

### **Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario: Prácticas Seguras en Cirugía**

---

De acuerdo a las líneas establecidas por la OMS, las medidas para la mejora incluyen entre otras, las actividades relacionadas con la transferencia de pacientes.

- Proporcionaremos información a los profesionales sobre la importancia de la seguridad en cirugía
- Definir un conjunto de medidas mínimas vitales para avanzar. (Estadísticas vitales para la seguridad en la cirugía)
- Identificar normas sencillas y generalizables, fácilmente aplicables
- Difundir y evaluar las medidas

Se trata de conseguir que sea **MÁS FÁCIL, QUE LO HAGAMOS MEJOR, MÁS RAPIDO Y A MENOS COSTE**. Por este orden. Siendo más fácil, se reducen las posibilidades de equivocación. Haciéndolo más rápido y mejor, traerá como consecuencia una mejora de la eficiencia. Si es más fácil, por ejemplo, prescribir un medicamento correcto, se puede hacer más rápido y mejor.

#### **- PLAN PARA LA IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGÍA.**

A partir de las recomendaciones de la OMS, se definen las siguientes áreas donde las intervenciones en las que se pueden alcanzar mejoras disruptivas. Por un lado, la prevención de las IRAS, prevención en la seguridad de la anestesia.

#### **- PLAN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ANESTESIA**

A partir de la reunión en Helsinki, se estandarizan 10 situaciones de riesgo. Incluye entre otras acciones, el cumplimiento de la Declaración de Helsinki de seguridad del paciente en Anestesiología serviría de estímulo para promover la aplicación del Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía, al estar éste incluido en el punto 4º de dicha Declaración. En todo caso, debemos de promover la adopción de las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de seguridad del paciente en anestesiología.

- **Programa de mejora del Listado de Verificación quirúrgica**

**La identificación inequívoca de pacientes se vincula a un 13% de los errores notificados en el área quirúrgica, y supera el 67% en los incidentes relacionados con la transfusión sanguínea. Por ello, la identificación inequívoca de pacientes, de sus muestras y de toda su información es una de las prácticas prioritarias recomendadas por diversas organizaciones internacionales,**

Para una adecuada identificación de pacientes se recomienda: utilizar al menos dos identificadores (nunca número de cama o habitación), promover la identificación automatizada, verificar la identidad del paciente siempre antes de cualquier procedimiento e implicar activamente a pacientes y cuidadores.

El LVQ es una herramienta eficiente (paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto) y la prevención de infección del sitio quirúrgico. Además, mejora la comunicación, ayuda a sentirse en equipo. Debería de realizarse en todo tipo de cirugía, (las recomendaciones de la estrategia nacional señala que debe realizarse al menos cirugía programada).

#### ***Objetivos específicos:***

- Promover la implantación y el uso correcto del Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía. Antes de 3 meses. Servicios Quirúrgicos, Servicio de Anestesia, Enfermería. Resultados: ADX, cumplimentación en el 99%
  
- **Promover la formación específica en aspectos no técnicos (comunicación, trabajo en equipo, etc.) en los profesionales del bloque quirúrgico.**
  
- **Mejorar la comunicación en la transferencia del paciente de quirófanos a reanimación o unidad de cuidados intensivos.**

#### ***Oportunidades de mejora***

- Desarrollar acciones en los centros sanitarios del SNS para la implantación, adaptación, uso adecuado y evaluación del Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía, tanto en cirugía hospitalaria como extra hospitalaria.
- Promover el marcado del sitio quirúrgico como práctica rutinaria así como recomendaciones a los pacientes en este sentido.
- Difundir e implementar las recomendaciones de Helsinki de seguridad en anestesia.
- Desarrollar acciones de formación para los profesionales del bloque quirúrgico en aspectos no técnicos (comunicación, trabajo en equipo, etc.).

**Participación en los programas de calidad establecidos desde la Dirección del Complejo Hospitalario: Programas Zero**

- PROGRAMA DE BACTERIEMIA ZERO<sup>20</sup>:
- Coordinadora: Dra. Marina Varela Durán

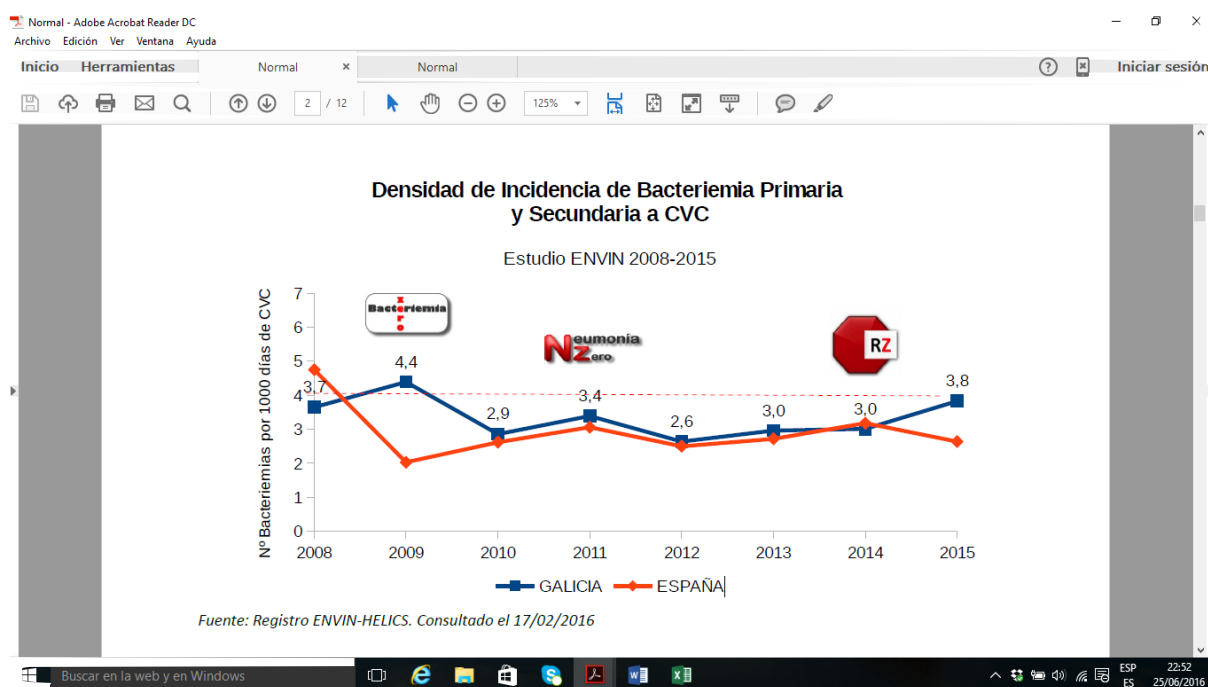
Las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC) son uno de los problemas de la atención sanitaria en las Unidades de Cuidados Críticos. La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), en colaboración con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha puesto en marcha el proyecto Bacteriemia zero de Prevención de Bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (CVC) en las Unidades de Cuidados Críticos. En una experiencia seminal, España fue el país de demostración internacional para la OMS, siendo el primer país en sumarse a esta iniciativa.

El objetivo principal del proyecto es reducir la media estatal de la tasa de BRC a menos de 4 episodios de bacteriemia por 1000 días de CVC, que representa una reducción del 40% respecto a la tasa media de los últimos 5 años en las critical care españolas.

Desde su inicio en el SERGAS en el año 2009, en la actualidad participan activamente, más de 24 unidades, incluyendo el reporte al estudio ENVIN. En el año 2015 los datos de incidencia de infección en las unidades de cuidados críticos

En el ejercicio 2015 **ha aumentado** la Densidad de Incidencia de Bacteriemia Primaria y Secundaria Asociada a CVC, 3,83‰, por encima de la DI media de España, durante el periodo abril-junio del estudio ENVIN. Sin embargo, observamos en la gráfica con los datos acumulados de todo el ejercicio 2015, que la Densidad de Incidencia de Bacteriemia Primaria y Secundaria es de 2,41 por mil días de CVC, ligeramente inferior a la densidad de Incidencia media de España anual que es 2,44‰.

La (EOXI-PS) presentó en 2015, una Densidad de Incidencia (DI) de 2.31, inferior a la de Galicia y España, 2.48 y 2.44 respectivamente.



La intervención para la prevención de bacteriemias consiste en dos actividades complementarias e igualmente importantes que deben ser realizadas a nivel de las UCI:

1. La intervención estandarizada de inserción y manejo de catéteres. STOP BRC
2. El Plan de Seguridad Integral (PSI) que persigue fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las UCI.

La (EOXI-PS) incluyó como objetivo en el ejercicio 2015, que las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos tuvieran una Densidad de Incidencia de Bacteriemia Primaria y Secundaria a Catéter Venoso Central inferior a 4 casos por 1000 días de CVC. Todas las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos de las (EOXI-PS) deberán registrar los datos todos los meses del año, para considerar el objetivo cumplido. Nuestra (EOXI-PS) registra el 66,7% de todos registran todos los meses BZ 100% Unidad Cuidados Críticos adultos.

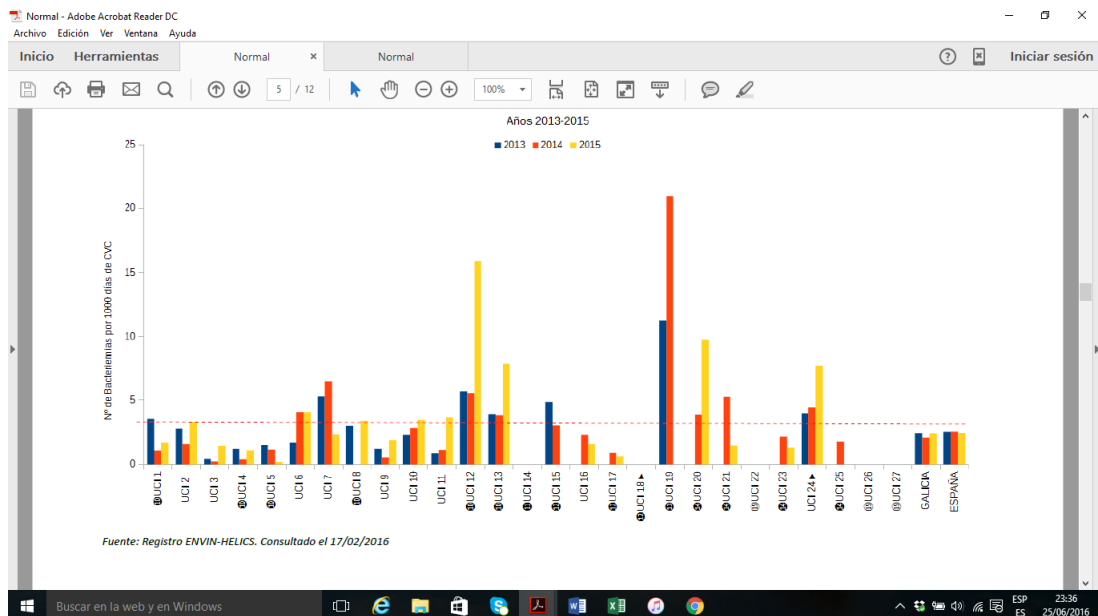
Se comenzó a implantar en Agosto de 2015. Programa instaurado en la Unidad desde Septiembre 2015. Se realiza Check list de "correcta inserción del catéter venoso central", durante la inserción en la UNIDAD de REANIMACIÓN.

Estamos en contacto con MICROBIOLOGÍA diariamente (Dra. Patricia Álvarez) para revisar los Cultivos microbiológicos.

Solicitamos periódicamente a la Dra. Pulian (encargada de las muestras microbiológicas de vigilancia para BMR) que nos envíen listado de los pacientes con Bacteriemia.

A partir de Julio se solicitará ese listado mensualmente a Microbiología.

El resultado final es que con la intervención se han evitado un total de 343 bacteriemias primarias y secundarias a CVC, 31 muertes, 4.120 días de estancia en Unidades de Cuidados Críticos y un ahorro estimado de 12.783.909 euros.



La unidad de Reanimación comenzó su participación en el año 2014 y presenta una mejora en la densidad de incidencia del año 2015 respecto al 2014, en línea con la situación de la Unidad de Cuidados Intensivos. EL Staphylococcus epidermidis es el germen más frecuente, en línea con el resto de Galicia. En la evaluación Sergas se ha detectado un incremento en

la Densidad de Incidencia Bacteriemias Primaria y Secundarias a Cateter Venoso Central que ha lleado a una incremento del valor medio de nuestra Comunidad.

Estamos en una intervención en la que la mejora por comparación es obligada. Peter Pronovost y equipo, desarrollaron una intervención que logró eliminar casi en su totalidad las BRC en 130 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en cuatro años.

El seguimiento por los profesionales, de las distintas intervenciones incluidas en el programa sigue siendo muy bajo y es imperioso mejorar la adherencia. El ejemplo del Hospital del Mar, premio Europeo, debería de ser una muestra del camino a seguir

En la actualidad, ya se están introduciendo Datos en REANIMACIÓN, desde Enero 2016. Compromiso de tener los datos Introducidos en la base de datos de BZ, a finales de Julio. Se ha implicado a una enfermera: Hortensia Alonso Lamas, para colaborar en la Introducción de los datos. A partir de este momento se enviarán los datos, cada mes, a final de mes, a tu correo electrónico a la UNIDAD de CALIDAD.

En este momento existe gran colaboración por parte del personal para el desarrollo del Programa.

Existen cuestiones relacionadas con la Seguridad, que queremos mejorar: "Aprendiendo de nuestros errores" y realizando "Acciones de mejora".

Nos gustaría implantar "RONDAS de SEGURIDAD" mensuales, de forma conjunta con la Unidad de CALIDAD, el primer año, siempre de acuerdo con la DIRECCIÓN MÉDICA, para mejorar la Cultura de Seguridad, tal como indica el PROGRAMA BZ.

Posteriormente nos gustaría implantar "RONDAS de SEGURIDAD" semanales, de forma conjunta con la Unidad de CALIDAD, y siempre de acuerdo con la DIRECCIÓN MÉDICA.

Las fortalezas del programa viene dado también por el área de docencia aplicada.

Se han realizado 3 TALLERES de FORMACIÓN BZ, acreditados por el SERGAS con 0,8 CRÉDITOS y a los que ha asistido la mayoría del personal de la UNIDAD.

Los Talleres han sido impartidos por: Dra. Marina Varela Durán - Coordinadora médica del Programa BZ en la Unidad de REANIMACIÓN del CHOUP

Hortensia Alonso Lamas- Coordinadora de enfermería del Programa BZ en la UNIDAD de REANIMACIÓN del CHOUP

Marta Ortega Recio- DUE. Unidad de REANIMACIÓN del CHOUP.

Tras el verano se realizará el 4º TALLER DE FORMACIÓN BZ.

#### **Oportunidades de mejora:**

- Una de las mejoras vendrá por una colaboración, e integración del seguimiento con la Unidad de Cuidados Intensivos. Un solo **responsable del programa a nivel hospitalario** es posible que llevara a una mejor involucración del personal.
- **Sensibilización y formación**, para continuar en la importancia que tenemos los profesionales como vehículo de transmisión. implementación del paquete de medidas para la prevención de la infección.
- Mejora de Higiene de Manos (ver apartado)



- Mejorar el registro. Incluir los datos de las Unidades en el registro del Ministerio antes del día 15 del mes siguiente
- Reforzar la visión estratégica del programa para conseguir una Densidad de Incidencia de BPyS a CVC por debajo de 4 casos por 1000 días de CVC.
- Rondas de Seguridad con la participación de Dirección de las (EOXI-PS),
- Crear un grupo dinamizador, integrado por al menos un/a médico/a, un/a enfermera/o en
- las Unidades de Cuidados Críticos que trabajen en la vigilancia, prevención y control de la
- infección.
- Mejorar la comunicación con los profesionales de otros servicios que intervienen en el proceso de atención a estos pacientes: Microbiología, Medicina Preventiva, Farmacia, Radiología, Laboratorio, Infecciosas.
- Formar a un 100% de los profesionales de nueva incorporación a las Unidades de Cuidados Críticos en el programa de prevención de la infección asociada a CVC. Mejorar la cumplimentación de los criterios de seguridad y cumplimentación de la encuesta de seguimiento anual.
- Difundir los resultados obtenidos con la intervención en reuniones y publicaciones científicas.

#### - NEUMONIA ZERO

- Coordinadora: Dra. Pilar Díaz Parada

---

El programa se puso en marcha a nivel nacional el 1 de abril de 2011, coincidiendo con el periodo de recogida de datos del estudio ENVIN. En Galicia se presentó a las Unidades de Cuidados Críticos del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) que participaban ya en el programa Bacteriemia Zero el 19 de abril de 2011, comenzando la implantación a partir de esa fecha. En una segunda reunión el 18 de noviembre de 2011 se invitó a participar en este programa a todas las Unidades de Reanimación y a las Unidades de Cuidados Críticos Pediátricos del SERGAS. Los gérmenes aislados con más frecuencia en las NAVM fueron el *Staphylococcus Aureus* (16,11%), seguido de *E. Coli* (12,78%), *Pseudomona Aeruginosa* (12,22%),

La prevención de NAVM se basa sobre todo en dos actividades complementarias:

- La intervención estandarizada mediante la aplicación de un paquete de medidas básicas (de obligado cumplimiento) y otras medidas específicas para prevenir, con recomendación alta.
  - El Plan de Seguridad Integral: **PSI**, que persigue promover y fortalecer la cultura de la seguridad
  -
-



En el año 2015 los hospitales participantes el valor es de 4,66‰ días de VM., valor algo superior a la media de España que fue 4,25‰ días de VM. En nuestra (EOXI-PS), fue de un 5.87% La Densidad de incidencia media de las (EOXI-PS) del SERGAS ha sido 4,70 casos de neumonía por 1000 días de ventilación mecánica, algo superior a la media de España que fue en 2015 de 4,25‰.

---

La encuesta anual que hacemos para el seguimiento de la adherencia a las medidas incluidas en el programa NZ evidencia que hay que mejorar la adherencia a las medidas incluidas en la rama de seguridad del paciente, impulsando la aplicación de estas buenas prácticas que se centran en la identificación, análisis, evaluación de los incidentes que se producen en las unidades, relacionados con la seguridad del paciente, en la notificación de incidentes en el SINASP, aplicación de medidas de tratamiento para los riesgos identificados, informando a la dirección de dichos riesgos. Por tanto, un análisis de situación para analizar por qué se ha producido un incremento en la DI NAVM en seis unidades, analizar las causas, identificar los riesgos e identificar e implementar las barreras que nos permitan eliminar, o en su caso, controlar esos riesgos. Es necesario seguir trabajando en la toma de conciencia de la importancia e impacto de la infección en las Unidades de Cuidados Críticos y el papel de los profesionales como vehículo de transmisión: implementación del paquete de medidas para la prevención de la infección.

### **Oportunidades de Mejora**

- Difundir la monitorización del objetivo del SAR: Densidad de Incidencia de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica por debajo de 9 casos por 1000 días de Ventilación Mecánica.
- Acciones para mejorar el registro en tiempo
- Crear un grupo dinamizador entre Unidad de Reanimación y Servicio de Cuidados Intensivos, integrado por al menos un/a médico/a, un/a enfermera/o en las Unidades de Cuidados Críticos que trabajen en la vigilancia, prevención y control de la infección.
- Mejorar la comunicación con los profesionales de otros servicios que intervienen en el proceso de atención a estos pacientes: Microbiología, Medicina Preventiva, Farmacia, Radiología, Laboratorio, Infecciosas.
- Formar a un 100% de los profesionales de nueva incorporación a las Unidades de Cuidados Críticos en el programa de prevención de la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica.
- Mejorar la cumplimentación de los criterios de seguridad y cumplimentación de la encuesta de seguimiento anual.

- **RESISTENCIA ZERO**

- **Coordinadora: Dra. Marina Varela Durán**

---

En nuestra Comunidad, se inicio en 2014 Proyecto RZ. De las 10 medidas asistenciales que recoge el proyecto, la medida número "4" se identificó como de "potencial dificultad en su aplicación" al recomendar "realizar búsqueda activa de Bacterias Multirresistentes (BMR) en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados críticos al ingreso y, al menos, una vez a la semana durante toda su estancia", dadas las limitaciones presupuestarias y de recursos en ese ejercicio, determinadas por la crisis económica en la que nos encontrábamos.

El Programa instaurado en la Unidad desde Septiembre 2015. Desde el mes de enero del año 2016, la Unidad de REANIMACIÓN participa alimentando la base de datos. La previsión es completar la base de datos a finales del mes de junio, con la participación activa de enfermera responsable del programa, Hortensia Alonso Lamas, Desde la Unidad de Calidad se monitoriza el cumplimiento de este programa.:

Se realiza Check list al Ingreso, a todos los pacientes. A las 24 horas (y semanales, según protocolo) se extraen Cultivos de Vigilancia Epidemiológica, seguidos conjuntamente con el servicio de MICROBIOLOGÍA diariamente (Dra. Patricia Álvarez). Mantenemos reuniones periódicas con el servicio de Microbiología (Dra. Pulian (encargada de las muestras microbiológicas de vigilancia para BMR), para feedback de los pacientes con cultivo de vigilancia epidemiológica.

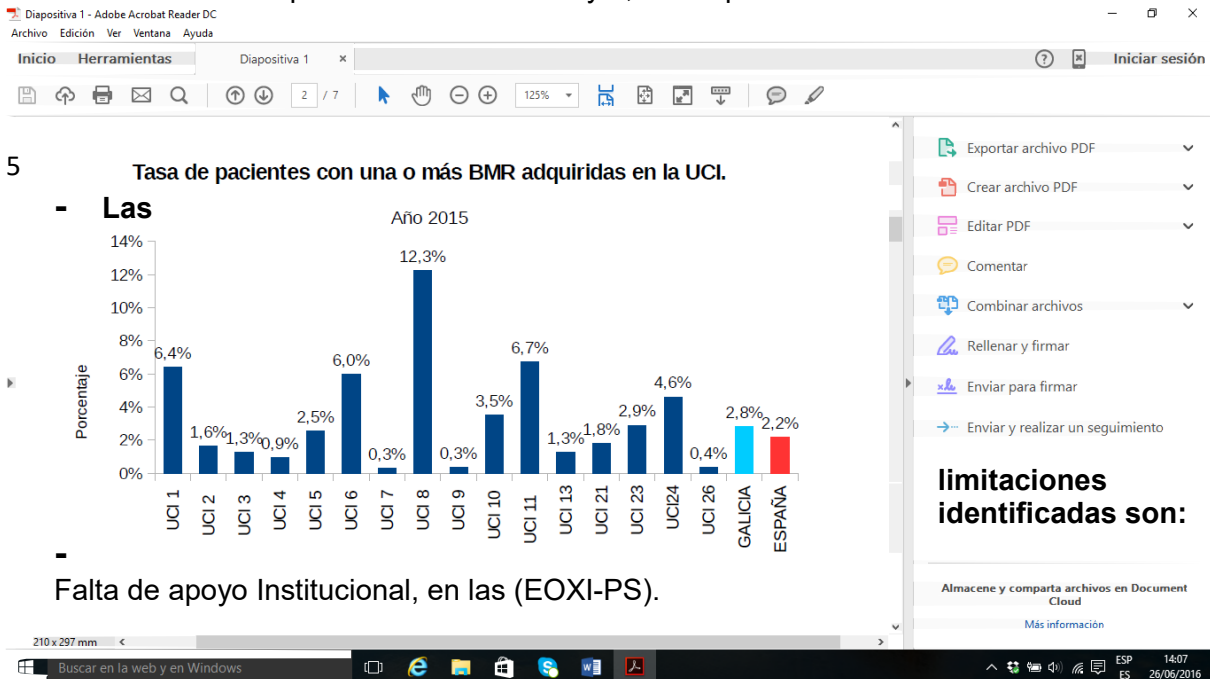
Una de las fortalezas, es la continuidad de la formación y sensibilización. Así, se han realizado 2 TALLERES de FORMACIÓN RZ, acreditados por el SERGAS con 0,8 CRÉDITOS y a los que ha asistido la mayoría del personal de la UNIDAD. Tras el verano se realizará el 3º TALLER DE FORMACIÓN RZ

En el análisis de datos de registro del programa RZ, del año 2014, por el equipo de Coordinación nacional, solo pasaron los filtros de calidad los registros de 4 unidades del SERGAS. En el año 2015, se incrementó a 10. La tendencia es incremental y así, el 53% de las BMR ya proceden de fuera de las Unidades de Cuidados Crítico.

La tipología dentro de las áreas de críticos, constata que el

- El 35% de BMR intra Cuidados críticos son enterobacterias BLEE, seguido del 26% Pseudomona MR.
- La consecuencia es que el 20% de los ingresos requieren aislamiento.
- La tasa de pacientes con BMR por cada 100 pacientes ingresados en UCI en nuestra Comunidad fue de 2,79 valor inferior a la media estatal que fue 4,97%. Esto supone una tasa por 1000 días de estancia de 5,70‰ (8,75‰ valor medio de España).
- La tasa de pacientes con BMR al ingreso por 100 pacientes ingresados en UCI en nuestra Comunidad fue de 1,89%, inferior a la media estatal que fue 3,01%. La tasa de pacientes con BMR nosocomial durante el ingreso por 100 pacientes ingresados en UCI en nuestra Comunidad fue de 0,95%, inferior a la media estatal que fue 2,15%.
- La tasa de pacientes con infección por BMR al ingreso en UCI por 100 pacientes ingresados
- en nuestra Comunidad fue de 0,88%, inferior al valor estatal (1,13%).
- La tasa de pacientes con infección por BMR durante la estancia en UCI por 100 pacientes ingresados en nuestra Comunidad fue de 0,61% frente al 1,1% en España.
- La tasa de pacientes con colonización por BMR al ingreso en UCI por 100 pacientes ingresados en nuestra Comunidad fue de 1,05% frente al 2,06% en España.
- La tasa de pacientes con colonización por BMR durante la estancia en UCI por 100

- pacientes ingresados en nuestra Comunidad fue de 0,37% frente al 1,34% en España.
- BMR aislados en las unidades de Galicia (ingreso/estancia/colonización/infección):
  - ◦ 23,6% Staphylococcus Auresu Resistente a Meticilina (SARM)
  - ◦ 10,1% Pseudomona Aeruginosa MR
  - ◦ 1,7% Acinetobacter baumannii
  - ◦ 54,4% Enterobacterias productoras de BLEE
  - ◦ 8,4% BGN productoras de carbapenemasas.
  - ◦ Destacar que si consideramos únicamente los BGN productoras de carbapenemasas aisladas durante la estancia en UCI, el valor es de 20% en pacientes colonizados y 5,9% en pacientes infectados. Al ingresar en UCI los valores son de 6% en pacientes colonizados y 8,3% en pacientes infectados.



- Falta de coordinación y apoyo de otras unidades cuya participación es necesaria para garantizar el éxito del programa.
- Carga de trabajo de los profesionales de las unidades de cuidados críticos, sobre todo para profesionales de enfermería (toma de muestras cultivos, aislamientos).
- Necesidad de refuerzo para toma de muestras para cultivos de un profesional de enfermería).
- Posibilidad de un aumento de costes iniciales, aunque a medio-largo plazo existen estudios que hablan de que la implantación de programas activos de control de multirresistencias, incluidos estos cultivos, es coste-efectiva.

### Oportunidades de mejora:

- La mejora de la prescripción de Antibióticos es imprescindible. Los Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) se articulan en base a 7 parámetros: 1) aspectos organizativos, 2) apoyo institucional, 3) recursos técnicos y humanos, 4) objetivos e indicadores, 5) intervenciones educativas, 6) intervenciones restrictivas y 7) medidas no impositivas. En nuestro SNS, destaca la intervención en El Hospital Virgen del Rocío de Sevilla centrado<sup>41</sup> en actividades educativas (parámetro 5) reduciendo el uso inapropiado de antibióticos a la mitad en sólo un año

y los costes correspondientes en un 42%. Cuatro estudios consultados documentan que la implantación de PROA ha reducido el gasto de antimicrobianos en un rango que va del 10% al 69%

- Las placas cromogénicas al facilitar los cultivos (menos de 48 h) puede reducir los días de aislamiento de los pacientes
- La definición del stock mínimo de materiales en el box del paciente, puede ser una herramienta muy útil a junto con la difusión de los protocolos de limpieza aparatos/box ( P. ej. (EOXI-PS) Ferrol)
- Tras su validación, la adopción del Check list identificados de s pacientes en riesgo de ser portadores de un multirresistente. (Guía de Enterobacterias de Carbapenemasas como ejemplo).
- Las auditorias cruzadas horizontales entre servicios del propio hospital (UCI vs Unidad de Reanimación) o de otros hospitales, es una vía de gestión del conocimiento
- Implantación de rondas de seguridad

### **3.2. PROGRAMA PARA LA DISMINUCIÓN DE LA VPM**

Tipos de protocolos, intervinientes en la redacción de cada uno de los protocolos y cronogramas

La VPM se define como la utilización de un procedimiento médico o quirúrgico o variaciones en los resultados de salud, una vez descartadas las diferencias entre las poblaciones o los pacientes. Hacer gestión clínica implica reducir las variaciones injustificadas de práctica. La gestión clínica conlleva entre otras, reducir las variaciones injustificadas. Se trata de responder a las necesidades de los pacientes en base a argumentos aunque sea por consenso. La VPM no es en sí misma mala salvo si no hay justificación que la avale

Un enfoque tradicional de afronta la VPM pasa por la adopción de estándares sobre la indicación pertinente de procedimientos, y con la implantación de guías clínicas quirúrgicas, ya sea por consenso, ya sea por medicina o enfermería basada en la evidencia para evaluar las indicaciones y las adecuaciones de la práctica clínica. La agencia pública AVALIA-T es referencia en nuestro país. La disminución de la variabilidad de la práctica clínica quirúrgica se afronta con la consolidación de estándares

Además de este enfoque tradicional, hay nuevas formas de afrontar la VPM a través de instrumentos de revisión de la práctica clínica no limitados a la realización del procedimiento sino al conjunto del proceso (P.ej., en el diagnóstico de Cáncer Colorectal, desde la Vía rápida )

En el caso de las variaciones en servicios efectivos y seguros, reducir la incertidumbre e ignorancia de la organización mediante la gestión del conocimiento, gestión de la seguridad y mejorar el acceso de los frágiles (por distancia a los servicios o a sus mejores alternativas, por gradiente social desfavorable), serían las principales recetas.

En el caso de los servicios mediados por la oferta, las recetas serían revisión de la utilización, financiado apropiada de los servicios (incentivos adecuados) y ayudas a la decisión compartida con los pacientes.

Por un lado los factores de la demanda –más allá de la epidemiología- como las características socioeconómicas y otras características de la población (incluidos moduladores de la demanda, como la distancia a los servicios, el copago y otras barreras a

la accesibilidad) que determinarían la variabilidad en la decisión de los pacientes de buscar tratamiento en presencia de sintomatologías similares. En el otro extremo, factores relacionados con la oferta, como la capacidad instalada o volumen de recursos, y su organización: tipo de sistema sanitario, recursos por habitante, sistema de pago e incentivos a médicos u hospitales, especialización, docencia, tamaño y tipo de centro, etc. Por último, la existencia (o no) de conocimiento (pruebas, evidencias, experiencia) o las características de su difusión e implementación (difusión de resultados de investigación, promoción farmacéutica, adhesión a las guías de práctica, etc.) que actuaría a través de dos fuerzas: la incertidumbre (cuando no existe evidencia científica de la efectividad de las alternativas de tratamiento o diagnóstico en una situación concreta) y la ignorancia (cuando existe evidencia científica del valor de las pruebas o tratamientos, pero el médico la desconoce o, aun conociéndola, emplea otras pautas o la organización no la hace asequible).

Oportunidades de mejora:

- **Las sesiones clínicas de pase de visita se realizarán teniendo la MBE.** Para ello utilizaremos las herramientas que nos ofrece Bibliosaúde (mergulados, upto date), y también las preguntas basadas en la evidencia de la <http://www.murciasalud.es/preevid.php>

**Bibliosaúde**

- **Sesiones de Biblioreview (revisiones bibliográficas) para puesta en común** sobre temas, ya sea, “ sesiones refreshed” o puestas en común sobre temas sin una respuesta homogénea con enfermería, Servicio de Cuidados Intensivos, y Urgencias. Antes de 9 meses.

- **Creación de la webteca de Gestión del Conocimiento en Critical Care en el CHP.** Web de casos clínicos habituales, análisis de check lists, best practices, para los Servicios de Urgencias, Servicio de Anestesia y Reanimación, Servicio de Cuidados Intensivos. Antes de 24 meses

### Tipos de protocolos, intervinientes en la redacción de cada uno de los protocolos y cronogramas



movimiento Right Care ,[Lown Institute 2012] (“Performing unnecessary medical tests and treatments is unethical and unacceptable”) ha provocado iniciativas de distintas sociedades científicas americanas para recomendar la no realización de prácticas que no aportan valor. De forma paralela, en nuestro país se han realizado recomendaciones por las Sociedades científicas

dentro del Proyecto “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas” En el apartado 4 A proponemos planes de acción para evitar estas prácticas. Ese movimiento Right Care, recomienda un decálogo para ahorrar con sentido clínico. En la base de ese decálogo se incluyen las siguientes líneas fundamentales que configurar ese triángulo del ahorro con sentido clínico.

Son la base del decálogo:

1. mejorar la experiencia del paciente, incluyendo la calidad del proceso y la satisfacción por el trato recibido (Ver objetivos)
2. mejorar la salud de las personas y de las poblaciones,
3. reducir los costes de la provisión de los servicios sanitarios por el sólo hecho de disminuir prácticas de poco valor.

#### Acciones para AFRONTAR EL SOBREDIAGNÓSTICO Y SOBRETREATAMIENTO

El impacto de la epidemia de sobrediagnóstico y de sobretratamiento, ha llevado a BMJ a liderar la iniciativa "*Too much medicine* ". Es un problema de primer orden porque, causas



problemas añadidos por diagnósticos innecesarios a la vez que Consumen recursos en actuaciones menos efectivas y fomenta en los pacientes (y en los profesionales) medidas de prevención sin límites (y sin

evidencias). Es clave definir con claridad qué procesos "habituales" necesitan seguimiento **(PROGRAMA PARA REDUCIR PRUEBAS INÚTILES O REDUNDANTES.**

**A través de GPC, protocolos y programas operativas se plantean, entre otras, los siguientes intervinientes y cronograma**

**Guías de Práctica Clínica** desarrollados por el Ministerios de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad.

- Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del paciente en el bloque quirúrgico.

**Protocolos de atención clínica** que impliquen estandarización de procesos.

- Protocolo ante infección por Enterobacterias productoras de Carbapenemasas. Servicio de Anestesia y Reanimación, Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Microbiología, Servicio de Medicina Preventiva. Antes de 3 meses.
- Protocolo de indicación y adecuación de pruebas preoperatorias en Cirugía Mayor Ambulatoria. Servicio de Anestesia y Reanimación, Servicios Quirúrgicos, Enfermería y Admisión. Antes de 6 meses.
- Protocolo de Patient Blood Managment. Servicio de Anestesia y Reanimación, Comisión de Transfusión, Servicios Quirúrgicos, Servicio de Laboratorio Clínicos. Antes de 6 meses. (Ver "Programa de ahorro de sangre en cirugía")
- Protocolo para el manejo efectivo de Antibióticos en el CHP. Servicio de Farmacia, Servicio de Medicina Interna, Servicio de UCI, Servicio de Medicina Preventiva. Antes de 12 meses
- Protocolo para reducir infecciones por manejo de vías y abordajes venosos. Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Anestesia y Reanimación, Dirección de Enfermería, Unidad de Calidad. Antes de 12 meses.
- Protocolo para la atención del dolor agudo preoperatorio. (adulto y pediátrico). Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. UCI, Servicios Quirúrgicos, Enfermería. Antes de 15 meses

- Protocolo de traslado entre los dispositivos asistenciales críticos de la EOXI. Dirección de procesos asistenciales EOXI. Servicio de UCI, Servicio de Urgencias -Salnés y CHP-, Servicio de Anestesia y Reanimación. Antes de 18 meses

Programa de coordinación y gestión de la logística , en línea con las propuestas de este proyecto de Gestión.

- **Programa** para la mejora de la eficiencia en el bloque quirúrgico. Dirección de Procesos Urgentes y Dirección de Procesos Asistenciales. Dirección Enfermería. Servicios Quirúrgicos, Servicio de Admisión. Antes de 3 meses.
- Programa para la coordinación y mejora de los programas Zero. UCI, S. de Anestesia y Reanimación. Medicina Preventiva, Dirección de Enfermería. Antes de 10 meses
- Programa para el marcaje pre quirúrgico de pacientes. Servicio de Anestesia y Reanimación, Servicios Quirúrgicos, Dirección de Enfermería. Antes de 12 meses
- Programa para implantación total del Listado de Verificación Quirúrgica. Servicio de Anestesia y Reanimación, Servicios Quirúrgicos. Antes de 15 meses
- Programa para el fomento de la higiene de manos. Servicio de Medicina Preventiva, UCI, Servicio de Anestesia y Reanimación, Dirección de Enfermería. Antes de 9 meses.
- Programa para reducir prueba inútiles o redundantes. Servicio de Anestesia y Reanimación. Servicio de Radiología. Servicio de Cardiología. Antes de 18 meses.

### **3.3 PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE IANUS Y LA HCE**

---

En el año 2013 se completó la Informatización IANUS de historia clínica y evolutivos en la UNIDAD de REANIMACIÓN y en la actualidad con la participación activa en el desarrollo de IANUS y la Historia Clínica Electrónica, alcanzando el 100% de utilización. Una de las mejoras para recibir más feedback de nuestros resultados pasaría por :

- **Estandarización del informe de alta en IANUS, para adaptarlo a las necesidades de Codificación Clínica**, para que podamos utilizar la mejora de la información generada en una mejora de la praxis. Antes de 12 meses. Resultado esperado: incremento de la complejidad atribuida al servicio de Anestesia y Reanimación.
- **Estandarización de la anamnesis en IANUS en 0 pacientes potencialmente contaminados por gérmenes resistentes**. Antes de **10 meses**. Resultado esperado: incrementar la adecuación de los pacientes aislados en la Unidad de Reanimación



- **Autoevaluación de seguimiento de “notas emergentes” (azules o amarillas) sobre problemas de salud comunicados o riesgos potenciales de los pacientes.** Antes de 18 meses. A nivel de cultura organizativa, líneas como potenciar la organización integral o autoevaluación, buscan implicar a todas las personas y sirve como una forma de reconocimiento institucional de la existencia de deficiencias para buscar alternativas

La Historia Clínica Electrónica será una fuente de conocimiento (de la propia performance y de la comparación con otros), en lugar de un registro “legal”. El **empleo de sistemas para la ayuda en la toma de decisiones** incrementa la calidad de las actuaciones médicas y ayuda a elegir la mejor alternativa posible; la clave está en que las ayudas a la toma de decisión estén justo en el momento en que hay que decidir y se disponga de la información necesaria. Tener acceso a la evidencia científica de una forma clara y concisa, en un lenguaje comprensible, es necesario para la toma de decisiones. Los SAR deberán orientarse a la evaluación de las alertas y alarmas ante la toma de decisiones no basadas en evidencias o en la falta de seguimiento de esos sistemas para la toma de decisiones.

A partir de alertas, se monitorizarán:

- la accesibilidad: pacientes que no acuden a revisiones programadas preanestésicas
- las alergias conocidas o sospechadas
- alertas para reducir pruebas redundantes
- alertas para pruebas (radiologías, anatomía patológica, laboratorio o microbiología) inequívocamente patológicas,
- **Incorporar a IANUS el registro de los factores de los programa Zero** (pacientes ingresados, días de estancia, días de estancia con factor de riesgo catéteres venoso central, ventilación mecánica, etc.).
- **Prescripción electrónica.** La e-Receta en IANUS, es la herramienta que utilizan los facultativos que necesitan instaurar tratamientos para pacientes en régimen ambulatorio, excepto cuando los medicamentos tengan la condición de dispensación hospitalaria, para los que se utilizarán los procedimientos establecidos a nivel hospitalario. En Julio 2016. **Resultados:** proyecto de monitorización institucional

### **3.4 PROGRAMA PARA LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA ELECTRÓNICA Y POR PRINCIPIO ACTIVO/GENÉRICOS.**

Medidas para la prescripción eficiente y la contención del gasto en farmacia en productos sanitarios. Incorporación de las directrices en materia de farmacia y prescripción.

---



### 3.4.1 Medidas para la prescripción eficiente y la contención del gasto en farmacia en productos sanitarios

En los objetivos incluidos en el ADX como individuales desde el año 2013 al 2016, comprobamos como el área del medicamento representa una cuarta parte del total de Objetivos.

- Coste por receta en el entorno de 24Euros,
- indicadores relacionados con la indicación (% de prescripción de medicamentos genéricos (p.a.) %de novedades terapéuticas)
- Indicadores relacionadas con la prescripción por principios activos (% de prescripción de medicamentos genéricos (p.a.)

Por tanto, son objetivos importantes a nivel institucional, con una valoración individual y que se incorporan a nuestros objetivos desde hace casi un lustro. Por tanto es un área que merece definir medidas de ayuda y soporte a esos objetivos individuales.

**Tabla 26. ADX.OBJETIVOS relacionados con el Área del Medicamento (2013-2016.)**

		2013	2014	2015	2016
<b>INDIVIDUALES</b>	Coste por receta	24,8	25,53	20	24E
	% de prescripción de alternativas terapéuticas no eficientes		9,74%	17,32%	15%
	% de prescripción de medicamentos genéricos (p.a.)	26,04%	28,37%	29,95%	43%
	%de novedades terapéuticas	0,08%	0,02%	0,12%	1,50%

El servicio dispone de un expendedor individual de Medicación (PYSIES) que facilita la gestión de la medicación y facilita el análisis de la farmacoterapia del paciente. Al imputar costes por pacientes y por procesos permite realizar análisis de prescripción que deberías de utilizar en la evaluación de la utilización de la farmacoepa del CH. Se constata un incremento de un 8%, con un valor de 88.032 euros más entre el 2011 y 2015. El total del consumo en el año 2015 fue de 1.213.407, que equivale a 3.324 euros día. Como se puede comprobar, el incremento más espectacular se ha producido en la familia de antiinfecciosos, alcanzao el 52% de incremento, superando en volumen total de facturación a todas las demás familias. Por tanto, es un argumento que refuerza la estrategia de afrontar las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria

La evolución del consumo de

**Tabla 27. Consumo del SAR por grupos farmacológicos entre los años 2011-15. Variación interanual entre 2015 y 2011, en % y total**

	2011	2012	2013	2014	2015	(% )	Variación 2015vs11 (n)
<b>ANESTÉSICOS*</b>	157.984	149.982	141.302	135.797	116.455	-26	-41529
<b>FLUIDOTERAPIA**</b>	245.354	236.126	237.616	198.011	216.890	-12	-28464
<b>ANTIINFECIOSOS**</b>	236.888	190.425	129.065	267.296	359.765	52	122877
<b>*ANALGÉSICOS****</b>	24.604	23.164	21.597	22.287	25.278	3	674
<b>OTROS</b>	460.545	447.658	473.221	494.917	495.019	7	34474
<b>TOTAL</b>	1.125.375	1.047.355	1.002.801	1.118.308	1.213.407	8	88032

\*incluye: Grupo terapéutico N01: Anestésicos generales y locales

\*\*Incluye: Grupo terapéutico B05: Sustitutos del plasma y soluciones para infusión

\*\*\*Incluye: Grupo terapéutico J:Antiinfecciosos

\*\*\*\*Incluye: Grupo terapéutico N02: Analgésicos

- Definiremos **indicadores de alerta y alarma por número de prescripciones** farmacológicas por facultativo y día sobre el total del servicio y sobre el total de los servicios de Anestesia y Reanimación del SERGAS. (medicamentos de alto impacto, genéricos, pacientes polimedcados; medicaciones que se aplican con retraso, alergias conocidas, etc.). En esos indicadores se incluirán los objetivos del ADX como % de novedades terapéuticas, % prescripción por principio activo y % de alternativas terapéuticas no eficientes. Antes de 1 mes. Resultado: benchmarking de utilización de la farmacopea (en especial, novedades terapéuticas) que ayuda al profesional a situarse respecto a su evolución, respecto al propio servicio y respecto a otros servicios del SERGAS, tanto en gasto y como calidad de la prescripción
- **Sesiones de seguimiento individualizado de la prescripción** (calidad y cantidad) con el servicio de Farmacia. De igual forma, cada prescriptor en el servicio de Anestesia y Reanimación, que no cumpla el rango propio o del Servicio, tendrá asignado un farmacéutico colaborador, para ayudarle en la mejora y adecuación de la prescripción. Antes de 3 meses. Resultados: Como efecto Hawthorne, se espera que el propio anuncio de la evaluación personal e individualizada, provoque la mejora de la adecuación y gasto
- **Mejoraremos la adherencia del paciente al tratamiento**<sup>21</sup>, conjuntamente con el Servicio de Farmacia. En especial, con la intervención en familiares y convivientes para asegurar la regularidad en la medicación. Reforzaremos esta estrategia del SERGAS en los momentos puntuales que interaccionamos con familiares.
- Plan de acción y ayuda para la mejora de la EFECTIVIDAD EN EL MANEJO DE FÁRMACOS DE ALTO IMPACTO. Las medidas citadas anteriormente formarán parte de un Plan para la mejora de la efectividad, con el liderazgo del Servicio de Farmacia. Antes de 16 meses. Resultados: Cumplimiento de los objetivos del ADX relacionado con la utilización de novedades terapéuticas.

21 [https://www.murciasalud.es/previd.php?op=mostrar\\_pregunta&id=7715&idsec=453](https://www.murciasalud.es/previd.php?op=mostrar_pregunta&id=7715&idsec=453)

**Tabla 28 . Plan de acción y ayuda para la mejora de la EFECTIVIDAD EN EL MANEJO DE FÁRMACOS DE ALTO IMPACTO**

<b>Desarrollo de protocolos de prescripción sistematizada de nuevos fármacos de alto impacto económico</b>		
<b>Objetivo:</b> <b>Alcanzar una disminución de facturación de Antibióticos de alto impacto de acuerdo al Bench de los SAR del SERGAS</b>	Responsable: Dirección	
	Recursos: SERVICIO DE FARMACIA/SAR/COMISIÓN DE FARMACIA	
Planes de acción: 1. Equipo de trabajo. Análisis de costes de mantenimiento del catéter (2003-20062. Programa piloto 3. Evaluación 4. Plan de desarrollo	Indicadores: - % facturación de Antibióticos de alto impacto/total facturación de Antibioticos en los Servicios Bench del SCS.	
<b>Prioridad:</b> <b>Alta/Media/baja</b> <b>- Importancia: Alta/Media/Baja</b> <b>- Factibilidad: Alta/Media/Baja</b>	Fecha Inicio: mes19 finalización: indef Periodicidad revisión: Trimestral	Observaciones:  CO27

### 3.4.2 Incorporación de las directrices en materia de farmacia y prescripción

---

#### **PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA IMPLANTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS APLICATIVOS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA (RECETA E INGRESADOS)**

**La prescripción electrónica - SILICON.** Comenzará su implantación en la UNIDAD de REANIMACIÓN del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, en JULIO 2016

La Implantación de **Prescripción electrónica asistida (PEA)** en el hospital, está operativa para los tratamientos de pacientes ingresados y comenzará a ejecutar atendiendo a los plazos y criterios establecidos por los Servicios Centrales del Servicio Gallego de Salud y por la Dirección del Área.

La implantación de PEA en el ámbito de tratamientos ambulatorios de medicamentos de dispensación hospitalaria, será un Objetivo a largo plazo.

Los aplicativos de utilización corporativa en los centros asistenciales del Servicio Gallego de Salud para prescripción electrónica, están en pleno proceso de desarrollo e implantación.

La Prescripción electrónica a pacientes ambulatorios para dispensación de la prestación farmacéutica a través de Oficinas de farmacia, conocida por Receta Electrónica o e-Receta, utiliza la misma plataforma que la de la Historia Clínica Electrónica-IANUS. De esta manera se dispone de un único sistema para la ejecución de la práctica asistencial diaria de los facultativos médicos y farmacéuticos.

En el ámbito Hospitalario, el sistema de información que se utilizará para la implantación de la Prescripción electrónica es el denominado SILICON<sup>©</sup>, utilizado en la actualidad como **sistema para la validación de tratamientos y la dispensación de medicamentos por paciente**, ya sea en régimen de ingreso como en régimen ambulatorio de dispensación hospitalaria.

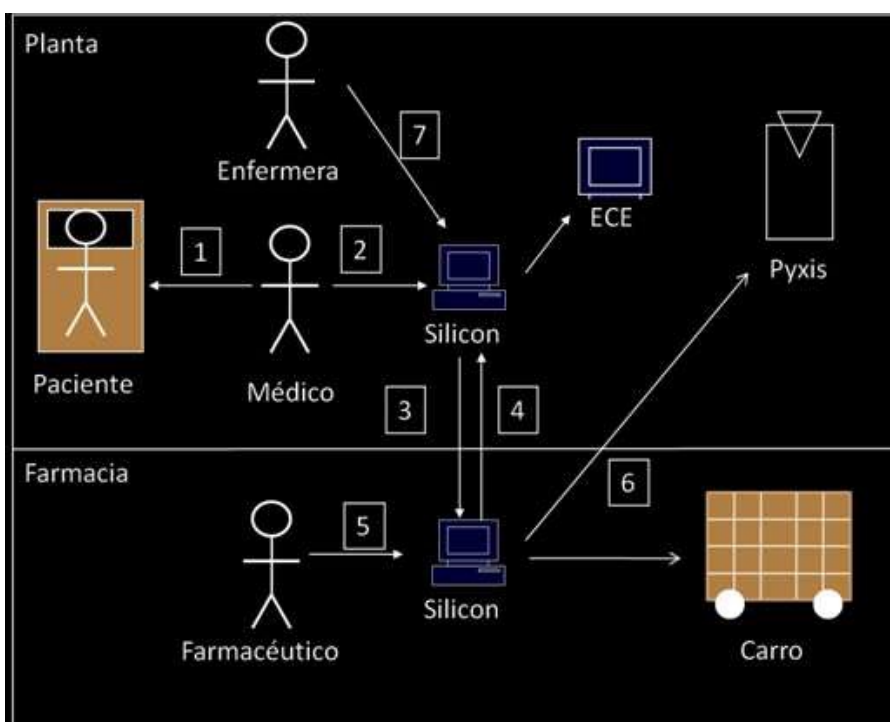
#### Prescripción Electrónica Asistida en Pacientes Ingresados:

El objetivo final de la Prescripción electrónica asistida, es que tanto el médico como el farmacéutico, alcancen el consenso terapéutico adecuado al objeto de aumentar la seguridad del paciente, mejorar la Gestión de la información farmacoterapéutica e incrementar la eficiencia en la utilización de medicamentos.

En la práctica asistencial diaria, la PEA ofrece la posibilidad de minimizar en lo posible los errores de medicación derivados del proceso de transcripción de tratamientos y facilita un entorno de comunicación adecuado para la resolución de las intervenciones realizadas en relación con los tratamientos prescritos.

La generación de la información asociada a un tratamiento en SILICON<sup>©</sup>, está sujeta a la confirmación que realizan el médico y el farmacéutico en el tratamiento.

**El esquema siguiente resume el circuito básico de prescripción electrónica de un hospital utilizando SILICON®:**



. Interacción médico-paciente en la unidad de hospitalización

- El médico crea o modifica las prescripciones existentes y confirma el tratamiento hasta una fecha determinada.
- Supervisión del tratamiento. Se crean intervenciones farmacéuticas para prevenir errores de medicación, ejecutar intercambios terapéuticos y proponer modificaciones o sugerencias en el tratamiento.
- Resolución de las intervenciones entre médico y farmacéutico.

- Validación farmacéutica del tratamiento por un periodo de tiempo determinado.
- Dispensación de los medicamentos que constituyen el tratamiento validado, ya sea mediante carros de medicación en dosis unitaria o por reposición de la medicación en SAD.
- Conexión con GACELA, para registro de la administración de medicamentos por parte de Enfermería.

Las funcionalidades clave sobre las que se asienta SILICON<sup>®</sup> para la gestión de la información y ejecución de prescripción electrónica son:

- **Pacientes.** Los pacientes se crean normalmente a partir de conexiones con otros sistemas de información como el censo de pacientes ingresados. El interés de la existencia de una ficha de paciente radica en la información que se acumula en torno a la misma (alergias, histórico de ingresos, etc.) y que puede ser de gran utilidad en el caso de tener que prestarle servicios nuevamente. Así pues, la ficha de un paciente no deja de ser el registro en el que se va acumulando toda la información de tratamientos a medida que éste recibe los cuidados en el centro. La ficha está organizada en un conjunto de pestañas, que estructuran la información por áreas.

The screenshot shows a web application interface titled 'Maestros'. The user is logged in as 'Usuario: FAR74'. The page displays the 'Datos Paciente' section for a patient with the name 'Apellidos4263 Apellidos4263, Nombre4263' and N.H.C.:4263. The form is organized into several tabs: 'D. Personales', 'D. Domiciliarios', 'Observaciones', 'Antecedentes', 'Analíticas', 'Historia', 'Notas', and 'Documentos'. The 'D. Personales' tab is active, showing fields for N.H.C., N.I.F., Nombre, C.I.P., Apellidos, NASS, Nacionalidad, Área Sanitaria, Fecha Exitus, Fecha de Nacimiento, Jubilado, Sexo, Alt.Id.1, Pensionista, and Alt.Id.2. The 'Fecha de Nacimiento' field is populated with '10/04/1916' and '00' hours. The 'Sexo' field is set to 'Mujer'. At the bottom of the form, there are buttons for 'Guardar', 'Conexiones', 'Fusionar Paciente', and 'Cancelar'.

- **Usuarios de la prescripción electrónica:** Roles de `médic@` y `farmacéutic@`, que establecen las acciones esenciales de cada uno en la prescripción electrónica. El médico crea prescripciones y confirma tratamientos, para de esta manera consolidar en el sistema los cambios que esta realizando en el tratamiento y certificar su validez hasta una determinada fecha.

### Confirmación del Tratamiento

Confirmado Hasta:	16/02/2010, 09 31
Usuario:	MED216
Contraseña:	<input style="width: 100%;" type="password"/>
<input type="button" value="Aceptar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>	

El farmacéutico realiza la validación para consolidar en el sistema los cambios que esta realizando en el tratamiento y para certificar su validez hasta una fecha determinada.

### Validación tratamiento

<input checked="" type="radio"/>	Hasta la fecha de confirmación (16/02/2010, 11)
<input type="radio"/>	15/02/2011, 14 31 (Validado por 365 día/s)
<input type="button" value="Aceptar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>	

**3. Catálogo de Medicamentos**, que permite definir distintas categorías en función de las condiciones que se determinen para la prescripción. Así, se podrán definir catálogos de medicamentos Preferentes que serán los que estén disponibles para la prescripción por parte de los médicos.

### Búsqueda del Catálogo de Preferentes

Descripción	Empieza	ACETIL	<input type="button" value="Buscar"/>	Ver	Preferentes
<b>Descripción</b> <span style="font-size: small;">A Z ↓</span>	<b>Nemónico</b>	<b>Código Nacional</b>	<b>Tipo</b>		
ACETILCISTEINA 200 mg sobres	ACETIS200	--	Medicamento		
ACETILCISTEINA 300 mg/3 ml amp	ACETIIN300	--	Medicamento		
ACETILCOLINA 1% 20 MG/2 ML VIAL OFT	--	9848491	Especialidad Farmacéutica		
ACETILCOLINA 20 mg/2 ml (1%) vial oft	ACETIOF20	--	Medicamento		
ACETILSALICILAT DE LISINA 900 mg vial	ACETIIN900	--	Medicamento		
ACETILSALICILICO ACIDO 300 mg comp	ACETIC300	--	Medicamento		
Mostrando registros 1 - 6 (6 registros encontrados)					
<input type="button" value="Cerrar"/>					

**4. Prescripciones:** son las órdenes de administración de medicamentos que se registran en los tratamientos.

SILICON<sup>©</sup> dispone de los siguientes tipos de prescripciones:

- Prescripción de principio activo
- Prescripción de medicamento
- Prescripción de especialidad farmacéutica

## - Prescripción de protocolos

La prescripción de un principio activo es la prescripción más básica. Es obligatorio introducir la dosis, que se especifica de forma absoluta (unidad) o proporcional (unidad/kg o unidad/m<sup>2</sup>), la frecuencia posológica y la vía de administración.

Prescripción Intervenciones Histórico

P. Activo ALBENDAZOL

Toma urgente

Dosis  mg

Administrar  mg

Frecuencia

Vía

Inicio 01/02/2010, 16 h

Fin ,  h

Observaciones

Consejos de Administración

Recomendación de Prescripción

Registrado por cpfar2 (Farmacéutico)

Dispensar

Prescrito por No definido

Motivo No definido

Guardar Asociar Validar Consultar Cerrar

Desde la pestaña de Intervenciones el prescriptor puede dirigir comentarios relativos a la prescripción, al resto de usuarios de SILICON<sup>®</sup>.

Desde la pestaña Histórico el usuario puede consultar todos los cambios que se han realizado en la prescripción. Contiene un listado, ordenado cronológicamente, de las modificaciones que se han hecho en la prescripción.

Fecha Inicio	Fecha Fin	Dosis	Administrar	Frecuencia	Vía	Dosis toma urgente	Fecha toma urgente
01/02/10, 18		125 mg	125 mg	18	PIV		
01/02/10, 17	01/02/10, 17	125 mg	125 mg	18	IV		
01/02/10, 17	01/02/10, 16	100 mg	100 mg	18	IV		

Cerrar

La prescripción de medicamentos se diferencia de la prescripción de principio activo en que se puede prescribir, además de por la dosis, por forma farmacéutica (comprimidos, cápsulas, viales, jeringas, etc.).

La prescripción por especialidad farmacéutica es semejante a la prescripción de medicamentos, excepto que en la de especialidad se trabaja con los códigos nacionales de



los medicamentos comerciales.

Prescripción Intervenciones Histórico

Medicamento METAMIZOL (DIPIRONA) 575 mg caps

Dosis 575 mg

Frecuencia 8 cap

Inicio 01/02/20

Toma urgente --

Administrar 75 mg

Vía OR oral

Fin [ ] y [ ] h

Observaciones

Recomendación de Prescripción

Registrado por cpar2 (Farmacéutico)

Prescrito por No definido

Dispensar [x]

Motivo No definido

Guardar Asociar Validar Conexiones Cerrar

Mediante la prescripción de un protocolo el usuario prescribe los componentes que están definidos como prescripciones del protocolo.

P. Activo

Medicamento

Esp. Farmacéutica

Miv

F. Magistral

Nutrición P.

Esquema

4 registros encontrados

Ver: Activos

Última actualización del tratamiento: 20/12/09, 12:42 por cpar2 (Farmacéutico)

Dosis [ ] Frec. [ ] Vía [ ]

Inicio [ ] Fin [ ] Dispensar [ ]

Guardar Cancelar

Monitorizar Validar Conexiones Cerrar

Una vez seleccionado el protocolo que proceda, el sistema solicita su confirmación e introducción de la información necesaria para su aplicación.

### Confirmar Protocolo

**Protocolo** (C4-002) C4- COLON DIABETICO HTA

**Observación** Postoperatorio Cirugía ColoRectal, quitar Insulina o Antihipertensivo en función de si el paciente es o no diabético o HTA.

**Prescripciones**

<input checked="" type="checkbox"/>	Inicio	Duración	Descripción	Dosis	Frec.	Vía
<input checked="" type="checkbox"/>	0d / *h	2D	PANTOPRAZOL 40 mg vial	40 mg	24	PIV
<input checked="" type="checkbox"/>	0d / *h	2D	METOCLOPRAMIDA 10 mg/2 ml amp	10 mg	SN	PIV
<input checked="" type="checkbox"/>	0d / *h	3D	ONDANSETRON 4 mg/2 ml amp	4 mg	8	PIV
<input checked="" type="checkbox"/>	0d / *h	2D	INSUL RAPIDA ACTRAPID INNOLET 100 UI/ml 3 ml xer	* UI	8SG	SC
<input checked="" type="checkbox"/>	0d / *h		ENOXAPARINA 40 mg/0,4 ml xeringa	40 mg	A22	SC
<input checked="" type="checkbox"/>	0d / *h	1D	GLUCOSALI 3,3%+0,3% 500 ml vial vidre	500 ml	5	PVC

**Cuidados**  
No hay cuidados definidos

**Dieta**  
No hay dietas definidas

Fecha de incorporación 02/02/2010 31, 11 h  
Día 0 del protocolo 02/02/2010 31

### Progreso de la operación

```

[11:09:58] - Iniciando incorporación del protocolo C4-002 al tratamiento...
[11:09:58] - Añadiendo prescripción de 40 mg PANTOPRAZOL 40 mg vial (24)
[11:09:59] - Añadiendo prescripción de 10 mg METOCLOPRAMIDA 10 mg/2 ml amp (5H)
[11:10:00] - Añadiendo prescripción de 4 mg ONDANSETRON 4 mg/2 ml amp (8)
[11:10:00] - Añadiendo prescripción de * UI INSUL RAPIDA ACTRAPID INNOLET 100 UI/ml 3 ml xer (8SG)
[11:10:00] - Añadiendo prescripción de 40 mg ENOXAPARINA 40 mg/0,4 ml xeringa (A22)
[11:10:00] - Añadiendo prescripción de 500 ml GLUCOSALI 3,3%+0,3% 500 ml vial vidre (5)
[11:10:00] - Añadiendo prescripción de 10 mEq POTASSI CLORUR 10 mEq/5 ml (2 M) amp (5)
[11:10:00] - Añadiendo prescripción de 25 mg CAPTOPRIL 25 mg comp (8SP)
[11:10:01] - Añadiendo prescripción de 1 g PARACETAMOL 1 g/100 ml vial (8A)
[11:10:01] - Añadiendo prescripción de 50 mg DEXKETOPROFE 50 mg/2 ml amp (SD)
[11:10:01] - Añadiendo prescripción de * . MESURES NO FARMACOLOGIQUES (MO)
[11:10:01] - Añadiendo prescripción de * . MESURES NO FARMACOLOGIQUES (MO)
[11:10:01] - Añadiendo prescripción de 500 ml GLUCOSALI 3,3%+0,3% 500 ml vial vidre (12)
[11:10:01] - Añadiendo prescripción de 20 mEq POTASSI CLORUR 10 mEq/5 ml (2 M) amp (12)
[11:10:01] - Añadiendo prescripción de * . MESURES NO FARMACOLOGIQUES (MO)
[11:10:02] - Añadiendo prescripción de 20 mg OMEPRAZOL 20 mg caps (E-AA)
[11:10:02] - Añadiendo prescripción de * . MESURES NO FARMACOLOGIQUES (MO)
[11:10:02] - Añadiendo prescripción de 2 g METAMIZOL (DIPIRONA) 2 g/5 ml amp (8)
[11:10:02] - Proceso finalizado.
  
```

100%

Cerrar al finalizar sin errores

**5. Intervenciones** Mediante la creación de intervenciones, se establece un canal de comunicación entre los usuarios que participan en los diferentes procesos de un tratamiento.

La pestaña contiene un listado con todas las intervenciones asociadas a la prescripción, que están dirigidas al grupo al que pertenece.

Las intervenciones se pueden mostrar con requerimiento de aceptación o rechazo por parte del usuario que corresponda o únicamente como aviso o llamada de observaciones.

Prescripción		Intervenciones		Histórico		Ver Todos				
Fecha	Usuario	Texto	Estado	M	F	E	P	D	Aviso	Activo
03/02/2010, 16:35	cpfar2 (F)	Verificar la dosis del tratamiento por favor.	Informativa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mostrando registros 1 - 1 (1 registros encontrados)										
M Médico		E Enfermera		F Farmacia		P Preparación		D Dispensación		

Crear Cerrar

### Intervenciones

Mensaje:

Dirigida a  Médico  Farmacéutico  Enfermera  Preparación  Dispensación

Requiere intervención del destinatario

Mostrar como aviso

Activo

Aceptar Cancelar

## 6. Tratamientos

La gestión de tratamientos es el centro sobre el que giran todos los procesos desarrollados en SILICON<sup>©</sup>.

El tratamiento se inicia con su creación. Esta operación puede realizarse de forma manual o automática, según se haya parametrizado el sistema. En el caso de que se cree de forma manual, el sistema solicitará la información necesaria para iniciar el tratamiento.

Para la localización de tratamientos se dispone de dos herramientas comunes en la aplicación: la búsqueda y el filtrado. Por el campo búsqueda se puede filtrar por NHC, nombre y apellidos, ICU (número de ingreso), unidad de enfermería, cama y servicio.

El filtrado actúa más a nivel de estado de tratamiento, permitiendo mostrar solo aquellos que cumplen el estado indicado.

Las opciones de filtrado disponibles son las que se detallan a continuación:

Opción Pendientes de validar

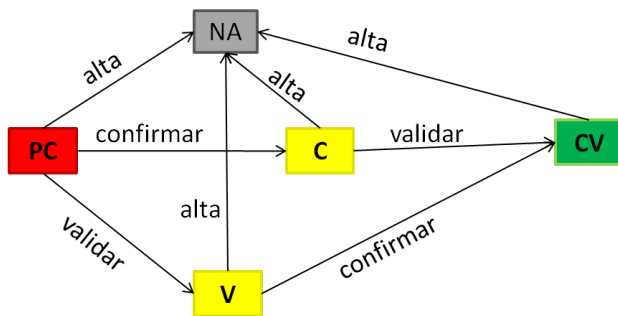
Pendientes de confirmar Activos No activos Validados

## Confirmados Todos

Descripción Tratamientos con estado PC y C (sólo farmacéutico)

Tratamientos con estado PC y V (sólo farmacéutico) Tratamientos que no están dados de alta. Tratamientos que están dados de alta Tratamientos activos que están validados por el farmacéutico. Tratamientos activos que están confirmados por el médico. Tratamientos activos y no activos.

En el listado de tratamientos se utiliza una combinación de colores y letras para facilitar la visualización de los estados de los tratamientos. La figura muestra un diagrama con las diferentes transiciones de estado existentes en un tratamiento.



PC: Pendiente Confirmación(rojo); C: Prescripción Confirmada (amarillo); V: Prescripción Validada (amarillo); CV: Prescripción Confirmada y Validada (verde); NA: Prescripción Suspendida-Alta (gris)

Los estados por los que pasa un tratamiento en el sistema de PEA, tienen una importancia esencial para gestionar la información de los tratamientos de cada paciente y planificar el trabajo diario de confirmación, validación y dispensación de tratamientos.

Apellidos100647 Apellidos100647, Nombre100647 (100647)				Notas		ICU	10068183	Ingreso	03/12/2009, 12
MUJER	Edad 55a [A]	Talla -- cm	IMC --kg/m <sup>2</sup>	SCr	0.49 mg/dl	Cama (UE/Carro)	C.186.2499 (UE186 / --)	Conf. hasta	(16/12/2010, 03)
AD	Peso -- kg	SC -- m <sup>2</sup>	K <sup>+</sup> 3.74 mmol/l	ClCr	149.18 ml/min	Servicio	SER_D_101	Val. hasta	16/12/2010, 03
Alergias						Médico	MED16385	Alta	--
Antecedentes						Diagnóstico	No definido		

Prescripciones	Administraciones	Detalles	Curas	Intervenciones	Permisos Temporales	Otros Tratamientos	
----------------	------------------	----------	-------	----------------	---------------------	--------------------	--

	P	Nombre	Dosis	Frec.	Vía	Inicio	Fin	Val	G
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P PANTOPRAZOL 40 mg vial	40 mg	24	PIV	15/12/2009, 15	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INSUL RAPIDA ACTRAPID INNOLET 100 UI/ml 3 ml xer	* UI	6SG	SC	15/12/2009, 17	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P GLUCOSALI 3.3%+0.3% 500 ml vial vidre	500 ml	6	PVC	15/12/2009, 17	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POTASSI CLORUR 10 mEq/5 ml (2 M) amp	10 mEq	6	PVC	15/12/2009, 17	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESMOPRESSINA 4 mcg/1 ml amp	2 mcg	12SP	IV	07/12/2009, 14	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P DEXAMETASONA 4 mg/1 ml amp	8 mg	6	PIV	15/12/2009, 15	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMOXICILINA+CLAVULANIC 1 g + 200 mg vial	1 g	8	PIV	16/12/2009, 10	16/12/2009, 12	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CEFTRIAXONA 1 g vial	1 g	12	PIV	16/12/2009, 04	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P METAMIZOL (DIPIRONA) 2 g/5 ml amp	2 g	8	PIV	15/12/2009, 15	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P PARACETAMOL 1 g/100 ml vial	1 g	8A	PIV	15/12/2009, 15	--	140d	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P MESURES NO FARMACOLOGICAS	1 .	MO	.	15/12/2009, 15	--	140d	S

11 registros encontrados Ver: Activas

Última actualización del tratamiento: 16/12/09, 12:19 por FAR18 (Farmacéutico)

Med.	Dosis	Frec.	Vía	Guardar
Obs.	Inicio	Fin	Dispensar	Cancelar

Opciones: Suspendir, Reactivar, Monitorizar, Validar, Conexiones, Cerrar

**7. Dispensación de Tratamientos por paciente** El proceso de dispensación de tratamientos ingresados se puede realizar de dos maneras:

- A través de los carros de dispensación asignados a una unidad de enfermería configurada con un conjunto de camas determinado.

- Usuario: Grifols										Crear	Refrescar	Imprimir	Ayuda	Salir																																																																																																																																
Dispensaciones de Carro																																																																																																																																														
Dispensaciones de Carro																																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Salida</th> <th>I.D.</th> <th>Carro</th> <th>U.Enf.</th> <th>Inicio(Duración)</th> <th>Últ. act.</th> <th>S.</th> <th>Activo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11021001</td> <td>12410</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>12/01/10, 05 (01d)</td> <td>11/02, 11 (+24h)</td> <td>F</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11021001</td> <td>12409</td> <td>CARR31</td> <td>UE31</td> <td>29/08/09, 15 (01d)</td> <td>11/02, 11 (+24h)</td> <td>F</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>01021001</td> <td>12408</td> <td>CARR27</td> <td>UE27</td> <td>27/08/09, 11 (05d)</td> <td>05/02, 15 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11011005</td> <td>12407</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>10/01/10, 17 (01d)</td> <td>11/01, 17 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11011004</td> <td>12405</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>04/01/10, 17 (06d)</td> <td>11/01, 16 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11011003</td> <td>12404</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>15/11/09, 17 (50d)</td> <td>11/01, 16 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11011002</td> <td>12403</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>16/09/09, 17 (60d)</td> <td>11/01, 16 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11011001</td> <td>12402</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>15/09/09, 17 (01d)</td> <td>11/01, 16 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>07011002</td> <td>12401</td> <td>CARR9</td> <td>UE9</td> <td>08/01/10, 11 (01d)</td> <td>07/01, 16 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>07011001</td> <td>12400</td> <td>CARR9</td> <td>UE9</td> <td>07/01/10, 11 (01d)</td> <td>07/01, 16 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16100906</td> <td>12399</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>14/09/09, 17 (01d)</td> <td>16/10, 12 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16100905</td> <td>12398</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>13/09/09, 17 (01d)</td> <td>16/10, 12 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16100904</td> <td>12397</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>12/09/09, 17 (01d)</td> <td>16/10, 12 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16100903</td> <td>12396</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>11/09/09, 17 (01d)</td> <td>16/10, 12 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16100902</td> <td>12395</td> <td>CARR176</td> <td>UE25</td> <td>10/09/09, 17 (01d)</td> <td>16/10, 12 (+24h)</td> <td>N</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>															Salida	I.D.	Carro	U.Enf.	Inicio(Duración)	Últ. act.	S.	Activo	11021001	12410	CARR176	UE25	12/01/10, 05 (01d)	11/02, 11 (+24h)	F	<input checked="" type="checkbox"/>	11021001	12409	CARR31	UE31	29/08/09, 15 (01d)	11/02, 11 (+24h)	F	<input checked="" type="checkbox"/>	01021001	12408	CARR27	UE27	27/08/09, 11 (05d)	05/02, 15 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	11011005	12407	CARR176	UE25	10/01/10, 17 (01d)	11/01, 17 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	11011004	12405	CARR176	UE25	04/01/10, 17 (06d)	11/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	11011003	12404	CARR176	UE25	15/11/09, 17 (50d)	11/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	11011002	12403	CARR176	UE25	16/09/09, 17 (60d)	11/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	11011001	12402	CARR176	UE25	15/09/09, 17 (01d)	11/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	07011002	12401	CARR9	UE9	08/01/10, 11 (01d)	07/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	07011001	12400	CARR9	UE9	07/01/10, 11 (01d)	07/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	16100906	12399	CARR176	UE25	14/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	16100905	12398	CARR176	UE25	13/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	16100904	12397	CARR176	UE25	12/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	16100903	12396	CARR176	UE25	11/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>	16100902	12395	CARR176	UE25	10/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>
Salida	I.D.	Carro	U.Enf.	Inicio(Duración)	Últ. act.	S.	Activo																																																																																																																																							
11021001	12410	CARR176	UE25	12/01/10, 05 (01d)	11/02, 11 (+24h)	F	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																							
11021001	12409	CARR31	UE31	29/08/09, 15 (01d)	11/02, 11 (+24h)	F	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																							
01021001	12408	CARR27	UE27	27/08/09, 11 (05d)	05/02, 15 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
11011005	12407	CARR176	UE25	10/01/10, 17 (01d)	11/01, 17 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
11011004	12405	CARR176	UE25	04/01/10, 17 (06d)	11/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
11011003	12404	CARR176	UE25	15/11/09, 17 (50d)	11/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
11011002	12403	CARR176	UE25	16/09/09, 17 (60d)	11/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
11011001	12402	CARR176	UE25	15/09/09, 17 (01d)	11/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
07011002	12401	CARR9	UE9	08/01/10, 11 (01d)	07/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
07011001	12400	CARR9	UE9	07/01/10, 11 (01d)	07/01, 16 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
16100906	12399	CARR176	UE25	14/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
16100905	12398	CARR176	UE25	13/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
16100904	12397	CARR176	UE25	12/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
16100903	12396	CARR176	UE25	11/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
16100902	12395	CARR176	UE25	10/09/09, 17 (01d)	16/10, 12 (+24h)	N	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
Mostrando registros 1 - 15 (1301 registros encontrados)																																																																																																																																														
Listado	Actualizar	F<=>P	Desactivar	Deshacer	Kardex	Devoluciones																																																																																																																																								

- Mediante la conexión y envío de las prescripciones validadas y confirmadas a Sistemas Automatizados de Dispensación.

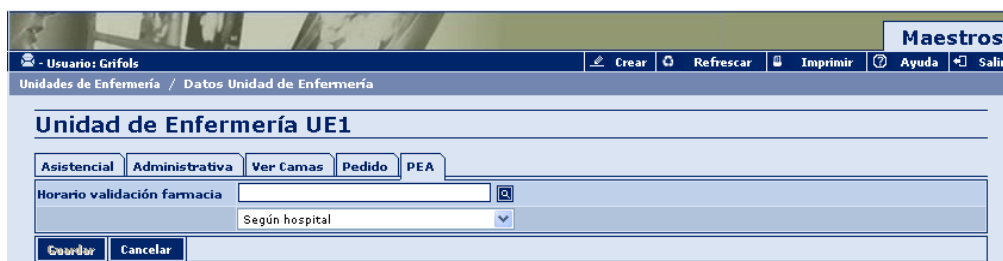
El horario de trabajo que tienen asociado las diferentes unidades de enfermería o el hospital, determina en que franjas horarias es necesario validar un tratamiento para que se vea reflejado en el SAD:

o Cuando se está dentro del horario de trabajo, aunque un médico confirme el tratamiento, no se ve reflejado hasta que se valide por un farmacéutico.

En todo momento se muestran en las estaciones SAD sólo las prescripciones que están validadas. Por ejemplo, si un tratamiento tiene una prescripción que tiene una duración de una semana, pero solo se valida para un día, desaparece del SAD una vez se ha superado la fecha de validación.

o En las franjas horarias que están fuera del horario de validación de farmacia, se dispensa la medicación al SAD cuando un médico confirma el tratamiento.

Independientemente de la fecha hasta que lo confirme, como máximo se dispensa hasta la hora de inicio del próximo horario de validación de farmacia



The screenshot displays a web application interface for 'Unidad de Enfermería UE1'. The top navigation bar includes a user profile 'Usuario: Grifols' and several action buttons: 'Crear', 'Refrescar', 'Imprimir', 'Ayuda', and 'Salir'. Below the navigation bar, the main content area is titled 'Unidad de Enfermería UE1' and contains a sub-menu with options: 'Asistencial', 'Administrativa', 'Ver Camas', 'Pedido', and 'PEA'. The 'Horario validación farmacia' section features a text input field and a dropdown menu currently set to 'Según hospital'. At the bottom of this section, there are 'Guardar' and 'Cancelar' buttons.

Notificaciones relativas a la prescripción

Atendiendo a su relevancia, IANUS diferencia dos tipos de notificaciones:

- **Alertas:** Son la notificaciones de mayor importancia.

o **Rechazos de homologación:** Se puede consultar los motivos del rechazo, acceder a la modificación de la prescripción o volver a solicitar la homologación. Además, se recibe un aviso en las pantallas que nos dan acceso a las historias de pacientes cuando algún paciente del cupo del médico tiene alertas de este tipo.

o **Bloqueos de prescripción:** En el caso de que el farmacéutico con autorización para homologar o el farmacéutico de oficina de farmacia bloquee una prescripción, desde la ventana de Notificaciones tenemos la posibilidad de tratar el bloqueo. Mientras no desbloqueemos la prescripción, el paciente no puede recoger la medicación en la oficina de farmacia. Además, se recibe un aviso en las pantallas que nos dan acceso a las historias de

pacientes cuando algún paciente del cupo correspondiente del médico tiene alertas de este tipo.

**Resto de Notificaciones:** Mensajes de farmacia. Este tipo de alertas sólo se visualizan dentro de la historia del paciente.

### 3.5 PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA:

Informe del 100% de las reclamaciones de los usuarios en el plazo de 15 días.

---

La formulación de una reclamación, queja o sugerencia y la solicitud de información, son derechos de los usuarios ampliamente reconocidos por la legislación vigente (La Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el Decreto 164/2005, del 16 de junio, por el que se regulan y determinan las oficinas de registro propias o concertadas de la Administración de la Comunidad Autónoma de Galicia, y el artículo 11 de la Ley 8/2008, del 10 de julio, de Salud de Galicia, en el que se establece que los ciudadanos, en el ámbito del sistema sanitario de Galicia, tienen derecho a emplear los procedimientos ágiles y efectivos de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito en los plazos establecidos reglamentariamente, son algunos ejemplos de la extensa normativa existente en esta materia. Las quejas, sugerencias y reclamaciones pueden presentarse en cualquier punto de recogida de los centros pertenecientes al Servicio Gallego de Salud y en los distintos registros administrativos (el art. 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común), a través de diferentes canales de comunicación, verbales y escritos.

Una vez presentada la reclamación, queja o sugerencia, la persona tiene derecho a recibir una contestación por escrito. El Departamento de Atención al Paciente tendrá acceso directo y permanente para hacer llegar con inmediatez las quejas y reclamaciones. **Cualquier reclamación clasificada como trato degradante o inadecuado, será trasladada al jefe de sección de forma inmediata.**

Las **Reclamaciones** como indicador de la calidad del servicio que prestamos nos permiten conocer la percepción que tienen nuestros usuarios de parte de nuestro trabajo y las posibles áreas de mejora. Serán respondidas antes de 7 días. Se evaluará la calidad percibida de la propia atención a su reclamación o queja, o felicitación.

En la siguiente tabla comprobamos como se ha incrementado el número total de reclamaciones a expensas, prácticamente, de la demora en consultas externas en UDOL. Excluido esa circunstancia, el total de reclamaciones y quejas mantiene una estabilidad sobre 20 a lo largo de estos años. Ahora bien, dado el incremento de actividad a lo largo de estos años, es un dato favorable. Esto es, ante una mayor actividad se constata el mismo número de reclamaciones. Ahora bien, tenemos un problema importante en la UDOL. La demora asistencial obliga a afrontar su situación. Más del 92% de las reclamaciones corresponden a la UDOL. En el año 2016 (a 30 de junio), las 66 reclamaciones



corresponden al 90% de las presentadas. En la UDOL como se ha citado, deberíamos de hacer una depuración de las solicitudes realizadas, priorizar por nivel de atención objetivo, dar explicaciones escritas y formales de la demora que se afronta a los pacientes, y sobre todo, ofrecer alternativas. Por ejemplo, mediante la atención por enfermería experta.

Es muy posible que ante la demora acumulada, alguno de los casos, no solo ya no presenten prioridad, sino que alguna de las peticiones haya cambiado, incluso empeorado, su percepción del dolor.

**Tabla 29. Número de Reclamaciones por año y GFH del Servicio de Anestesia, Reanimación**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>ANRC</b>	2	4	7	4	3
<b>ANRM</b>	2		5	7	8
<b>ANRP</b>		3	2	1	1
<b>UDOL</b>	1	8	8	6	6
<b>UDOC</b>	27	140	157	191	210
<b>TOTAL</b>	32	155	179	209	228

- Estableceremos canales seguros de **comunicación no presencial con pacientes y sus familiares**, favoreciendo el acceso el contacto de forma permanente y por vías telemáticas. Antes de 24 meses. Resultados: reclamaciones a través de medios digitales, para resolución antes de 7 días.  
En la mejora experiencia y percepción por parte del paciente y su familia, estableceremos medidas vinculadas a procedimientos
- **Actualización y evaluación del Manual de acogida la paciente en las Unidades del Servicios.** Además de informarle del funcionamiento de la unidad, y de las normas y recomendaciones que todos debemos conocer y cumplir, para el buen funcionamiento de dicha Unidad, se incluirán áreas de capacitación digital de los pacientes.

### **3.6 PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES**

Más allá de la educación para la salud, está la nueva definición de Healthliteracy como la capacidad de las personas para obtener, procesar y entender la información básica sobre la salud y los servicios sanitarios que necesitan para poder adoptar decisiones apropiadas de salud. Va más allá de la salud individual. Siguiendo al Institut of Medicine depende de las habilidades, preferencias y expectativas generadas por la información sanitaria general y por



los proveedores de cuidados: médicos, enfermería gestores trabajadores de salud, medios de comunicación y otros. El National Health Service ha publicado la guía “Improvement Leader’s Guide” , en el que se recogen herramientas, técnicas y teoría sobre la mejora de la asistencia sanitaria que se presta a los pacientes. De igual forma, la guía “Involvingpatients and carers”, ayuda a la gestión de la participación de los pacientes y sus familiares en la mejora de la propia atención. A través de sencillas intervenciones en la vida diaria para el cuidado de la salud, así como la colección de experiencias realizada ayuda a que las organizaciones elijan su propio “palo” para jugar esta imprescindible partida. También programas adaptados en la iniciativa NHS Choices (“your health, your choices”)o el programa Expert Patients Programme , ofrece cursos on line. En Ontario el programa de “La atención de su salud” propone a los pacientes (PARTICIPE) que pregunten sobre los medicamentos que toma. (“Diez preguntas que le pueden ayudar”). En nuestro entorno destaca la iniciativa en Castilla-La Mancha. A través de la escuela de salud y cuidados del SESCAM PLANTEA “no se quede con dudas, pregunte a su médico . Informe si toma suplementos alimenticios, lleve escritas todas las medicinas que toma, lleve cuidado y diferencie lo que es información puesta al día de lo que es publicidad. Si toma infusiones de hierbas u otros preparados caseros, hágalo saber”

- Fomentaremos la participación activa del paciente y sus familiares a través de programas como “**Aprenda a preguntar a su médico: Pregunte, no se quede con dudas**” conjuntamente con el Servicio de Farmacia y la Comisión Quirúrgica. Antes de 18 meses. Resultados esperados: incorporar la intervención a la Escuela de Pacientes del Sergas.

- **Reunión anual de asociaciones de pacientes**, sus familias y la plantilla del servicio. Antes de 24 meses. Resultados: siguiendo experiencias exitosas reforzaremos la relación con nuestros pacientes a través de las asociaciones de enfermedades nefrológicas de nuestro entorno. Idealmente, el (EOXI-PS) podría utilizar esta experiencia para extender el encuentro a todos los servicios.



- **Plan de Humanización de cuidado críticos<sup>22</sup>**. Medidas de mejora: 1 mes. Plan antes de 18 meses. En el SAR Sumarnos al movimiento que favorezca la visita de familiares, niños incluso a la UVI, y que accedan en condiciones de más

accesibilidad que la actual. Proponer un Plan que alcance a los servicios de Anestesia y Reanimación y el Servicio de Cuidados intensivos. Las relaciones entre pacientes, familiares y personal han de verse consolidadas por tres ejes. La empatía de los profesionales hacia las familias y pacientes y su formación en habilidades de relación humana. La información específica, global y completa por parte de los profesionales y la coordinación entre los mismos. Por último, la capacidad de permanecer el máximo de tiempo posible junto a los seres queridos

Humanización a partir de mejoras técnicas

<sup>22</sup> <http://www.humanizar.es/formacion/jornadas/ijornadasdehumanizaciondeloscuidadosintensivos.html>

- Mejorar la luz natural y su adaptación a las necesidades reales del paciente
- Bajar el nivel de ruido de las alarmas e informar al paciente del origen de la alarma
- Concienciar al personal sobre el volumen de voz: Disminuir el ruido alrededor del paciente, además siendo conscientes que los principales focos de ruidos son el propio personal del hospital y los aparatos de monitorización. Especial atención a las alarmas que, no solo causan una alteración acústica importante alrededor del paciente, sino que también causa una situación de angustia e incertidumbre tanto si la alarma es propia como si es ajena.
- El volumen de la voz y el tono y la forma de hablar tanto al dirigirse a ellos como a las personas que se encuentran cerca ayuda de una manera importante al bienestar del paciente y en su estado anímico.
- Hacer boxes cerrados, individuales, amplios y con ventanas
- Sala de espera cómoda y con espacio para informar

#### Humanización en el trato de los profesionales

- Promover actividades extra hospitalarias relacionadas con la formación en habilidades sociales
- Reuniones de mejora con los mandos
- Grupos de Humanización Hospitalaria
- Rondas de detección de necesidades de formación
- Conciliación de los horarios de formación

Personalización del área de Reanimación: la personalización del entorno y en especial el uso de la luz natural se centra en un segundo eje importante para todos

- Superficie y espacio adecuado con luz natural, reloj, entretenimiento personal...
- Persona referente para la familia a la hora del ingreso
- Tener en cuenta las creencias personales
- Ampliar horarios de visitas e información
- Disminuir los ruidos y el tono de voz

Emoción: Relaciones y Sentimientos

- Pase de visitas de manera conjunta y reglada por el personal
- Flexibilización y Ampliación de Horarios
- Potenciar la comunicación con el paciente
- Formación y entrenamiento de la empatía

Con ello se llega a plantear las siguientes acciones

#### Tecnología

- Concienciar al personal sobre el nivel de ruido por medio de charlas. Lo realizan los equipos de REA-URPA y se pone en marcha de manera inmediata
- Instalar reguladores de intensidad de luz. Se hace la petición a la dirección y a mantenimiento y se puede poner en marcha en un mes
- Habilitar un espacio específico de información. Se realiza la petición al jefe de servicio y se puede poner en marcha en un mes.

#### Profesionales

- Promover actividades extra hospitalarias de formación en habilidades.
- Rondas de detección de actividades formativas. El propio personal lo pone en marcha de forma inmediata
- Reuniones de mejora con mandos. Coordinados con los responsables de servicios se puede poner en marcha en 3 meses

#### Personalización de la REANIMACIÓN

- Poner televisión, wifi y relojes.
- Ampliación de horarios de visitas. Coordinando al personal interno en 1 mes
- Implementar un “semáforo” que avise de exceso de ruido. Con ayuda del personal de mantenimiento se puede poner en marcha en 2 semanas
- Contactar con personas que ayuden en diferentes creencias personales. El propio personal lo puede poner en marcha en una semana

#### Relaciones y Sentimientos

- Realizar los pases de visita de manera conjunta. Lo hace el propio personal coordinándose en quince días
- Ampliar los horarios de visitas. Lo puede implementar el personal de forma gradual durante 6 meses.
- Evaluar y monitorizar acciones de empatía. Por un grupo de d humanización se puede poner en marcha en 3 meses

## 4. OBJETIVOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

---

### PROGRAMA DE FORMACION en habilidades y técnicas y toma de decisiones

*Fiedls*<sup>42</sup>, entre las cinco vías del cambio hospitalario para los próximos 10 años, señala que los hospitales deberían promover que los profesionales deben de evaluarse, no solo en su trabajo, sino en sus mismas competencias. [Libro Blanco, 2015] El bloque quirúrgico es un entorno que requiere un área de competencias especializada para el personal de enfermería.

El área de formación no es solamente vinculado a habilidades, se hace obligatoria la formación en aspectos éticos y toma de decisiones por los pacientes (comunicación, gestión del conflictos, gestión de equipos, técnicas de operaciones de mejora).

#### 4.1PROGRAMA OPERATIVO PARA LA FORMACIÓN PRE Y POSTGRADO: Garantizar la tutela y la supervisión de los profesionales y alumnos en formación

---

##### - FORMACIÓN PREGRADO

Tras la acreditación del Complejo Hospitalario de Pontevedra como Hospital Universitario, adscrito por convenio a la Universidad de Vigo, se han mantenido reuniones con el Rector de dicha Universidad y con el Decano de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

Desde entonces, el Jefe de Estudios ha diseñado un plan, cuyas líneas maestras, son:

- La formación Práctica de estudiantes de medicina, con sus rotaciones correspondientes en los Servicios con docencia acreditada. La actividad docente del Servicio de SAR incluye **Docencia médica pregraduada**: Docencia de prácticas de los alumnos asignados. Para ello, el Servicio cuenta con un tutor de Trabajos Fin de Grado (Dra. Varela) y varios colaboradores docentes, con la implicación del resto de los miembros del Servicio en estas actividades docentes.

En la actualidad soy Colaboradora Docente con la Universidad de Santiago de Compostela, para la Docencia de los alumnos de la FACULTAD de MEDICINA de Santiago de Compostela que rotan en el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario de PONTEVEDRA.

He tutorizado dos TRABAJOS DE FIN DE GRADO de dos alumnas de 6º de Medicina de la UNIVERSIDAD de SANTIAGO de COMPOSTELA:

- Paula Dacosta Tapia: Tratamiento Antibiótico de la Peritonitis. Aparición de Multirresistencias durante la Estancia en REANIMACIÓN.
- Belén Sánchez Cabezado: ¿Existe relación entre el uso de ANESTESIA EPIDURAL y la incidencia de Partos instrumentales y Cesáreas?

##### - FORMACIÓN POSTGRADO

La formación teórico-práctica de los Médicos Residentes y la formación continuada de los Facultativos Especialistas, constituye un soporte fundamental y un estímulo para el completo desarrollo del SARyD y por extensión para el hospital. El Servicio de Anestesiología posee acreditación docente, para la formación de médicos internos y residentes (M.I.R.) desde el año 1977.

Desde entonces y hasta ahora se forma un especialista por año académico, por lo que en total hay cuatro residentes (un R-1, un R-2, un R-2 y un R-4).

Contamos con un facultativo especialista de la plantilla que desempeña la tutoría de los residentes con nombramiento oficial. Desempeño tal labor desde 2012.

Realizamos valoraciones y calificaciones pormenorizadas de cada uno de los residentes, según documento oficial, al finalizar el año académico. En colaboración estrecha con el Jefe de Estudios y con la Comisión de Docencia.

Como Tutora de Residentes llevo a cabo, entrevistas trimestrales Tutor –Residente, de forma individualizada.

De acuerdo con la GUIA de FORMACIÓN de ESPECIALISTAS, elaborada por la COMISIÓN NACIONAL DE ESPECIALIDADES y aprobada por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, los Residentes de nuestro Servicio, cumplen los requisitos y rotaciones exigidas y vigentes en la actualidad.

Plan Docente MIR: Nuestro servicio dispone de un completo plan docente para los Médicos Internos y Residentes acorde con la Guía de Formación de Especialistas aprobada por La Comisión Nacional de Especialidades.

Residentes de primer Año, rotaciones intrahospitalarias por:

- S. de Cardiología.
- S. de Neumología.
- S. de Radiodiagnóstico.
- Unidad de Cuidados Críticos.

Residentes de Segundo Año; Rotaciones extrahospitalarias por:

- Unidad de Anestesia Obstétrica y Ginecológica
- Unidad de Anestesia en Neurocirugía.

Residentes de Tercer Año; Rotaciones extrahospitalarias por:

- Unidad de Anestesia en C. Cardíaca y Reanimación de Cardíaca.
- Unidad de Anestesia en Cirugía Torácica.

Residentes de Cuarto Año; rotaciones Extra hospitalarias, por:

- Vía aérea difícil. Nuestros Residentes rotan durante un mes en el Hospital Clínico Universitario de Valencia (Dr. Pedro Charco).
- Anestesia Pediátrica
- Anestesia Loco Regional.

En las anteriores rotaciones, se valoran conocimientos teóricos obligatorios/Nivel de habilidades prácticas adquiridas/Acreditación de actividades realizadas/Asistencias a cursos de interés formativo

Por otro lado, rotan durante 1-2 meses un total de 10-12 residentes de otros Servicios (Medicina Interna, Cardiología, Reumatología, UMI, Endocrinología, Hematología, Urología, Anestesiología, Farmacología).

La (EOXI-PS) dispone de un Plan general para la formación sanitaria especializada” que recoge los mayoría de aspectos docentes.

La **Formación continuada incluye** Actividades generales del hospital y las propias llevadas a cabo en el Servicio de formación interna en forma de programación mensual de sesiones.

- Temas de actualización
- Sesión clínica de pacientes hospitalizados
- Charlas docentes Residentes de la especialidad y rotantes de otras especialidades
- Sesión de actualizaciones impartidas por la industria farmacéutica y ponencias de otros especialistas invitados
- Docencia sobre Hemofiltración, con acreditación por Formación Continuada del SERGAS.

#### **Oportunidades de mejora:**

- Implantar un **plan de formación práctica de tutores**, docentes y colaboradores docentes (nuevas técnicas: edición de videos. Antes de 12 meses. Resultados: en coordinación con la Comisión docente, esperamos una mejora de la valoración de los residentes y estudiantes
- Participación en el premio Europeo de médicos anestesistas en formación. Antes de 18 meses. Resultados: orientación a la comparación con otros facultativos
- Idealmente deberíamos de disponer de un plan de calidad docente en el SAR. Antes de 26 meses. Resultados: mayor método en la evaluación de la calidad docente
- Debemos de **clarificar el Plan Individual de Formación** por la trascendencia que tiene para el desarrollo profesional de los residentes. Antes de 24 meses. Resultados: mejora en la valoración de los residentes y estudiantes
- **Continuar en la docencia de habilidades y prácticas de excelencia.** Se han realizado numerosos Cursos de “Vía Aérea” por parte de los profesionales médicos del Servicio de Anestesia. Pertenezco a la SECCIÓN de VÍA AÉREA Difícil de la SEDAR y he conseguido esta Rotación en VAD hace tres años. Me parece fundamental el aprendizaje continuo en este sentido. Siendo la Vía Aérea el punto” número uno” de reclamaciones en Estados Unidos. Antes de 10 meses. Resultados: mejora en la valoración de los residentes y estudiantes.
- **Continuar y fortalecer la docencia acreditada de Cursos sobre Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria:** IRAS: Bacteriemia Zero y Resistencia Zero. Acreditados por Formación continuada del SERGAS. Antes de 6 meses. Resultados: el SAR como proveedor de docencia relacionada con la lucha contras las IRAS.

## **4.2 PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN**

Integradas en la política investigadora del CH

El Servicio participa Participación en el Proyecto “Neumonía Zero”. “Proyecto Bacteriemia Zero” “Proyecto Resistencia Zero” desde Septiembre de 2015.

He aportado al servicio la participación europea en Estudio EUSOS ( Tasa de mortalidad europea en cirugía no cardíaca.) y a nivel nacional mi participación en el Proyecto ÉPICO. A nivel nacional sobre Candidiasis invasiva. De la SOCIEDAD EUROPEA de ANESTESIA, (ESA ) de la cual formo parte y con la que hemos realizado diferentes Estudios multicéntricos. También la SOCIEDAD EUROPEA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y MEDICINA INTENSIVA, de la cual formo parte y con la que hemos realizado diferentes Estudios multicéntricos. Hemos iniciado contacto con el Dr. Daniel Paz, del Complejo Hospitalario Universitario de TOLEDO que dirige la página: Anestesiología en la cual se tratan temas de alto interés para nuestra Especialidad. Hemos comenzado con revisiones bibliográficas en dicha página en los últimos meses.

EL SAR no aparece vinculado a grupos de investigación reconocidos en el Instituto CARLOS III. En red, participando en estudios multicéntricos, el SAR comenzara a vincularse a la línea de investigación de estudio de enfermedades infecciosas, en línea con la estrategia de la (EOXI-PS), de atención a las IRAS.

---

#### **Oportunidades de mejora:**

- Creación del grupo de investigación en enfermedades infecciosas de la (EOXI-PS)PS: constituido por infectología, medicina interna, microbiología. Antes de 24 meses. Resultados: publicación de al menos 3 papers en revista de factor de impacto superior a la media del CH
- PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN, precisamente para aquellas iniciativas, como las que se proponen en este proyecto, puedan ser tenidas en consideración, en especial, cuanto del Nodo de Innovación de la EOXI PS se ha constituido. Antes de 18 meses. Resultados: identificar las vías para la gestión de la innovación, en especial, start ups.
- Favorecer la transparencia en todas las financiaciones externas de investigación. Antes de 36 meses. Resultados: clarificar los conflictos de interés. En todo caso, de acuerdo a las instrucciones corporativas del SERGAS.
- Página web del servicio, con un apartado específico para la relación con la industria y conflicto de intereses. Antes de 24 meses. En todo caso, de acuerdo a las instrucciones corporativas del SERGAS.
- Incrementar la utilización de la fundación Biomédica Galicia sur

#### **4.3 Implicación en la participación intrahospitalaria de los Comités Clínicos, Sesiones Clínicas, etc**

---

En la actualidad participamos en los Comités de Enfermedades Infecciosas, Docencia, Junta Técnico Asistencial. Además, del Núcleo de Seguridad

También participamos en las sesiones clínicas general.

Realizamos dos Sesiones semanales:

- Sesión de Residentes: miércoles 7.45 horas.
- Casos Clínicos. Revisión de Bibliografía. Revisión Temas importantes de la Especialidad.



A partir del próximo curso: 2017-2018 comenzaremos a preparar con los Residentes el Examen para el Diploma Europeo en Anestesia y Cuidados Críticos. EDAIC.

Sesiones Generales del Servicio: viernes 8.15 horas.

Revisión de temas importantes de nuestra Especialidad, tanto de Anestesiología como Reanimación. Los ponentes son médicos del Servicio de Anestesiología y Reanimación, médicos de otras especialidades del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra y médicos de otros centros Hospitalarios.

**Propuestas de mejora:**

- Sesiones refresh por teléfono móvil, para compartir : sesiones informativas en píldoras informativas” .Antes de 24 meses. Resultados: mejorar la valoración de los residentes y estudiantes
- Participación en las iniciativas P2P del SERGAS Antes de 24 meses. Resultados: número de visionados supera la media de los P2P del SERGAS

---

**Curriculum Vitae**

Me presento a esta Jefatura de Sección en mi Hospital: Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, tras casi 20 años de experiencia, primero como Médico Residente y posteriormente

como Médico Adjunto de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Me apasiona mi especialidad en su conjunto.

**Anestesiología** fuente principal de la base de mi especialidad. Fue en el Quirófano donde tomé mi primer contacto con la Especialidad hace veinte años en el **Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid**. Allí realicé cientos de intervenciones quirúrgicas de Cirugía General, Traumatología, Urología, Ginecología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Trasplante Cardíaco, Pulmonar, Hepático, Cardiopulmonar, Renal. Realicé mi rotación de **Anestesia Pediátrica** en los **Hospitales Universitario 12 de Octubre** (área maternoinfantil) y **Hospital del Niño Jesús** durante 5 meses.

Tras ocho años de Adjunto, realicé una estancia de un mes en el **Hospital Universitario La Paz de Madrid**, para ampliar mi formación en **anestesia pediátrica**.

Realice mi rotación en **Anestesia Obstétrica** en el **Hospital Universitario 12 de Octubre**, durante tres meses (área maternoinfantil).

Realicé mi rotación en **Anestesia Locorregional** en el **Hospital Virgen de la Torre de Madrid**. Centro de referencia en Cirugía reconstructiva de miembro superior.

**Reanimación:** Es la continuidad de los cuidados intraoperatorios en el postoperatorio, y es un campo de mi Especialidad en el que adquirí una extensa formación durante mi período de Residencia y posteriormente durante los nueve años en los que desarrollé mi labor como Médico Adjunto del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid. En esta época adquirí conocimientos teóricos y prácticos de Cuidados Críticos, realizando técnicas de Hemodiafiltración, Traqueotomía percutánea, Colocación de Marcapasos temporales, Canalización de múltiples accesos venosos, Monitorización hemodinámica invasiva y no invasiva, profundizando en el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección en el paciente crítico y la Infección relacionada con la Asistencia Sanitaria.

Desde mi llegada hace 6 años, al Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, he realizado más de 700 intervenciones Quirúrgicas, más de 400 guardias de presencia física y he desarrollado mi labor en todos los ámbitos de mi especialidad. He atendido a más de 600 pacientes en la Unidad de Reanimación a lo largo de estos años y he ampliado mi formación en todos los ámbitos de mi Especialidad desde el manejo de la vía aérea realizando un **Curso de Experto Universitario en manejo integral de la vía aérea**, hasta Programas de capacitación y simulación en Seguridad, nuevos fármacos anestésicos, Cursos de Inducción Inhalatoria, Cursos de monitorización del Bloqueo neuromuscular, Cursos de Anestesia Locorregional, Cursos de ventilación mecánica en adultos y pediátrica, Cursos de Actualización en Dolor,

Cursos de Optimización Hemodinámica, Ultrafiltración, Infección,

He coordinado desde hace dos años la **Unidad de Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra**, compatibilizándolo con la asistencia al Quirófano durante todas y cada una de las guardias que he realizado.

He iniciado e implementado **Programas de Control de Infección relacionada con la Asistencia Sanitaria: IRAS**.

Desde el año 1998 he realizado más de 130 Cursos de formación relacionados con mi Especialidad.

He impartido más de 30 Cursos de formación relacionados con mi Especialidad.

He realizado mi Tesis Doctoral en el 2004, en el Departamento de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid.

He realizado un Máster de Experto Universitario en Vía aérea en 2014, siendo ya Adjunto del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Actualmente estoy realizando un Programa de Gestión y Dirección Ejecutiva de Hospitales en la Universidad Oberta de Cataluña UOC

He finalizado el Programa de Especialización en Sistemas Sanitarios. Compra y Provisión en la Universidad Oberta de Cataluña.

Realizo un Programa de Actualización en Anestesiología y Reanimación de la SEDAR: Proanes

Realizo un Curso de Simulación en Anestesiología y Reanimación de la SEDAR. Simmumed

Quiero agradecer a todos y cada uno de mis compañeros y a mi Jefe de Servicio la ayuda que me han tendido durante estos seis años, han sido muchos momentos intensos, pero el balance global es altamente satisfactorio.

Agradezco la intensa formación que he adquirido y que debo revertir a la Comunidad y a los pacientes.

Ellos son mi mejor y mayor estímulo para intentar hacer que este Servicio sea cada día mejor.

Debo contar con un Equipo y así lo haré.

Juntos lo conseguiremos.

Me importan las personas, sin ellas todo esto que hacemos no tendría sentido.

Busco la excelencia, la seguridad, la calidad y los resultados, todo esto sin descuidar el afecto, la humanidad y la cercanía a mis compañeros y a mis pacientes y sus familiares.

Por último decir que he sustituido a mi Jefe de Servicio, en su ausencia, durante los dos últimos años, realizando en ese momento la labor de Coordinación del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Esos períodos han sido: durante el mes de Agosto de 2014, Diciembre y Enero de 2015 (período vacacional de Navidad), Semana Santa 2015, Agosto de 2015, Enero 2016 (período vacacional de Navidad), Semana Santa 2016.

En todos estos períodos he aprendido intensamente la importancia del liderazgo y la dificultad de nuestro trabajo en ocasiones, ha sido altamente gratificante hacerlo. Gracias por esta oportunidad.

**Dolor:** He realizado un Máster universitario de Especialista en el Tratamiento del Dolor en 2010 y 2011.3000 horas. 120 créditos.

Muchas gracias. Ahora les voy a presentar mi Proyecto.

CUADRO DE MANDOS				
		INDICADOR	ESTANDAR	
Higiene de manos		Porcentaje de cumplimiento en los 5 momentos según los criterios de la OMS		
Programa Bacteriemi a Zero		Densidad de Incidencia (DI) de Bacteriemia Primaria y Secundaria (BpyS) asociada a Cateter Venoso Central	Densidad de Incidencia (DI) de Bacteriemia Primaria y Secundaria (BPyS) asociada a Cateter Venoso Central (CVC) $\leq 4\%$ .	N.º de Bacteriemias PyS en pacientes con CVC x 1000 N.º de días de CVC
Neumonía Zero		N.º de Neumonías en pacientes con Ventilación Mecánica x 1000 N.º de días de	Densidad de Incidencia (DI) de Neumonía Asociada a Ventilación	

		<b>Ventilación Mecánica</b>	Mecánica menor o igual a 9 casos por 1000 días de Ventilación Mecánica ( $\leq 9\%$ ).	
		N.º pacientes con una o más BMR adquiridas durante el ingreso en UCI (a partir >48h) x 100 N.º pacientes ingresados	Tasa de pacientes con una o más bacterias multirresistentes adquiridas en la UCI $\leq 4\%$ .	
pacientes con pulsera identificativa		Nº de pacientes con pulsera identificativa /Nº de pacientes presentes en la unidad X 100	99%	
		Porcentaje de prescripciones de CLK en las que la dosis de CLK está expresada en mEq ó mmol y no en ampollas o mililitros. Estándar de cumplimiento: $\geq 98\%$		
		Nº de pacientes con valoración del dolor en la gráfica de constantes x100 Nº de pacientes ingresados	$\geq 80\%$ de los pacientes ingresados	
		N.º de ACRs Finalizados/número notificaciones		
		% SAC 1 y SAC 2 respecto al total		
<b>DOLOR</b>	<i>Efectividad:</i>	porcentaje de pacientes con dolor EN < 3 al Alta,		
<b>SEGURIDAD CLINICA</b>	<i>Eventos adversos potencialmente graves</i>	incidencia de errores de medicación,		



- 1 Manual de Calidad y Gestión Ambiental. Estructura Organizativa de Xestion Integrada.2015
- 2 Groene O, Kringos D. Suñol R. Duque Project. Seven ways to improve quality and safety in hospitals. An evidence-based guide. DUQuE Collaboration, 2014. [www.duque.eu](http://www.duque.eu)
- 3 Echenique Elizondo, Miguel Organización y gestión hospitalaria hoy: Servicio de cirugía Osasunaz. 5, 2003, 191-236 <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05191236.pdf>
- 4 OMS. 10 datos sobre seguridad del paciente.Ed. OMS. 2010. (acceso 02 julio 2016) (accesible en [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/))
- 5 Marchildon, G. Implementing Lean Health Reforms in Saskatchewan. Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé. 2013 [acceso: 2 julio 2016].
- 6 JOAQUIN GONZALEZ REVALDERIA; FERNANDEZ LOBATO ROSA; FREIRE MAGARIÑOS MANUEL; M. ISABEL CARRIÓN BOLAÑOS. AUMENTO DE LA SEGURIDAD EN QUIRÓFANO RELACIONADA CON FÁRMACOS.En: X Jornadas de Evaluación de Gasto Sanitario. Palma de Mallorca. Ed. Fundación Signo. 2010.p.358
- 7 Bellido Estévez, P Carralero, E Blanco, I Medina1, M López, A Deblas, N N. Vega, A Gómez-Luque. Insuficiente control de la calidad de sueño en pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos. En: XI Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Sevilla. Ed. SECP.2016. p.172
- 8 Fields, R. 5 Ways Hospitals Will Change Over the Next 10 Years. *Becker's Hospital Review*[revista en internet]. 2010  
<http://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/5-ways-hospitals-will-change-over-the-next-10-years.html>
- 9 Wullink G, Houdenhoven M, Hans EW, Oostrum JM, Lans M, Kazemier G. Closing emergency rooms improves efficiency. *J Med Syst.* 2007;31(6):543–546
- 10 Gerchak Y, Gupta D, Henig M. Reservation planning for elective surgery under uncertain demand for emergency surgery. *Manag Sci.* 1996;42(3):321–334
- 11 Zonderland ME, Boucherie RJ, Litvak N, Vleggeert-Lankamp CLAM. Planning and scheduling of semi-urgent surgeries. *Health Care Management Science.* 2010;13(3):256-267. doi:10.1007/s10729-010-9127-6.
- 12 Albarracin A, et al Libro blanco de la actividad y gestión del Bloque Quirúrgico en España.Ed Antares Consulting. 2015
- 13 BERTA ORTIGA FONTGIVELL, ALBERT SALAZAR SOLER, CARLOS BARTOLOME SARVISE, MARI FE VISO CANO, GUILLEM MARCA FRANCES, et al HOSPITAL EFICIENTE: PLANIFICACIÓN DE LA DEMANDA MEDIANTE LA GESTIÓN CENTRALIZADA DE LA LISTA DE ESPERA Y DEL BLOQUE QUIRÚRGICO: X Jornadas de Evaluación de Gasto Sanitario. Palma de Mallorca. Ed. Fundación Signo. 2010.p.49
- 14 Edmundo Briseño, C. et all. Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. *Rev. Electrónica de Medicina Intensiva* 2005. 5(34):56-61.
- 15 El Hospital de Fuenlabrada recibe el premio de buenas prácticas en seguridad de pacientes. Fuenlabra Noticias. 23 octubre 2015 p.168

<http://fuenlabradanoticias.com/el-hospital-de-fuenlabrada-recibe-el-premio-de-buenas-practicas-en-seguridad-de-pacientes/>

16 M. Zaballos a, , S. López-Álvarez b, P. Argente c, A. López. Recomendaciones de pruebas preoperatorias en el paciente adulto para procedimientos en régimen de cirugía ambulatoria. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2015;62(1):29

17 D. Blanco Vargas, A. Faura Messa\*, E. Izquierdo Tugas, M. Santa-Olalla Bergua, M.M. Noguera Sopena y M. Manoso Noriego. Evaluación preoperatoria «on line» frente a evaluación presencial: optimización de recursos *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2012;59(7):350---356

18J. Benatar-Haserfatya, J. Tercero. El cuidado anestésico en Oftalmología. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2012;59(8):407---409

19M.J. Colomina M. Basora Macayab, E. Bisbe Vives. Implementación de los programas de ahorro de sangre en España: resultados de la encuesta a los servicios de anestesiología y reanimación 2015. 62, Supplement 1: 3–18 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935615300025>)

20 Gombotz H, Rehak PH, Shander A, Hofmann A. Blood use in elective surgery: the Austrian benchmark study. *Transfusion.* 2007;47:1468---80.

21 Leal-Noval SR, et al. 2013. Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2012.12.003>

22 Government of Western Australia. Department of Health [consultado 03.jul2016]. Disponible en: <http://www.health.wa.gov.au/bloodmanagement/home/>

23 McGrath, KM, Bennett, DM, Ben-Tovim, DI, Boyages, SC. Implementing and sustaining transformational change in health care: lessons learnt about clinical process redesign. *The Medical Journal of Australia.* 2008 [acceso 6 de julio de 2016]; 188 (6 Suppl): S32-S35. Disponible en: [www.mja.com.au/public/issues/188\\_06\\_170308/mcg11043\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/188_06_170308/mcg11043_fm.html)

24David I Ben-Tovim, Melissa L Dougherty, Tony J O'Connell and Katherine M McGrath. *MJA*,2008.188 (17).152-169

25 Grupo de Expertos. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS Ed.MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.2014

26 Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low costmodel. *Pain* 1994;57(1):117-123.

27 P. Rubio Pascual, J. de la Cruz Bertolo. Unidad para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio pediátrico:una experiencia de seis años. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2006; 53: 346-353

28 Calvo Vecino, JM et al. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA).

Edición Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2015

29 Insuficiencia cardíaca: fisiopatología y consecuencias sobre el manejo anestésico

30 E. Bisbe Vivesa,\* y M. Basora Macayab ,Algoritmo para el tratamiento de la anemia preoperatoria Rev Esp Anestesiología Reanim. 2015;62(Supl 1):27-34

31 Víctor Soria Aledo, Rodríguez Cuellar E, Cabeza R. Indicadores de calidad y eficiencia en Rehabilitación Multimodal . En: Rehabilitación Multimodal. Monografías de la Asociación Española de Cirujanos. Aran Editores. Madrid 2015

32 Ferrer Arnedo, C y grupo marco. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS Plan de Implementación. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD 2014 [acceso 27 junio 2016] (accesible en [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS\\_DocumentoMarcoDolor.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_DocumentoMarcoDolor.pdf))

33 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24.

34 Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

35 World Health Organization. Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action. [Internet] World Health Organization . Geneve; 2006 [acceso 20 junio 2016] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf?ua=1)

36 European Commission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009 (2009/C 151/01). [Internet]. Brussels: European Commission; 2011. [acceso 21 de junio 2016] Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf)

37 [http://www.comparteinnovacion.philips.es/entornos-saludables/articulos/la-seguridad-del-paciente-una-prioridad-tecnologica%20/?origin=13\\_es\\_es\\_brand\\_linkedin\\_\\_\\_seguridad\\_pacientes](http://www.comparteinnovacion.philips.es/entornos-saludables/articulos/la-seguridad-del-paciente-una-prioridad-tecnologica%20/?origin=13_es_es_brand_linkedin___seguridad_pacientes)

38 [http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/03\\_CODIGO\\_SEPSIS.pdf](http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/03_CODIGO_SEPSIS.pdf)

39 Gandía Martínez F, Andaluz Ojeda D y Grupo de Trabajo Multidisciplinar en Código Sepsis Hospital Clínico Universitario. Valladolid. Proyecto hospitalario para un proceso asistencial integrado y multidisciplinar en la sepsis grave y shock séptico: Código Sepsis fgandia@saludcastillayleon.es

40 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ed Ministerio de Sanidad. 2015

41 Cisneros JM, Neth O, Gil-Navarro MV, Lepe JA, Jiménez-Perrilla F, et al. Global impact of an educational antimicrobial stewardship programme on prescribing practice in a tertiary hospital centre. Clin Microbiol Infect. 2014 Jan;20(1):82-8.

42

Fields, R. 5 Ways Hospitals Will Change Over the Next 10 Years. *Becker's Hospital Review* [revista en internet]. 2010



<http://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/5-ways-hospitals-will-change-over-the-next-10-years.html>