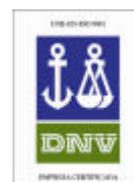


Título de Proyecto: LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO UNA NUEVA ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL

Autores:

- ? Dr. Jesús Castiella Herrero, Doctor en Medicina y Especialista en Medicina Interna, Supervisor de Procesos
- ? Dr. Luís Sánchez Muñoz. Especialista en Medicina Interna, Gestor del Proceso
- ? Sra. Victoria Musitu, Diplomada Universitaria de Enfermería, Coordinadora DUE de Hospitalización, Equipo del Proceso
- ? Dr. Francisco Sanjuán Portugal, Especialista en Medicina Interna
- ? Sra. Belén Arancón, Diplomada Universitaria de Enfermería, Unidad de Medicina, Proceso de Hospitalización, Equipo del Proceso
- ? Dr. Miguel Ángel Torralba Cabeza, Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Interna
- ? Dr. Jorge Naya Manchado, Especialista en Medicina Interna

Unidad de Gestión Clínica de Medicina. Especialidad Medicina Interna
Fundación Hospital Calahorra
Carretera de Logroño s/n, 26500- Calahorra, La Rioja
Teléfono 941 15 10 00-01; 687 73 27 55
Fax 941 15 11 03
e-mail: jcastiella@fhcalahorra.com



INDICE		Página
Resumen	3	
Introducción	4	
Descripción de la Unidad de Gestión Clínica	5	
Metodología en el desarrollo del Proceso de Hospitalización	6	
Definición Funcional del Proceso	8	
Misión del proceso	8	
Alcance del proceso	8	
Clientes	9	
Entradas y Salidas	10	
Características de calidad	12	
Matriz DAFO del proceso	22	
Indicadores de proceso	22	
Conclusiones	27	
Tablas	29	
Mapa del proceso	34	
Diagrama de Flujos del Proceso	35	
Figuras	36	
Currículum del primer autor	38	

RESUMEN

El **Objetivo principal** del proyecto es implantar la Gestión por Procesos como alternativa a la hospitalización tradicional en la Unidad de Hospitalización Médica, dependiente de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina de la Fundación Hospital Calahorra (La Rioja)

En el año 2001, el equipo directivo del hospital seleccionó el Proceso de Hospitalización Médica como un proceso clave de la organización y nombró un equipo de proceso, con un gestor al frente del mismo. Tras un periodo de formación en modelos de calidad (EFQM) y gestión por procesos, el equipo diseñó y redactó el proceso en toda su amplitud (definir la misión, estructurar entradas y salidas, identificar clientes y proveedores, elaborar el mapa y el diagrama de flujos, definir actividades, marcar indicadores y objetivos) y realizó las correspondientes auditorías de estabilización e implantación. Posteriormente, se identificaron oportunidades de mejora que fueron implantadas en el 2003. En el año 2004, el proceso y sus indicadores fueron revisados y mejorados en su conjunto, para ser sometido a una auditoría por parte de la empresa Det NorsKe Veritas y obtener el certificado de calidad según la Norma ISO 9001:2000. Esta **metodología** de trabajo fue seguida en paralelo con otros procesos claves, estratégicos y de soporte del hospital.

Durante los 4 años de desarrollo e implantación del PHM (2001-2004) hemos atendido a 4.952 pacientes (41,6% mujeres), con una edad media de 69,8 años y una estancia media de 6,4 días. El peso medio acumulado en estos 4 años ha sido de 1,80, la mortalidad del 7%, los reingresos no programados antes de 30 días del 6,9% y la satisfacción del paciente ha obtenido una puntuación media de 8,75 sobre 10. Además, se han implantado y evaluado dos vías clínicas y se han propuesto 6 líneas de mejora (reingresos de GRD 541, codificación y elaboración de informes de alta, indicador de medición de errores en la administración de medicamentos, medición del tiempo de respuestas de estudios complementarios, mejora de ordenes médicas en tratamientos y conformidad de ingreso por parte de médico especialista)

Como principal **conclusión**, aplicar la gestión por procesos a la hospitalización médica es una alternativa a la hospitalización tradicional necesaria e imprescindible para poder implantar otros procesos asistenciales más “cercanos” a la patología del paciente. En nuestro caso, nos ha permitido localizar, definir, implantar y mejorar los flujos de trabajo, orientándolos hacia el paciente, para conseguir unos objetivos de elevada calidad, sistematizar todas las actividades propias de la hospitalización, adecuarlas a las necesidades de nuestros clientes, reducir bolsas de ineficiencia y mejorar la interrelación entre personas y otros procesos de la organización, y su implicación con la Unidad.

Conseguir el certificado de calidad según la Norma ISO 9001:2000 demuestra que existe una correlación directa entre la efectiva implantación de este sistema de gestión y la satisfacción de los clientes, especialmente de los pacientes, si bien consideramos que no debe ser el objetivo prioritario ni final, especialmente en un proceso clave y asistencial tan complejo como es la hospitalización médica

INTRODUCCIÓN

La **Fundación Hospital Calahorra** (en adelante FHC) es un hospital público, competencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja, sin ánimo de lucro y creado al amparo del Real Decreto 29/2000 de 14 de enero sobre nuevas formas de gestión en el ámbito sanitario. Situado en la comarca de La Rioja Baja, presta una cobertura asistencial desde el mes de diciembre del año 2000 a 69.568 habitantes (población TIS 2004).

La FHC presenta un organigrama matricial centrado en los procesos y en las Unidades de Gestión Clínica. En ella se realizan actividades de asistencia especializada, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación para los habitantes de su competencia y cualquier otro usuario que lo solicite. Desarrolla sus actividades utilizando herramientas de gestión global de la organización y de gestión clínica, cuidando especialmente la flexibilidad a la hora de adoptar medidas de alto impacto, la capacitación y desarrollo profesional de las personas, la docencia e investigación y el uso de tecnologías innovadoras

El modelo de gestión se fundamenta en principios que priman la orientación al usuario en general y al paciente en particular, la mejora continua de los procesos a partir de datos y evidencias, y la participación e integración de todo el personal en la consecución de objetivos comunes.

Desde su inicio, la FHC adoptó el modelo de excelencia EFQM y la gestión por procesos como sistema organizativo que nos proporcionaba las herramientas y los conocimientos imprescindibles para alcanzar los objetivos, siendo la primera organización sanitaria de La Rioja en adoptar el modelo. En el año 2001 elaboró su mapa de procesos que fue revisado en el 2004.

Dentro de la FHC, la **Unidad de Gestión Clínica de Medicina** (en adelante UGCM) es una unidad multidisciplinar que engloba a todas las especialidades médicas y se organiza en torno a dos grandes procesos o macroprocesos: Consulta Médica y Hospitalización, elegidos como **procesos clave** en el mapa de la organización.

Los hospitales con sistema de organización “clásicos” en torno a departamentos, jefaturas, especialidades e incluso a la “cama hospitalaria”, presentan una gran rigidez en su estructura (casi siempre piramidal o vertical), lo que les otorga una escasa capacidad de adaptación al cambio, suelen ser impermeables en los flujos de trabajo y se orientan hacia beneficios o incluso hacia los profesionales sanitarios.

La Gestión por Procesos, es un sistema de organización empresarial diferente, basado en principios de calidad total, orientado hacia la satisfacción de sus clientes/usuarios o pacientes, y flexible en la adopción de medidas, que permite localizar, definir, implantar, evaluar y mejorar los flujos de trabajo entre departamentos, especialidades o entre profesionales de diferentes grupos o niveles asistenciales (continuidad asistencial), asegura una mayor implicación de los profesionales en la gestión clínica y permite aplicar la mejor práctica posible, basada en la mejor evidencia disponible.

La mayoría de las empresas u organizaciones que han adoptado este modelo han conseguido ser más eficaces y eficientes, y han conseguido mayores cotas de satisfacción.

En los últimos años (décadas) estamos asistiendo a un mayor compromiso de los responsables del Sistema Nacional de Salud, de los gestores sanitarios y de los propios profesionales de la Medicina a la hora de implantar este modelo en sus organizaciones sanitarias. Esto, junto con otras variables como son la creciente complejidad técnica de la medicina, el envejecimiento de la población, el creciente gasto y consumo de recursos y el papel que los pacientes reclaman, nos ha llevado a la aparición de múltiples procesos asistenciales, centrados en su mayoría en patologías prevalentes, y de alternativas a la hospitalización tradicional, como son la Cirugía Mayor Ambulatoria, las Unidades de Hospitalización a Domicilio, las Unidades de Diagnóstico rápido, los Hospitales de Día, las Unidades de Corta Estancia o las Unidades de Atención por Procesos Asistenciales. Cada modelo es adoptado por cada organización en función de sus necesidades, las de sus pacientes y de sus recursos.

En la UGCM, aprovechando su autonomía de gestión y enmarcados en la gestión por procesos de la FHC, hemos optado por aplicar este modelo a toda la Hospitalización Médica, elaborando e implantando el denominado **Proceso de Hospitalización Médica** (en adelante PHM). En este sentido, no tenemos conocimiento de ninguna otra Unidad de Hospitalización Médica en el territorio Nacional que haya llevado a la práctica este modelo de organización, aplicándolo como una nueva alternativa a la hospitalización tradicional. Desde nuestro punto de vista, cambiar y flexibilizar la hospitalización médica es la mejor alternativa posible a la misma, además de ser el marco necesario e imprescindible para poder aplicar este modelo al resto de los procesos asistenciales, más operativos y centrados en torno a patologías. Finalizada su aplicación y mejora, el proceso fue evaluado y auditado por Det Norske Veritas (DNV) obteniendo el certificado UNE ISO 9001:2000 (certificado nº 2394-2005-AQ-BAR-ENAC) por Asistencia Médica Especializada según cartera de servicios.

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

La Hospitalización Médica de la UGCM inició su actividad asistencial el 18 de diciembre del 2000. En su cartera de servicios están excluidos los pacientes con patología psiquiátrica aguda, cuidados paliativos, ingreso de orden social, de media-larga estancia, ingresos no adecuados a protocolo (*Appropriateness Evaluation Protocol*) y pacientes subsidiarios de cuidados intensivos. Consta de 38 camas con un equipamiento y nivel de cuidados estándar, y otras 4 camas monitorizadas para pacientes con mayor complejidad y nivel de cuidados. Cada paciente, con independencia de su origen o patología, tiene asignado un facultativo especialista en Medicina Interna y un Diplomado Universitario en Enfermería. Ambos actúan como referentes para el paciente durante todo el proceso. El resto de especialidades médicas tienen un papel de consultor y técnico especializado en pruebas complementarias complejas. Cada especialidad tiene descritas sus competencias y campos de actuación desde el año 2003.

La Historia Clínica está informatizada en su conjunto (HP-Doctor[®]), al igual que las peticiones de exploraciones complementarias (Gestor de Peticiones Clínicas[®], Patwin[®]), los planes de cuidados de enfermería (GACELA[®]), todo lo relacionado con las consultas externa y la cita (HP-Hiss[®]) o la prescripción farmacoterapéutica (ATHOS[®] de APD), y todo ello de forma integrada.

DISEÑO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

La metodología para diseñar e implantar el PHM ha seguido un procedimiento basado en la formación y en la mejora continua, que se inició en el primer semestre del año 2001, y todavía hoy continúa. Para entenderlo, es necesario recordar que la FHC es un hospital de nueva creación, integrado por personas que en su comienzo no tenían formación en modelos de calidad ni en gestión por procesos. En nuestro hospital hemos tenido un punto fuerte para implantar este sistema de gestión: poder disponer de un sistema retributivo variable ligado a la consecución de objetivos, en un modelo de dirección participativa y en un organigrama matricial en sus inicios.

En la siguiente tabla se hace un recorrido esquemático sobre el desarrollo, implantación, evaluación y mejora (PDCA) del PHM, que ha corrido paralelo al resto de procesos seleccionados del Mapa de la FHC

Primer semestre del 2001	
EQUIPO DIRECTIVO:	? Formación en modelos de calidad y gestión de la calidad total
? Director Gerente	? Formación en modelo de excelencia E.F.Q.M.
? Directores de Áreas Clínicas	? Formación en Gestión por Procesos
? Directora de Organización y Cuidados	? Desarrollo de Mapa de Procesos de la FHC
? Director de Recursos Humanos	? Selección de Procesos clave, soporte y estratégicos a desarrollar
? Director Económico-Financiero	? Selección de los Equipos de Procesos
	? Selección de los Gestores de Procesos
	? Incentivos ligados a consecución de Objetivos
Segundo semestre del 2001	
EQUIPO DE PROCESO:	? Formación en modelo de excelencia E.F.Q.M.
? Un Especialista en Medicina Interna: Gestor del Proceso	? Formación en Gestión por Procesos
? Dos Diplomadas Universitarias de Enfermería	? Desarrollo del PHM: definición, límites, entradas y salidas, clientes, Mapa del Proceso, Diagrama de flujos, características de calidad
? El Coordinador de la Unidad como Supervisor del proceso	? Formación en Implantación e Indicadores de proceso
	? Fijar y seleccionar indicadores del PHM
Primer semestre del 2002	

EQUIPO DE PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> ? Metodología de Implantación del PHM ? Sesión Clínica con integrantes de la Unidad ? Recogida y puesta en común de mejoras ? Escribir y difundir el proceso finalizado ? Auditorias de implantación positivas ? Auditorias de estabilización positivas: febrero, marzo, abril y mayo ? Inicio de recogida de indicadores ? Reuniones periódicas con Equipo Directivo: Comisión de Dirección
Primer semestre del 2003	
COORDINADOR DE UNIDAD EQUIPO DE PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> ? Formación en mejora estructural de procesos y mejora continua de la calidad ? Formación en Vías Clínicas ? Identificación de oportunidades de mejora y creación de equipos de mejora: <ul style="list-style-type: none"> - Análisis y propuestas de mejora para reducir los reingresos de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica - Selección de Vías Clínicas: Neumonía Adquirida en la Comunidad ? Presentación de Memoria 2002 de la Unidad y del Proceso (Sesión Clínica, Comisiones) ? Recogida de indicadores referidos a primer semestre: Propuesta de mejora en función de indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Mejora de codificación: aumento del nº de diagnósticos al alta, diagnostico principal y secundarios, Procedimientos
Segundo semestre del 2003	
COORDINADOR DE UNIDAD EQUIPO DE PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> ? Implantar y evaluar las acciones de mejora (reingresos en EPOC) y la vía clínica (Neumonía), Codificación (CIE-9-MC) del informe de alta, nº de diagnósticos, diagnóstico principal/secundarios ? Presencia del equipo en reuniones científicas y congresos ? Recogida de indicadores referidos a segundo semestre y acumulados año 2003. Comparación
Año 2004	
COORDINADOR DE UNIDAD EQUIPO DE PROCESO Segundo semestre del 2003	<ul style="list-style-type: none"> ? Presentación de Memoria 2003 de la Unidad y del Proceso (Sesión Clínica, Comisiones) ? Análisis y mejora estructural de todo el proceso ? Selección de una Vía Clínica: Hemorragia Digestiva Alta no causada por varices esofágicas ? Adaptación del proceso a cambios hospitalarios y a norma ISO ? Revisión y actualización de indicadores ? Recogida de indicadores referidos a segundo semestre y acumulados año 2004. Comparación ? Reuniones periódicas con Equipo Directivo: Comisiones ? Análisis de eficiencia: Costes del proceso, GRD (Año 2004) ? Presencia del equipo en reuniones y congresos Nacionales e Internacionales (Congreso Internacional de MIN) ? Auditoria externa por Det Norske Veritas España: diciembre ? Consecución de certificado de calidad según NORMA ISO 9001:2000
Año 2005	

<p>EQUIPO DIRECTIVO COORDINADOR DE UNIDAD EQUIPO DE PROCESO</p>	<p>? Presentación de Memoria 2004 de la Unidad y del Proceso (Sesión Clínica, Comisiones)</p> <p>? Análisis de No conformidades de Auditoria e implementación de mejoras propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Introducir un indicador de medición de errores en la administración de medicamentos</i> - <i>Medición del tiempo de respuestas de estudios complementarios (Laboratorio y Radiología)</i> - <i>Mejora de ordenes médicas en tratamientos</i> - <i>Conformidad de Ingreso en la Unidad por parte de médico especialista</i> <p>? Análisis de satisfacción de clientes externos: facultativos de Atención primaria (encuestas)</p>
--	--

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO: Es un proceso que permite la atención sanitaria de un paciente ingresado en una cama de la unidad médica de hospitalización y que tiene como objetivo realizar un diagnóstico correcto y proporcionar el tratamiento y cuidados adecuados a su situación clínica mediante un trabajo en equipo, empleando para ello los medios diagnósticos y terapéuticos oportunos según la evidencia científica disponible, adecuando la estancia y nivel de cuidados, adoptando las medidas necesarias para minimizar el riesgo de iatrogenia, garantizando la intimidad y confort del paciente, fomentando el autocuidado y aportando la información adecuada a pacientes, familiares y/u otros profesionales sanitarios durante su estancia

MISIÓN DEL PROCESO: Realizar un diagnóstico correcto y proporcionar el tratamiento y los cuidados adecuados a la situación del paciente ingresado en hospitalización hasta el momento del alta, buscando satisfacer tanto sus expectativas como las de sus familiares, utilizando la mejor evidencia científica disponible

ALCANCE DEL PROCESO:

- **INICIO:** Llegada (INGRESO) del paciente a la Unidad de Hospitalización Médica
- **FIN:** Salida (ALTA) del paciente de la Unidad de Hospitalización Médica, con informe de alta

MAPA DEL PROCESO (Figura 1)

DIAGRAMA DE FLUJOS DEL PROCESO (Figura 2). Es la representación gráfica de todas las actividades y funciones incluidas en la definición del proceso, y cómo se relacionan entre ellas

CLIENTES DEL PROCESO:

CLIENTES		EXPECTATIVAS A CONSIDERAR
PACIENTES	Información	Derechos y deberes del paciente Hoja de Información de Hospitalización y acogida al ingreso Información médica continuada diaria. Horario y local Técnicas especiales Consentimiento informado específico Autocuidados Informe de alta
	Asistencia sanitaria	Diagnóstico Tratamiento Cuidados de enfermería
	Trato	Ser tratado con amabilidad, cortesía y respeto a la intimidad por parte de todos los profesionales que intervienen. Identificación del médico y enfermera responsable
	Apoyo social	Informe asistencia social Solicitud ayudas (prótesis, etc.)
	Educación sanitaria	Promoción Prevención Normas a seguir en el domicilio
FAMILIARES	Información	Información médica continuada diaria en el lugar y hora definidos según tríptico de acogida Técnicas especiales Consentimiento informado Funcionamiento de la planta (tríptico acogida) Derechos y deberes del paciente
	Educación sanitaria	Normas de cuidado al paciente
Especialistas de FHC	Información	Informe de interconsulta Informe de alta Trato
Especialistas de otro Centro y de Atención Primaria	Información	Informe de interconsulta Informe de alta Trato personalizado Docencia Procesos asistenciales comunes

ENTRADAS DEL PROCESO:

ENTRADAS	PROVEEDORES	CARACTERÍSTICAS MÁS RELEVANTES
PACIENTE Y FAMILIARES	DESDE CONSULTAS EXTERNAS	Orden de Ingreso Nota clínica de asistencia (Historia Clínica) Tratamiento (APD)
	INGRESO PROGRAMADO	Orden de Ingreso Nota clínica de asistencia (Historia Clínica)
	DESDE URGENCIAS	Informe clínico de Urgencias Exploraciones complementarias Hoja de constantes de enfermería Hoja de Tratamientos Informes de 061 Informe de Atención Primaria
	TRASLADO DESDE OTRA UNIDAD	Informe clínico Visto Bueno en Estación Médica de Trabajo Exploraciones complementarias Ordenes de Tratamiento GACELA al día
	TRASLADO DESDE OTRO CENTRO	Informe Solicitud de Traslado Visto Bueno de Responsable Exploraciones complementarias
Informes Médicos de Otros Centros	OTROS CENTROS	Informe Solicitud de Traslado Visto Bueno de Responsable Exploraciones complementarias
Protocolos de cuidados, Guías de Práctica Clínica, Vías Clínicas	SOCIEDADES CIENTIFICAS ELABORACIÓN PROPIA	Basadas en evidencias científicas Evaluables

ENTRADAS-INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS		
PROCESOS	NECESIDADES	CARACTERÍSTICAS
ADMISION ARCHIVO	Asignación de camas Registro del paciente en HP-Hiss	Ficha clínica, datos administrativos de CMBD. Carpeta de Historia Clínica en < 24 hs
INFORMÁTICA	Hª Clínica INFORMATIZADA (HP-Doctor) Gestor de peticiones clínicas (GPC) Patwin (Anatomía patológica) ATHOS (Prescripción de Farmacia) GACELA HP-Hiss Hardware: PCs, tablet, Impresoras Acceso a Internet y Correo electrónico	PROGRAMAS INFORMATICOS operativos Claves Informáticas Claves de acceso de Windows y correo
MÉDICOS ESPECIALISTAS	Interconsultas	Formato de Interconsulta, según programa Gestor de Peticiones clínicas (GPC)
SERVICIOS CENTRALES	Pruebas Complementarias (Laboratorio, Radiología, Anatomía Patológica)	
FARMACIA	Productos de Farmacia	Proceso de Unidosis (Farmacia)
BIBLIOTECA	Accesos a Biblioteca On line Accesos a bases de datos médicas	Acceso Libre, a cualquier hora, y desde el domicilio
ALMACÉN	Material fungible de almacén Material de Imprenta	Proceso de Gestión de Almacén
LENCERIA	Ropa para pacientes Uniformes personal	Según contrato
LIMPIEZA	Limpieza instalaciones	Según contrato
HOSTELERIA	Alimentación y dietas	Según contrato

MEDICINA PREVENTIVA	Informes de M. Preventiva Interconsultas de prevención y control de la infección nosocomial (aislamientos).	
Secretaría de Dirección	Talonarios de recetas del Servicio Riojano de Salud.	
ESTERILIZACION	Material esterilizado Copia de la Hoja de registro	Material adecuadamente esterilizado y a tiempo
MANTENIMIENTO	Mantenimiento instalaciones y equipos	Según contrato

SALIDAS DEL PROCESO

SALIDAS		Características
PACIENTE	Domicilio	Informe médico de alta al paciente o familiares Informe de alta al médico de cabecera Recetas Citas para Consultas Solicitud de oxigenoterapia en domicilio Solicitud de Material Ortoprotésico Solicitud de ayuda e información social Solicitud de Ambulancia para traslado Informe de alta de enfermería
	Alta Voluntaria	Informe de alta Formulario de Alta Voluntaria firmado por paciente y médico.
	Otro Centro	Informe de alta médico y de enfermería para el Centro destino Exploraciones complementarias (RX, ECG). Solicitud de Propuesta de Canalización del paciente a otros Centros Sanitarios
	Centro Sociosanitario	Informe de alta médico y de enfermería Recetas Solicitud de ambulancia Solicitud de pruebas complementarias Citas para consultas Solicitud de oxigenoterapia en domicilio Solicitud de Material Ortoprotésico Informe de alta para la trabajadora social Formulario de evaluación para ingreso en Centro Socio-sanitario
	Exitus	Informe de Alta Certificado de defunción
	Traslados en ambulancia	Petición de ambulancia Solicitud de Enfermera Solicitud de UVI-móvil Prescripción médica de ambulancia (Encargado de la Ambulancia) Orden de desplazamiento (Enfermero/a acompañante al niño)
Hª Cª actualizada		Informe médico de alta cerrado con firma electrónica
Información de la actividad	Informe Médico de Alta	Informe médico de alta con diagnóstico al alta (principal y secundarios), según CIE9-MC y procedimientos para Admisión Codificación de diagnósticos y procedimientos HP-HIS cerrado y cumplimentado (enfermería) al alta CMBD
Seguimiento del Proceso		Solicitud de pruebas complementarias Solicitud de cita para consultas externas Solicitud de Interconsulta. Indicadores de proceso No conformidades Acciones correctivas y preventivas Actas Comité de Calidad

DESGLOSE DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Responsable	1. ASIGNACIÓN DE CAMA Y LLEGADA DEL PACIENTE A LA UNIDAD	Impresos y/o registros
MÉDICO	<p>Un médico especialista indica el ingreso de un paciente en la Unidad de Hospitalización Médica (UHM) tras informar al paciente y familiares y obtener su consentimiento oral, procederá a:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Desde CCEE o ingreso programado: <ul style="list-style-type: none"> ? Formulario de solicitud de ingreso (HP-DOCTOR) ? Paciente o familiares tramitan el ingreso en Admisión * Desde Urgencias: se indicará la aceptación del ingreso verbalmente al facultativo de Urgencias, siendo registrado en el informe de Urgencias * Traslado desde otro Centro: Solicitud de traslado e Informe Médico, el responsable de la UHM ó el médico de guardia revisan el informe y aceptan o no el traslado * Traslado Interno: Previa Interconsulta con un facultativo de la UHM, quien deja constancia en HP-Doctor del mismo <p>El médico responsable del ingreso realiza la historia clínica del paciente (E.M.T de HP-Doctor), solicitado las exploraciones complementarias (GPC), indicado las órdenes de tratamiento y cuidados de Enfermería (Programa ATHOS) y registrando el ingreso en el "Parte de Incidencias e Ingresos en el Área Médica".</p> <p>Decide si el paciente debe ser incluido en Vía Clínica</p>	<p>Formulario Orden de ingreso Nota de asistencia ó Informe Clínico de Seguimiento Órdenes Médicas Informe de Urgencias Informe del Centro de Procedencia Informe del Sº solicitante del traslado. Aceptación</p> <p>Estación Médica de Trabajo (EMT) Gestor de Peticiones Clínicas (GPC) ATHOS Parte de Incidencias Vía Clínica</p>
ADMISIÓN-ENFERMERÍA DE MINH	<p>Admisión (central/urgencias) avisa telefónicamente al personal de enfermería de la planta, quien asigna una cama de hospitalización según el protocolo de asignación de camas. Admisión registra la asignación de cama en la aplicación HP-HISS o la reserva si aún está ocupada.</p>	<p>Registro de cama en Hp-Hiss Comprobación de datos de paciente y médico asignado en Hp-Hiss</p>
PERSONAL DE APOYO	<p>El personal de apoyo traslada al paciente y la documentación clínica</p>	
PERSONAL ENFERMERÍA	<p>Cuando se vaya a realizar más de un ingreso consecutivo, antes de cada traslado, la enfermera de Hospitalización valora el momento más idóneo.</p>	<p>Registro de cama en Hp-Hiss Comprobación de datos de paciente y médico asignado en Hp-Hiss</p>
PERSONAL AUXILIAR	<p>Antes de recibir al paciente, el personal Auxiliar se asegurará de que la habitación, la cama asignada, las instalaciones y utensilios estén en perfectas condiciones.</p>	<p>Registro de cama en Hp-Hiss Comprobación de datos de paciente y médico asignado en Hp-Hiss</p>
PERSONAL ENFERMERÍA	<p>Personal de enfermería recibe al paciente en planta, comprobando los datos del paciente, identificación y documentación clínica pertinente. Si el paciente llega con algún tipo de tratamiento en curso, se mantendrán hasta que el médico que ha ordenado el ingreso del paciente o en su defecto el Médico de Guardia especifiquen en las órdenes médicas el tratamiento a seguir</p> <p>La enfermera o el auxiliar deben comprobar que los familiares del paciente han sido informados del ingreso y del nº de cama.</p>	<p>Registro de cama en Hp-Hiss Comprobación de datos de paciente y médico asignado en Hp-Hiss</p>

Responsable	2. VALORACIÓN DE NECESIDAD DE AISLAMIENTO APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE AISLAMIENTO	Impresos y/o registros
MÉDICO QUE REALIZA EL INGRESO MÉDICO RESPONSABLE	<p>Si el paciente precisa aislamiento, el médico que ordena el ingreso debe especificarlo por escrito en HP-Doctor, indicar el tipo de aislamiento e informar a paciente y familiares</p> <p>El médico responsable avisará mediante interconsulta o correo electrónico al Sº Medicina Preventiva en las situaciones definidas en el protocolo de aislamiento</p>	<p>Órdenes médicas Protocolos de aislamiento Cartel de aislamiento</p> <p>Medicina Preventiva: Formulario de interconsulta</p>
PERSONAL ENFERMERÍA	<p>El personal DUE aplicará los protocolos de aislamiento oportunos</p>	<p>Medicina Preventiva: Formulario de interconsulta</p>

MEDICINA PREVENTIVA	El Sº Medicina Preventiva indicará oralmente y por escrito (E.M.T. de HP-Doctor) a enfermería y médico responsable las medidas adicionales a tomar y su duración	Contestación
----------------------------	---	---------------------

Responsable	3. REALIZACIÓN DE ACOGIDA	Impresos y/o registros
PERSONAL ENFERMERÍA Y AUXILIAR	El equipo asistencial sigue el Protocolo de Acogida del Paciente en la Unidad de Hospitalización, vigente en el Hospital Entrega al paciente el documento de información sobre el PHM y se asegura de su comprensión La relación del personal sanitario con el paciente y familiares seguirá las indicaciones especificadas en el protocolo correspondiente	Protocolo de acogida Documento de información sobre PHM

Responsable	4. REALIZACIÓN / ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	Impresos y/o registros
ENFERMERÍA	La enfermera realizará la valoración del paciente siguiendo el modelo de Virginia Henderson, consignándolas en GACELA. Se elabora un plan de cuidados individualizado en GACELA. Este plan será reevaluado y actualizado diariamente, y siempre que la evolución del paciente lo requiera. Registro en la aplicación informática GACELA posibles alergias, antecedentes personales, hábitos tóxicos, domicilio y un teléfono de referencia El personal de enfermería , tomará las constantes vitales y las registrará en GACELA Comentarios de enfermería : La enfermera registra en GACELA los datos más relevantes del estado del paciente al ingreso así como cualquier otro dato que pueda ser importante o interés en el PHM. La enfermera registra todas las peticiones de exploraciones complementarias y la dieta prescrita en GACELA, según ordenes médicas y respetando los rechazos alimentarios del paciente.	GACELA

Responsable	5. SALUDO Y PRESENTACIÓN DEL MÉDICO	Impresos y/o registros
MÉDICO	La relación del personal sanitario con el paciente y familiares seguirá las indicaciones especificadas en el protocolo correspondiente. El médico deberá presentarse, saludar u dirigirse al paciente y sus acompañantes siempre en tercera persona	Manual de estilo

Responsable	6. ENTREVISTA CLÍNICA, EXPLORACIÓN FÍSICA, ELABORACIÓN DE LA Hª CLÍNICA / EVOLUCIÓN MÉDICA	Impresos y/o registros
MÉDICO RESPONSABLE DEL INGRESO y MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE	El médico realiza la entrevista clínica y exploración física, conforme a la evidencia científica y protocolos establecidos en cada especialidad El médico solicitará al paciente y/o familiares aquellos informes médicos que posean. Los originales deben devolverse al paciente. Todos los datos de la entrevista y de la exploración son confidenciales y quedan registrados en la historia clínica informatizada (HP-DOCTOR) El médico habilita una carpeta de historia clínica del paciente, que incluye: lista de problemas, una copia de la historia clínica y los resultados e informes de las exploraciones complementarias realizadas que no pueden ser consultados en HP-Doctor. La carpeta y las exploraciones radiológicas son custodiadas en un armario clasificador en el despacho médico; estarán a disposición del equipo y no serán accesibles a personas ajenas a la unidad. Las copias en papel de informes que se pueden consultar a través de las	Registro de Hª Clínica en Hp-Doctor (Ingreso) Carpeta de Hª Clínica: lista de problemas, copia de Hª Clínica, informes de exploraciones Registro de Evolución Clínica en E.M.T de Hp-Doctor.

	<p>aplicaciones informáticas se destruyen al alta del paciente, siguiendo los protocolos de reciclado y eliminación de papel confidencial</p> <p>En los días sucesivos, la entrevista y exploración se dirigen a conocer la evolución del proceso. La evolución del paciente se registra diariamente en la EMT</p>	
ENFERMERA	Se facilita una copia de la historia clínica a enfermería , que se custodia en el área de trabajo de enfermería; estarán a disposición del equipo y en ningún momento serán accesibles al personal ajeno a la unidad.	Carpeta de Enfermería: copia de Hª Clínica, informes enfermería Urgencias, ordenes de tratamiento
ENFERMERA AUXILIAR	La enfermera, auxiliar y/o médico ayudan al paciente a moverse, desvestirse y volverse a vestir, si lo precisa.	
PERSONAL de ADMISIÓN	Diariamente el SºAdmisión facilita el historial clínico antiguo de los pacientes.	

Responsable	7. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES	Impresos y/o registros
MÉDICO RESPONSABLE DEL INGRESO	El médico informa al paciente de su impresión sobre la dolencia, con veracidad, utilizando para ello un lenguaje adecuado y comprensible, y un tono tranquilizador y amable. La información al paciente y sus familiares o allegados, será completa y continuada, verbal y escrita, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento del proceso	Hoja informativa sobre la Hospitalización, horarios y locales de información
MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE	<p>La información es confidencial y, a partir de este momento, será una constante diaria en la relación con el paciente y estará presente en todo el proceso. La información ofrecida no contiene juicios de valor ni comentarios descalificadores sobre otras opiniones médicas.</p> <p>Se debe respetar el deseo del paciente de no ser informado.</p> <p>La información diaria a los familiares directos se realizará tras la finalización de la visita médica en el despacho del área médica, en el horario establecido; deberá ser previamente autorizada por el paciente, en la medida que ésta sea plenamente capaz.</p> <p>No se facilitará información médica vía telefónica, ni a personas no autorizadas por el paciente y se deberá siempre respetar el derecho a la confidencialidad.</p>	Manual de estilo
ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE	Enfermería informará al paciente y familiares de las técnicas y cuidados de enfermería que se le van a realizar, del estado y evolución de las diferentes heridas, así como de las dudas que le planteen respecto del proceso propiamente, respondiendo de una forma comprensible.	
MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE	<p>El médico extenderá certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria</p> <p>En caso de pacientes menores de edad o con alteración de conciencia, la información será entregada a los padres o representante legal.</p> <p>En caso de urgencia o emergencia, en las que la no intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, la información se proporcionará cuando sea posible</p> <p>Se informara al paciente de que puede permanecer acompañado de un familiar o persona próxima durante la hospitalización, salvo indicación específica del médico responsable.</p> <p>Las características de la información más pormenorizada y para situaciones particulares (estado de necesidad terapéutica, menores, incapacitados) se especifica en la Ley General de Sanidad y la Ley Autonomía del Paciente</p>	Certificado de Estado de Salud

Responsable	8. SOLICITUD PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y RECEPCIÓN RESULTADOS	Impresos y/o registros
<p>MÉDICO RESPONSABLE DEL INGRESO y MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE</p> <p>MEDICO o ENFERMERA</p>	<p>El médico informa al paciente sobre el tipo de prueba, utilidad, posibles efectos adversos o riesgos y alternativas, haciéndole participe de las mismas para su libre elección (LGS y LAP)</p> <p>Para determinadas pruebas (con las excepciones expresadas en la LGS y LAP) es preciso obtener el registro de la aprobación explícita del paciente a través del documento de consentimiento informado</p> <p>Se utilizarán los formatos ya existentes en HP-DOCTOR. Se imprime un ejemplar del consentimiento que es firmado por el médico, explicado al paciente de forma comprensible, no sesgada, ni coercitiva, y entregado para su lectura y posterior firma, por él o por su representante legal. La negativa o la revocación del consentimiento informado pueden hacerse en cualquier momento. El consentimiento informado se guarda en la historia clínica y debe acompañar al paciente cuando va a realizarse la prueba.</p> <p>Debe ser advertido cuando los procedimientos que se le apliquen puedan ser utilizados en proyectos docentes o de investigación; estos no pueden comportar peligro adicional para su salud y, en todo caso, será imprescindible la previa autorización (por escrito) del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del centro.</p> <p>Si se suspendiera la realización de alguna prueba, el médico o la enfermera responsable se lo comunicarán al paciente personalmente y le informará de las razones que motivaron la suspensión.</p>	<p>Consentimiento Informado específico, firmado por médico y paciente o representante legal</p>
<p>MÉDICO RESPONSABLE DEL INGRESO y MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE</p>	<p>SOLICITUD PRUEBAS DIAGNOSTICAS</p> <p>Para ello, el médico responsable utilizará con eficiencia la evidencia científica disponible; cuando para un problema de salud concreto se haya establecido una guía, protocolo ó vía clínica se seguirá ésta.</p> <p>Se imprime la solicitud de la prueba complementaria desde la aplicación informática correspondiente, procediéndose según el protocolo de solicitud de pruebas diagnósticas</p> <p>Cuando una exploración no se realice en la FHC, el médico utilizará el formulario existente en HP-Doctor para tal fin, y hará las gestiones oportunas a través del S^a de Admisión (personales y por teléfono). Informará al paciente de la necesidad de su traslado a otro centro para realizar la prueba, así como a la enfermera responsable para tramitar el traslado (ambulancia)</p>	<p>Vías clínicas Impreso de solicitud obtenido por GPC, HP-doctor Formulario de Solicitud de exploraciones en centro de referencia</p>
<p>MÉDICO RESPONSABLE</p> <p>PERSONAL DE APOYO</p> <p>MÉDICO RESPONSABLE</p>	<p>RECEPCIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</p> <p>Los resultados de las pruebas solicitadas son consultados por el médico en las aplicaciones informáticas GPC y HP-DOCTOR</p> <p>Los informes de pruebas que no se incluyen en estas aplicaciones son remitidas a hospitalización por la Unidad correspondiente a través del sistema neumático o del personal de apoyo.</p> <p>Los soportes físicos de las pruebas de imagen son trasladados por el personal de apoyo diariamente desde S^o Radiología a hospitalización</p> <p>El soporte físico de las pruebas que no se realizan en la FHC y su informe correspondiente serán remitidos a) junto con el paciente tras realizar la prueba si ésta es urgente; b) por correo interno desde el centro de referencia a la Unidad de Admisión</p> <p>Los resultados de las exploraciones complementarias se registran en la Historia Clínica</p>	<p>Informe de exploraciones complementarias no obtenidas en las aplicaciones informáticas, o realizadas en otro Centro</p> <p>Historia Clínica informatizada (EMT de hp-doctor)</p>

Responsable	9. INDICACIÓN DE TRATAMIENTO Y/O CUIDADOS	Impresos y/o registros
MEDICO	<p>PRESCRIPCIÓN: Para la selección de los medios terapéuticos a emplear, el médico responsable utilizará de forma eficiente la evidencia científica disponible; cuando para un problema de salud concreto se haya establecido un protocolo terapéutico, una guía clínica o una vía clínica, se seguirán éstas</p> <p>El tratamiento y ordenes médicas (fármacos, instrucciones de cuidados, oxígeno, dietas, fluidos, precauciones especiales, alergias, orden de no reanimación), se aplicarán a través del programa informático ATHOS de APD</p> <p>Las órdenes de tratamiento a través de ATHOS se validaran antes de las 11'30 horas, excepto ingresos urgentes o procedentes de consultas externas.</p> <p>El médico cumplimentará la receta de estupefacientes cuando los prescriba</p> <p>Si se precisa transfusión de hemoderivados, el médico rellenará la petición y se procederá según protocolo (incluyendo el consentimiento informado)</p>	<p>Ordenes médicas de ingreso Protocolos terapéuticos Guías Clínicas Vías Clínicas Guía Fármaco-terapéutica Aplicativo ATHOS Receta de estupefacientes Solicitud de Hemoderivados</p>
ENFERMERÍA	<p>La enfermera debe seleccionar en el aplicativo ATHOS la prescripción médica del paciente (validada por médico y farmacia), e imprimirla para iniciar o ajustar el tratamiento. Esto debe realizarse diariamente tras la visita médica y/o cada vez que se dé un cambio de tratamiento.</p> <p>Tras la administración del tratamiento farmacológico debe firmar la prescripción médica impresa para confirmar así su administración. El conjunto de órdenes médicas impresas relacionadas al mismo paciente se guardarán en la carpeta de enfermería</p> <p>Enfermería cumplimentará el libro de estupefacientes cuando administre estos medicamentos y registrará su recepción desde el Sº de Farmacia</p> <p>Los psicotropos pautados y administrados son reflejados de igual manera en el libro de estupefacientes y psicotropos. Su reposición está delegada en la Coordinadora de enfermería.</p> <p>Tanto las recetas de estupefacientes como de psicotropos son entregadas en mano al personal de apoyo , y una vez que el servicio de farmacia los sirve dicho personal hace entrega de los mismos en mano al personal de enfermería de la unidad.</p>	<p>Hoja de prescripción médica</p> <p>Libro de estupefacientes y Psicotropos Receta de Psicotropos</p>
ENFERMERÍA PERSONAL DE APOYO PERSONAL DE SEGURIDAD AUXILIAR DE FARMACIA	<p>Si la orden de tratamiento es recibida después de que haya llegado a planta el carro Unidosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ <u>fuera del horario de apertura de farmacia</u>: enfermería avisa al personal de apoyo para conseguir los fármacos prescritos (Seguridad abre la Farmacia y acompaña a Personal de Apoyo, anotando hora e identificación. Personal de Apoyo localiza los fármacos prescritos, registra su salida de Farmacia y los transporta al área médica) ☞ <u>farmacia abierta</u>: enfermería telefonea a farmacia avisando del cambio de tratamiento. El auxiliar de farmacia lleva la medicación solicitada a la Unidad. ☞ Una vez recibido el carro de unidosis , la DUE debe comprobar que la medicación servida se corresponde con la pautada para el paciente para las próximas 24 horas. En caso afirmativo se rellenan los impresos de conformidad en el que se especifican el número de pacientes revisados por cada enfermera y la firma de esta Dichos impresos se custodian en el cuarto de preparación de medicación. En caso de disconformidad, la DUE debe anotar en dichos impresos las variaciones encontradas y dar aviso al personal de apoyo para que tras hacer una fotocopia del impreso lo entregue en farmacia y recoja si es preciso la medicación que no ha sido proporcionada. El original de dicho impreso se devuelve a la unidad. 	<p>Impresos de conformidad/ disconformidad de medicación</p>

MÉDICO RESPONSABLE DEL INGRESO	INFORMACION DEL TRATAMIENTO	
MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE	<p>El médico informa completa y continuamente, en términos comprensibles, al paciente y sus familiares o allegados autorizados por él, de las alternativas de tratamiento, su finalidad, la forma de administración y los posibles efectos adversos y riesgos. Puede completarse la información con los medios disponibles y alternativas en otros centros para el mismo tratamiento, advertencia de los riesgos de abandono de tratamiento y actividades preventivas en patologías crónicas</p> <p>Para determinados tratamientos es preciso obtener el registro de la aprobación explícita del paciente a través del documento de consentimiento informado. Para ello se utilizarán los formatos ya existentes en HP-DOCTOR, siguiendo la misma metodología antes descrita</p> <p>Debe advertirse al paciente cuando los procedimientos que se le apliquen puedan ser utilizados en proyectos docentes o de investigación.</p> <p>El paciente tiene derecho a la libre elección</p> <p>El paciente puede negarse al tratamiento, excepto en las situaciones recogidas en la LGS y la LAP; si se niega al tratamiento está obligado a firmar el documento de alta voluntaria</p>	
ENFERMERÍA	<p>La enfermera responsable del paciente le informará acerca de los cuidados que haya de proporcionarle, teniendo especial cuidado de advertir sobre las técnicas molestas o dolorosas, respetando el derecho a la confidencialidad.</p>	

Responsable	10 APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y/O CUIDADOS	Impresos y/o registros
ENFERMERÍA y/o MEDICO	<p>En la aplicación del tratamiento se emplearán técnicas y/o cuidados de enfermería y/o médicos que deberán seguir procedimientos y protocolos establecidos</p>	<p>Manual de Procedimientos de Cuidados de Enfermería Consentimientos informados de enfermería. Protocolos de actuación en técnicas Médicas Vías Clínicas ATHOS-GACELA Libro de estupefacientes Hojas de prescripción Médica.</p>
ENFERMERÍA	<p>Se proporcionarán Consentimientos Informados en aquellas técnicas de enfermería que así se hayan determinado en la unidad.</p> <p>Las técnicas que se realicen en la habitación del paciente deberán preservar la intimidad. El familiar de referencia podrá estar presente durante la realización de la prueba, previa autorización de enfermería</p> <p>El personal de enfermería es responsable de la administración de la medicación y cuidados, registrándolo a través del aplicativo de farmacia de ATHOS-GACELA y firmando las hojas de prescripción. Tras administrar estupefacientes y/o psicotropos se registra en el libro destinado a tal fin sito en el área de trabajo de enfermería.</p> <p>Aquella medicación administrada siguiendo orden verbal deberá ser registrada en el aplicativo de farmacia ATHOS en el plazo de 3 horas.</p> <p>Se comprobará que los pacientes toman la medicación oral indicada.</p> <p>La administración de hemoderivados se realiza según protocolo</p> <p>Si la situación del paciente o su actitud no permitieran administrar la medicación, se avisará al médico responsable o al de guardia, y quedará constancia en los comentarios de enfermería, si se cree conveniente.</p> <p>En caso de surgir intolerancia o alergia como consecuencia de la administración de algún medicamento, se registrará como incidencias en GACELA tras habersele notificado al médico responsable del paciente.</p>	

PERSONAL AUXILIAR	La comida será facilitada por Cocina a través del carro de reparto 4 veces al día. El personal Auxiliar es responsable de la supervisión del reparto. Además adecuará la oxigenoterapia según la indicación de la DUE durante el tiempo de ingesta. Deberá administrar los alimentos a los pacientes que no puedan realizarlo por ellos mismos o sus familiares, y del reparto y recogida de las dietas de los pacientes en aislamiento, así como el control de la ingesta de alimento y/o medicación oral.	Formulario de RAM
MEDICO RESPONSABLE	Cualquier efecto secundario y o reacción adversa que pudiera surgir de la administración de un medicamento, deberá se puesta en conocimiento de Farmacia Hospitalaria utilizando el Formulario de Reacciones adversas y el correo electrónico	

Responsable	11. SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y RECEPCIÓN DEL RESULTADO	Impresos y/o registros
MÉDICO RESPONSABLE DEL INGRESO y MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE	<p>Interconsulta</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ urgente: debe contestarse en ese momento. ✍ preferente: debe ser respondida en la jornada laboral ✍ normal: debe ser contestada en un plazo inferior a 24 horas. <p>El médico solicitante elabora en la aplicación HP-DOCTOR ó GPC la solicitud de interconsulta, y se la entrega a enfermería, quien la remite por el tubo neumático y avisa telefónicamente a la Unidad de destino. En el caso de IC urgente el médico solicitante, además, telefonea al médico consultado.</p>	Formulario de interconsulta
ENFERMERÍA	Enfermería tramitará al facultativo responsable las interconsultas recibidas de otra unidad y deja constancia de ellas en comentarios de GACELA	Gacela
MÉDICO CONSULTADO	El médico consultado , al terminar la visita, comentará con la enfermera las pautas a seguir, dejará constancia escrita en la aplicación HP-DOCTOR de su actuación, y del plan de asistencia a seguir. Es responsable de la solicitud de las pruebas y del tratamiento que indique.	EMT de HP-doctor Órdenes de tratamiento Solicitud pruebas

Responsable	12. VISITA DIARIA	Impresos y/o registros
MÉDICO RESPONSABLE DEL INGRESO y MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE	Los pacientes hospitalizados serán visitados diariamente por su médico responsable o por el que le sustituya en su ausencia, y por el personal de enfermería responsable del paciente	Registro de evolución en EMT
ENFERMERÍA	<p>Antes de la visita, el médico revisa constantes, comentarios, resultados de pruebas complementarias, incidencias en la guardia</p> <p>Antes de la visita, la enfermera avisará por megafonía su inicio, para que los acompañantes permanezcan en la sala de estar.</p> <p>Como norma general, el pase de visita será entre 9:30 hs las 11:00hs.</p> <p>La relación del personal sanitario con los usuarios y familiares seguirá las indicaciones especificadas en el Protocolo correspondiente En presencia del paciente no se discutirán los diferentes puntos de vista del equipo asistencial</p> <p>La entrevista y la exploración se dirige a conocer la evolución del proceso</p>	Registro de la evolución en Gacela
MÉDICO RESPONSABLE	El médico informa diariamente al paciente de la evolución del proceso, de los resultados de las exploraciones complementarias y/o interconsultas realizadas, y de las previsiones de medios de diagnóstico o terapéuticos que se han de emplear, sus riesgos y alternativas.	

Responsable	13. PREALTA	Impresos y/o registros
Médico responsable	<p>Se produce cuando la previsible evolución del paciente va a permitir el alta en las próximas 24 horas.</p> <p>El médico responsable del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informa a la enfermera responsable de la probable alta 2. Informa con 24 horas de antelación al paciente y familiares del probable alta médica, explicando los motivos, para que puedan realizar los preparativos necesarios para que el alta se produzca antes de las 11:00 horas del día siguiente 	<p>Evolución de E.M.T.</p>

Responsable	14. ALTA	Impresos y/o registros
	<p>Se produce cuando la evolución del paciente hace innecesaria la prolongación del ingreso en la unidad.</p>	
MÉDICO	<p>Alta por mejoría clínica:</p> <p>El médico responsable del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confirma al paciente, familiares y a la enfermera responsable el alta 2. Elabora un informe de alta normalizado utilizando el soporte informático HP-DOCTOR, que deberá cumplir los criterios recogidos en la Orden del Ministerio de Sanidad de 6 de septiembre de 1984, con especial atención al Diagnóstico principal y secundarios, y a los Procedimientos 3. En caso necesario, se proporcionará al paciente una cita para seguimiento en Consultas Externas y la realización de estudios pertinentes, dentro o fuera de la Fundación 4. Imprime 3 copias en papel. Dos copias se entregan al paciente, informando de que una es para él y otra para su médico de cabecera o especialista. La tercera copia se deposita en la bandeja de registro del área de enfermería para su posterior codificación. No se deposita copia impresa en la HªClínica del paciente. 5. Adjunta recetas necesarias 6. Elabora solicitud de oxigenoterapia domiciliaria, de material ortoprotésico, formulario de evaluación para ingreso en Centro Socio-Sanitario o solicitud de traslado en ambulancia, según necesidad 7. Explica al paciente y familiares, en términos comprensibles, el tratamiento y recomendaciones, las citaciones y controles posteriores 8. Si es necesario y la situación del paciente lo permite, se facilitará a éste una comunicación telefónica desde la habitación para avisar a los familiares el alta hospitalaria 9. Anula ordenes terapéuticas en ATHOS 	<p>Informe de alta firmado en HP-Doctor HP-His</p> <p>Solicitud exploraciones complementarias (GPC, HP-Doctor)</p> <p>Formulario "Canalización de paciente a centros y servicios sanitarios"</p> <p>Recetas Solicitud de oxigenoterapia domiciliaria, de material ortoprotésico Formulario de evaluación para ingreso en Centro Socio-Sanitario "Petición ambulancias"</p> <p>Alta Enfermería (Gacela) HP-His</p>
ENFERMERÍA	<p>La enfermera responsable del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elabora el alta de enfermería, según el formato del aplicativo GACELA 2. Imprime dos copias; una la entrega al paciente y familiares. La otra se deposita en la bandeja destinada al envío por valija a Enfermería de los Centros de Salud correspondientes 3. Explica al paciente y familiares, en términos comprensibles, las recomendaciones y cuidados de enfermería a seguir 4. Informa al personal Auxiliar de enfermería y de Limpieza del alta. 5. Si el médico entrega la petición de traslado en ambulancia, contacta telefónicamente con la empresa y explica detalles necesarios. 6. Registra en aplicativo GACELA la condición de alta. Cuando el personal auxiliar ha acondicionado la habitación, enfermería registra el alta en el soporte informático HP-HIS. 7. Valorará si el paciente requiere ser acompañado por Personal de Apoyo hasta su salida del Hospital, utilizando el medio más adecuado 	
PERSONAL AUXILIAR	<p>El auxiliar: una vez que el paciente ha abandonado la habitación retira todos los enseres utilizados por el paciente, avisa al personal de Limpieza para la limpieza de la misma; posteriormente el personal auxiliar concluye el acondicionamiento de la habitación para otro posible ingreso.</p> <p>El sobre de historia clínica del paciente se deposita en el área de trabajo de</p>	<p>Sobre de Historia Clínica</p>

	enfermería, en la zona reservada a tal fin; la enfermera y el médico responsable del paciente sólo deben incluir en él los documentos que no se pueden consultar a través de las aplicaciones informáticas. El resto de documentos se depositan en contenedores de bolsa blanca adecuados para su destrucción.	
MÉDICO	Alta por traslado a otra Unidad de la FHC: El médico responsable del paciente : 1. Contacta con un facultativo de la Unidad receptora (teléfono) 2. Informa a la enfermera responsable 3. Informa al paciente y familiares, explicando los motivos del traslado 4. Elabora un informe de alta (ídem anterior). 5. Adjunta toda la documentación clínica del paciente	Solicitud de Interconsulta (HP-doctor/GPC) Aceptación traslado en E.T.M. Informe de alta en HP-doctor Sobre de H^aC^a
ENFERMERÍA	La enfermera responsable del paciente: 1. Contacta telefónicamente con el/la coordinador de enfermería de la unidad de destino para realizar el traslado en el momento más adecuado y avisa al personal de apoyo para realizarlo. 2. Adjunta toda la documentación del paciente 3. Registra el traslado en el HP-HIS.	
AUXILIAR	El auxiliar : Ídem alta por mejoría	HP-Hiss
MÉDICO	Alta por traslado a otro Centro Hospitalario / Sanitario El médico responsable del paciente : Si el traslado es Urgente 1. Contacta telefónicamente con el facultativo del centro receptor 2. Informa a la enfermera responsable 3. Informa al paciente y familiares, explicando los motivos del traslado 4. Solicita ambulancia medicalizada, contactando con 061 si el traslado es a un Hospital de la Comunidad Autónoma, o con S ^o Admisión en el resto de casos 5. Elabora el informe de alta (ídem anterior) 6. Imprime 2 copias del informe de alta. Una copia acompaña al resto de la documentación clínica del paciente en el traslado de centro; la segunda se deposita en la bandeja de registro Si el traslado no es urgente: 1. Informe de solicitud de traslado, y “Canalización de paciente a centros y servicios sanitarios” y lo remite a S ^o Admisión 2. Informa al paciente y familiares, explicando los motivos del traslado y la fecha de éste. 3. En la fecha de traslado notificada por Admisión se elabora un informe de alta. Una copia se entrega al paciente; la segunda copia acompaña al resto de la documentación clínica del paciente en el traslado de centro; la tercera se deposita en la bandeja de registro 4. Si precisa ambulancia medicalizada se informa a S ^o Admisión 5. Se elabora documento de petición ambulancias y se entrega a enfermería. Si el paciente precisa ir acompañado de personal sanitario el médico advertirá a Supervisión de Enfermería 6. Adjunta la documentación necesaria del paciente	Solicitud “traslado en ambulancia” (HP-doctor) Informe de alta firmado en HP-doctor Informe de solicitud traslado en HP-doctor “Canalización de paciente a centros y servicios sanitarios” de HP-doctor Informe de alta firmado en HP-doctor Solicitud “traslado en ambulancia” (HP-doctor)
ENFERMERÍA	La enfermera responsable del paciente: 1. Elabora un informe de continuación de cuidados (ídem anterior) 2. Imprime una copia en formato papel que incluye en la documentación clínica que acompaña al paciente en el traslado de centro 3. Si el médico entrega la petición de traslado en ambulancia, gestiona la petición (ídem a anterior). 4. Cuando el paciente ha sido trasladado, y el personal auxiliar ha acondicionado la habitación, enfermería registra el alta en el soporte informático HP-HIS.	Solicitud Personal Sanitario acompañante Alta Enfermería (Gacela) HP-His
AUXILIAR	El auxiliar : ídem alta por mejoría	

<p>MEDICO</p>	<p>Alta por éxitus</p> <p>El médico responsable del enfermo o médico de guardia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprueba el éxitus e informa a los familiares del fallecimiento del paciente. 2. Registra la defunción en el Certificado Médico y el Boletín Estadístico de Defunción y en HP-DOCTOR (causa, fecha y hora) 3. Elabora un informe de alta (ídem previos); deposita una copia en la bandeja de registro del área de enfermería. Si la familia desea el informe de alta se les facilitará otra copia. 4. Si se cree indicada la solicitud de Autopsia Clínica se informa a la familia y se cumplimenta el formato de solicitud de autopsia del HP-DOCTOR, registrando la autorización o rechazo familiar. Si es autorizada se remite la solicitud a Anatomía Patológica para realizar la autopsia al día siguiente. 5. Si se cree indicada la solicitud de Autopsia Judicial se llama al forense/juez de guardia. 	<p>Certificado Médico Defunción Boletín Estadístico de Defunción E.M.T. de HP-DOCTOR Informe de alta</p> <p>Solicitud de autopsia del HP-DOCTOR</p>
<p>ENFERMERA</p>	<p>La enfermera responsable del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ante la sospecha de éxitus avisa al médico responsable del paciente o en su defecto al médico de guardia y realiza ECG 2. Si la familia no está presente, el médico contactará telefónicamente con ella para que acuda al centro. 3. Facilita al médico el Certificado Médico y el Boletín Estadístico de Defunción. 4. Anota en la aplicación GACELA la fecha y hora del éxitus. 5. Avisa al asistente espiritual si así era la voluntad del paciente o de la familia 6. Informa al personal Auxiliar de enfermería y de Limpieza del alta. 7. Cuando el paciente ha sido trasladado, y el personal auxiliar ha acondicionado la habitación, enfermería registra el alta en el soporte informático HP-HIS. 	<p>Gacela</p> <p>Hp-His</p>
<p>ENFERMERÍA Y PERSONAL AUXILIAR</p>	<p>Enfermería y Auxiliar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparan al difunto: retiran sondajes, ponen apósitos, e identifican el cadáver. 2. Ordenan la habitación 3. Permiten entrar a los familiares después, si lo desean 4. Hacen entrega a la familia de los objetos personales 5. Informan a los familiares del proceso a seguir: traslados, enterramiento, funeraria, etc., 6. Procuran que el cadáver vaya debidamente identificado y que su traslado al mortuorio sea lo más discreto posible. 7. Avisan al personal de apoyo para el traslado del cadáver a la sala mortuoria del hospital 8. Notifican a los Unidades correspondientes la anulación de las exploraciones pendientes <p>El auxiliar: ídem alta por mejoría</p> <p>Resto igual que alta por mejoría.</p>	

<p>MÉDICO</p> <p>ENFERMERÍA Y AUXILIAR</p>	<p>Alta Voluntaria: El médico responsable del paciente :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al paciente y familiares de la necesidad de permanecer ingresado, explicando los riesgos que se asumen con el alta voluntaria. Son aplicables las excepciones recogidas en la Ley General de Sanidad y Ley de Autonomía del Paciente 2. Informa a enfermería del alta. 3. Debe registrarse explícitamente la decisión del paciente de alta voluntaria 4. Elabora un informe de alta en HP-DOCTOR. Una copia se entrega al paciente junto con el formato firmado de alta voluntaria. La segunda copia se deposita en la bandeja de registro. <p>Resto de actividades de enfermería y personal auxiliar, igual que en alta por mejoría.</p>	<p>Formato alta voluntaria HP-Doctor</p> <p>Informe alta firmado HP-Doctor</p> <p>Alta Enfermería (Gacela) HP-His</p>
<p>MÉDICO</p> <p>ENFERMERÍA Y AUXILIAR</p>	<p>Alta por fuga: El médico responsable del paciente :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informa a enfermería del alta por fuga. 2. Registra la fuga explícitamente en la E.T.M. 3. Elabora un informe de alta en HP-DOCTOR, que se deposita en la bandeja de registro. 4. Registra la incidencia en el “Parte de Incidencias e Ingresos en el Área Médica” 5. Notifica la fuga a la Dirección del Centro vía e-mail o documento con registro de entrada 6. Si se trata de un ingreso por Orden Judicial o una situación de riesgo para la salud pública deberá hacer una comunicación urgente al juez de guardia 7. Si la familia lo solicita y/o el estado del paciente así lo aconseja, se avisará a la Policía para su localización. <p>Avisar a su familia o personas responsables</p> <p>Resto de actividades de enfermería y personal auxiliar, igual que en alta por mejoría.</p>	<p>Informe alta firmado HP-Doctor</p> <p>“Parte de Incidencias e Ingresos en el Área Médica”</p> <p>Alta Enfermería (Gacela) HP-His</p>

MATRIZ DAFO DEL PROCESO. AÑO 2005

<p>PUNTOS FUERTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implicación de personas en su inicio • Satisfacción del paciente/usuario • Mejora continua • Fuente de conocimiento • Cultura de calidad • Esfuerzo alineado en torno al paciente • Informatización de indicadores • Sistema de incentivos. Dirección por objetivos 	<p>PUNTOS DÉBILES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparación con otros hospitales de igual tamaño y estructura: Benchmarking • Rotación de personas: desconocimiento del proceso • Progresiva desmotivación • Flujos de información • Formación sobre el Proceso • Único Hospital en La Rioja con este modelo de gestión
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras alternativas a la hospitalización • Desarrollo tecnológico: e-doctor, digitalización de imágenes • Norma ISO 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complejidad de la casuística • Envejecimiento del paciente hospitalizado • Falta de recursos de media-larga estancia • Rotación de especialistas

INDICADORES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

El conjunto de indicadores (estructura, proceso y resultados) que conforman el sistema de evaluación y control del proceso está compuesto por un total de 76 indicadores. El equipo del proceso seleccionó un total de 30 indicadores en base a su relevancia, facilidad y agilidad de acceso, fiabilidad, comparabilidad, integración con los sistemas de información del Hospital o impacto en la satisfacción del cliente final.

Se podrá observar que la Unidad utiliza como patrón de comparación (estándar) la propia Unidad en un periodo anterior (tendencias), dado que desde el año 2002 no disponemos de datos sobre otras Unidades de Hospitalización Médica de hospitales de similar tamaño o estructura.

Para cada indicador se establecieron las siguientes variables:

- ? Definición del indicador y fórmula o metodología para su obtención
- ? Frecuencia y momento de su recogida (por ej. Frecuencia mensual, durante la primera semana de cada mes)
- ? Objetivo del indicador
- ? Origen para la recogida de los datos (por ej. Programa informático, estudio específico intraunidad, etc)
- ? Responsable/s de obtener los datos
- ? Medios y/o equipos para obtener los datos
- ? Frecuencia con que los datos son analizados y presentados, y su forma de presentación
- ? Responsable de su presentación
- ? Lugar o personas o Comisiones donde se debe realizar la presentación
- ? Necesidad de introducir mejoras, y en su caso metodología de aplicación de la mejora
- ? En caso necesario, la población del indicador, con criterios de inclusión y exclusión
- ? Estándares de comparación disponibles, si los hubiera

Durante los 4 años de desarrollo e implantación del PHM (2001-2004) hemos atendido a 4.952 pacientes (el 58,4% son hombres y el 41,6% mujeres), con una edad media de 69,8 años y una estancia media de 6,4 días. El peso medio acumulado en estos 4 años ha sido de 1,80, la mortalidad del 7%, los reingresos del 6,9% y la satisfacción del paciente ha obtenido una puntuación media de 8,75 sobre 10

Durante el año 2003 y 2004, se ha comenzado a analizar la cuenta de resultados y el balance económico financiero del proceso, registrando su financiación (ingresos) a través de las Unidades de Producción Hospitalarias y sus gastos (propios y repercutidos), analizando el coste agrupado por GRDs y el coste de cada estancia. No se presentan los datos referidos a estos indicadores económicos por no estar debidamente depurados.

A continuación mostraremos, de forma resumida, la evolución gráfica y tendencias de los indicadores más relevantes durante los años de implantación del proceso: 2001-2004

1. INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CASUÍSTICA

- ? **Ingresos (Entradas) en la Unidad de Hospitalización, Estancia Media, casos extremos y Estancia Media depurada (Figuras 3 y 4; Tabla 1 y 2)** Se realiza un seguimiento mensual de los ingresos (entradas) en el PHM, diferenciando su origen,

especialmente desde Urgencias (presión de Urgencias). Los casos extremos son aquellos con 0 estancias y aquellos cuyas estancias están por encima de un punto de corte que se establece para cada GRD (Percentil 75 + diferencia entre P75-P25).

- ? **Peso medio de la Hospitalización y Unidades de Producción Hospitalaria (Tabla 3 y Figura 5).** Se realiza un seguimiento trimestral y acumulado de este indicador que marca la complejidad de la casuística y su financiación mediante una cuantía económica asignada anualmente a cada UPH en el Contrato de Gestión.
- ? **Categorías Diagnósticas Mayores y GRDs más frecuentes, número y estancia media depurada (Tablas 4 y 5).** Trimestralmente se revisan las CDM y los GRDs más importantes y frecuentes, depurando errores de codificación y analizando su evolución en lo referente al número, estancia media, mortalidad y casos extremos (variabilidad), se valoran las estancias ahorradas y consumidas en comparación con periodos previos, y, en caso necesario, se adoptan las mejoras oportunas (por ej. Vías clínicas).
- ? **Estancia media ajustada a funcionamiento (EMAF) y a casuística (EMAC) (Tabla 6 y Figura 6).** Para obtener estos indicadores se utiliza como *estandar* la actividad y casuística de la propia Unidad en un periodo anterior. Por eso en las tablas y figuras no aparecen los datos del 2001, por no haber patrón de comparación en el año 2000. La EMAF nos informa de la EM esperada en la unidad aplicando la EM de cada GRD en el periodo anterior (estandar) a la casuística actual. Una EMAF superior a la EM del estandar indica una casuística más compleja. La EMAC nos informa de la EM esperada en la unidad aplicando a cada GRD del periodo anterior la EM de ese mismo GRD en el periodo actual. Una EMAC inferior a la EM del estandar nos indica un menor consumo de días de hospitalización para tratar a los mismos pacientes
- ? **Índice funcional (IF) e índice case mix (ICM). (Tabla 7 y Figura 7).** El ICM nos informa de la complejidad relativa de la casuística de la Unidad respecto al estandar. Es la razón entre la EMAF propia y la EM del estandar. Un valor > de 1 indica que la Unidad trata una mayor proporción de pacientes más complejos y de mayor EM que el estandar (por ej, un ICM de 1,10 indica una complejidad de la casuística un 10% superior). El IF nos informa sobre el patrón de funcionamiento del hospital respecto al estándar. Es la razón entre la EMAC propia y la EM del estandar. Un valor < de 1 indica una mayor eficiencia en las altas hospitalarias (por ej un IF de 0,90 indica que el hospital necesita un 10% menos de días de estancia para atender la misma casuística)

Para obtener estos indicadores se utiliza como *estandar* la actividad y casuística de la propia Unidad en un periodo anterior. Por eso en las tablas y figuras no aparecen los datos del 2001, por no haber patrón de comparación en el año 2000. Todos ellos se obtienen mediante la explotación del CMBD a través del programa Clinos Inf (Iasist®)

2. CALIDAD DE LOS DATOS (Tablas 8 y 9)

- ? **Altas totales (Salidas)**
- ? **Altas codificadas, según CIE-9-MC y GRDs no válidos**
- ? **Media de diagnósticos por alta**

Resulta de gran importancia que los datos sean fiables y de calidad, fácilmente obtenibles a partir de un buen informe de alta y una correcta codificación. Consideramos esencial el contacto personal y permanente entre clínico y especialista en codificación. Se busca la codificación completa de las altas y con el menor número posible de GRDs invalidos (GRD 468,469,470,476 y 477). Todos ellos se obtienen mediante la explotación del CMBD a través del programa Clinos Inf (Iasist[®]) y el agrupador All Patients GRD v 18.1

3. INDICADORES DE MORTALIDAD (Tabla 10)

- ? **Tasa de mortalidad observada y de mortalidad ajustada por complejidad (Figura 8)**
- ? **Razón de mortalidad (Tabla 11)**
- ? **Mortalidad observada en GRDs de baja complejidad**
- ? **Tasa de mortalidad durante las 72 hs de estancia (Tabla 12)**

La mortalidad es un indicador centinela que se revisa de forma continuada y con carácter mensual, trimestral y acumulados. Se hace un especial incapié en el seguimiento de la mortalidad por GRDs y por Categorías Diagnósticas. Hasta la fecha no se ha detectado ningún caso de mortalidad en pacientes con GDRs de baja complejidad (peso medio = ó < de 1). Cuando esto sucede, se realiza una revisión de la codificación y de la historia clínica, estando prevista la realización de sesiones clínicas. El indicador se obtiene de la explotación del CMBD, a través de los programa Clinos Inf y Clinos Cal (Iasist[®])

4. REINGRESOS

- ? **Tasa de reingresos en Hospitalización (Tabla 13 y Figura 9).**

Los reingresos es uno de los indicadores más complejos de obtener, por no existir programas completamente depurados, ni existir una definición unánime ni consensuada sobre el reingreso hospitalario. En nuestro caso utilizamos la explotación del CMBD, a través de los programas Infoqual y Clinos Cal (Iasist[®]). Se realiza un seguimiento trimestral y acumulado, analizando las tasas brutas de reingresos, los reingresos en la misma CDM, los reingresos por GRDs, y las estancias y estancia media de los pacientes que ingresan más de una vez, tratando de valorar si el reingreso tiene un mayor consumo de recursos hospitalarios que el episodio inicial.

5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN (Tabla 14 y 15)

- ? **Tasa de cumplimentación correcta del Consentimiento Informado**
- ? **Tasa de informes de alta que se ajustan a criterios de calidad**
- ? **Tasa de informes de alta entregados en mano antes de 24 hs**
- ? **Tasa de pacientes con Plan de Acogida al ingreso**

? **Tasa de pacientes con Información de normas de funcionamiento**

Desde la entrada del paciente (plan de acogida, documento de información sobre el proceso), hasta su salida (informe de alta) y durante el mismo (consentimientos informados, información diaria verbal, etc.), los sistemas de información son una constante en todo el PHM, tal y como puede apreciarse en sus características de calidad. Su evaluación se hace mediante estudios propios diseñados en el seno de la Unidad. Habitualmente los objetivos son muy exigentes.

6. COMPLICACIONES DURANTE EL PROCESO (Tablas 16 y 17)

? **Tasa de Ulceras por presión IntraUnidad**

? **Tasa de Infección en paciente sondado**

? **Tasa de Flebitis en via periférica**

? **Tasa de Reacciones adversas a medicamentos**

? **Tasa de Neumonías por Aspiración**

? **Tasa de caídas**

Las complicaciones surgidas durante el PHM se monitorizan mensual y trimestralmente, mediante la explotación del CMBD a través de los programa Clinos Inf y Clinos Cal (Iasist®). Para ello es importante que las complicaciones figuren en los informes de alta como un diagnóstico más. Además, se hacen evaluaciones mediante estudios propios, Comisión de Cuidados y estudios de ámbito Nacional (EPINE). Los resultados son objeto de análisis y mejora, si fuera necesario

7. RECLAMACIONES Y QUEJAS (Tablas 18 y 19)

? **Numero de reclamaciones/quejas en el periodo**

La Unidad de Atención al Paciente recoge todas las quejas y reclamaciones de nuestro clientes (paciente y/o acompañantes) y las pone en conocimiento del Coordinador de la Unidad para una pronta respuesta (antes de 15 días), siguiendo un protocolo previamente establecido. Las quejas y reclamaciones se consideran una fuente de puntos de mejora, y como tal son tratadas por el equipo del PHM. Desde que este indicador se ha incorporado al PHM, no se ha recibido ninguna reclamación ni queja.

8. SATISFACCIÓN DEL USUARIO/PACIENTE (Tablas 20 y 21)

? **Satisfacción general del paciente**

? **Satisfacción sobre el trato recibido por el personal médico**

? **Satisfacción sobre el trato recibido por el personal de enfermería**

? **Altas Voluntarias y fugas**

La satisfacción del paciente, así como la de sus familiares o acompañantes, se mide a través de encuestas de satisfacción realizadas vía telefónica en forma de "oleadas" por una empresa independiente del hospital y especializada en este campo. Se realizan 4 oleadas por año, con

un resumen acumulado a final de año. Desde la implantación del proceso solo se ha realizado una encuesta a familiares/acompañantes. El conocimiento sobre la satisfacción del trato recibido por el personal de enfermería se incorporó en el 2004.

Las altas voluntarias, que a nuestro juicio suelen tener relación con aspectos relacionados con la satisfacción, se miden trimestralmente mediante la explotación del CMBD con el programa Clinios Inf (Iasist®).

9. VÍAS CLÍNICAS (Tabla 22)

? **Numero de Vías Clínicas implantadas en periodo**

? **Tasa de cumplimiento de la Vía Clínica implantada**

La progresiva implantación de Vías clínicas forma parte de la misión del PHM. Durante los años 2003 y 2004, un equipo multidisciplinar compuesto por personal médico y DUE se han encargado de desarrollar, implantar, evaluar y actualizar o mejorar dos vías clínicas: Neumonía adquirida en la comunidad (año 2003) y Hemorragia digestiva alta no secundaria a varices esofágicas (año 2004). Dichas vías clínicas se han seleccionado en base a datos e indicadores extraídos del CMBD de la Unidad, se han desarrollado sobre la evidencia científica disponible y la búsqueda bibliográfica y se han implantado de forma consensuada entre todo el personal, siguiendo una metodología previamente diseñada. Para ambas vías clínicas se puso como objetivo un cumplimiento integro igual o superior al 75%. La Vía Clínica de la Hemorragia Digestiva fue implantada a finales del 2004 y está pendiente de evaluación. Cada vía clínica tiene una encuesta de satisfacción propia

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Nuestra propuesta es clara e innovadora: aplicar la gestión por procesos a toda la hospitalización médica de la Unidad de Medicina de la Fundación Hospital Calahorra ha sido, en nuestra experiencia, **la mejor alternativa a la hospitalización tradicional**, y el modelo necesario e imprescindible sobre el que debe girar la implantación de otros procesos asistenciales más operativos o más cercanos a la patología que sufre el paciente (Vías Clínicas, Guías de Práctica Clínica, Trayectorias Clínicas, etc.)

Nuestro trabajo siempre ha estado enfocado para conseguir la mejora continua en el funcionamiento de todas las actividades de nuestra unidad y la implicación de las personas, para dar cumplida respuesta a la misión del PHM, satisfacer a nuestros clientes e implicarnos de lleno en el desarrollo de una política y estrategia de calidad previamente decidida y pactada por la organización en el año 2001.

Los puntos fuertes a la hora de conseguir la implantación y el funcionamiento del modelo han sido precisamente la política de la organización en materia de calidad, la elección del equipo de proceso, la formación de las personas, la eficacia y agilidad de los sistemas de información, la claridad de los objetivos, la ausencia de resistencias al cambio al ser un hospital de nueva creación y el poder disponer de un sistema de incentivos por objetivos. Por el

contrario, nos estamos encontrando con algunas dificultades como son una elevada rotación de personas (especialmente en DUE y Auxiliares) que dificulta la continuidad de algunas tareas, la ausencia de otros estándares de comparación similares, con dificultades a la hora de transmitir determinada información a todas las personas que conforman la Unidad y con el desconocimiento de la voz de algunos de nuestros clientes, especialmente los médicos de Atención Primaria, sobre los que todavía no se ha realizado ninguna encuesta.

Aplicar la gestión por procesos a la hospitalización médica nos ha permitido, de forma ordenada y flexible, localizar, definir, implantar y mejorar los flujos de trabajo, orientándolos hacia el paciente, para conseguir unos objetivos de elevada calidad. El proceso permite sistematizar todas las actividades propias de la hospitalización, adecuarlas a las necesidades de nuestros clientes, reducir bolsas de ineficiencia y mejorar la interrelación entre personas y otros procesos de la organización.

El hecho de haber conseguido en el año 2004 el certificado de calidad según la Norma ISO 9001:2000 demuestra, a nuestro juicio, que existe una correlación directa entre la efectiva implantación de este sistema de gestión y la satisfacción de los clientes, especialmente de los pacientes, si bien no consideramos que obtener el certificado deba ser un objetivo prioritario ni final a la hora de implantar esta herramienta de trabajo (gestión por procesos) en un proceso clave y asistencial tan complejo como es la hospitalización médica. En otras palabras, para nosotros, el certificado de calidad no es la meta, sino el punto de partida hacia la mejora y satisfacción de nuestros clientes-pacientes.

Son muchas las experiencias en los diferentes Sistemas de Salud (Andalucía, Cataluña, Galicia, País Vasco) sobre la aplicación de la Gestión por Procesos o del modelo de calidad EFQM, pero no conocemos ningún Servicio o Unidad de Hospitalización Médica que tenga implantado un Proceso de las características del nuestro al conjunto de la hospitalización, ni mucho menos que además se le haya otorgado el certificado de calidad aludido, considerándonos pioneros en el territorio Nacional.

TABLAS DE INDICADORES

Tabla 1. Características de los indicadores de actividad y casuística

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
Ingresos	Entradas al proceso, diferenciando su origen	> 1.250 año	HP-Hiss	Mensual	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Estancia Media bruta	Nº Estancias/Nº de Ingresos	< 7 días	HP-Hiss, CMBD	Mensual	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Casos extremos	Estancias 0 día y outliers superiores	< 1,8%	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Estancia media depurada	Estancia media calculada sin extremos	<6,5 días	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso

Tabla 2. Evolución de los casos extremos entre el 2001-2004

Indicador	2001	2002	2003	2004
Casos extremos	1%	1,5%	1%	2,1%

Tabla 3. Peso medio de la Hospitalización y Unidades de Producción Hospitalaria (UPH)

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
Peso medio	Promedio aritmético de los pesos relativos de cada GRD	1,7500	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
UPH	Peso medio x nº de altas	2.300/año	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso

Tabla 4. Categorías Diagnósticas Mayores más frecuentes, número y estancia media depurada

CDM	2001		2002		2003		2004	
	Nº	EMd	Nº	EMd	Nº	EMd	Nº	EMd
01	185	6,1	302	4,5	338	4,7	276	4,8
04	384	7,2	370	7,1	392	6,7	364	6,8
05	195	5,6	183	6,2	189	6,1	185	7,4

01: Sistema nervioso; 04. Aparato Respiratorio; 05. Aparato Circulatorio

Tabla 5. GRDs más frecuentes, número y estancia media depurada

GRD	2001		2002		2003		2004	
	Nº	EMd	Nº	EMd	Nº	EMd	Nº	EMd
541	181	7,6	148	7,7	159	7,9	165	8
014	71	6,5	114	6,2	99	5,5	72	5,9
544	21	7,2	34	7,3	38	7,4	69	8,3
542	40	6,6	36	7,9	35	6,3	53	6,4
533	21	11,4	30	8,7	36	10,3	41	9,3
175	31	2,8	40	3,5	41	3,5	35	3,4

541: Tr Respiratorio/Infeccion/Bronquitis/Asma,c/CC mayor; 014: Tras. Esp. Cerebrovasc/Ictus Trans y Hemo Intra; 544. insuficiencia cardíaca crónica/Arritmia, c/CC mayor; 542: Bronquitis y Asma, c/CC mayor; 533 Otro Tr Nerv,#AIT/Conv/Cefalea, c/CC mayor; 175: hemorragia gastrointestinal sin cc

Tabla 6. Características de los indicadores Estancia media ajustada a funcionamiento (EMAF) y a casuística (EMAC)

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
EMAF	EM esperada aplicando la EM de estandar a los GRDs propios	< 6,5 días	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
EMAC	EM esperada aplicando a los GRDs del estandar, la EM propia	< 6,2 días	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso

Estandar: La propia Unidad en un periodo anterior y Base de datos de lasist®

Tabla 7. Características de los indicadores Índice funcional (IF) e índice case mix (ICM)

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
IF	Cociente EMAC/EM del estandar	< 1	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
ICM	Cociente EMAF/EM del estandar	> 1	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso

Estandar: La propia Unidad en un periodo anterior y Base de datos de lasist®

Tabla 8. Características de los indicadores de calidad de los datos

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
Altas totales	Nº total de altas dadas en el periodo de estudio	1.275/año	HP-Hiss/Explotación CMBD/Clinos®	Mensual, acumulados y por tipos de alta	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Altas Codificadas	% de altas codificadas	100%	CMBD /Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
GRDs no válidos	GRDs con información incorrecta: 468-70, 476, 477	< 0,5%	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Media de diagnósticos al alta	Numero promedio de diagnósticos informados al alta	> ó = 6,5	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso

Tabla 9. Evolución de los indicadores sobre la calidad de los datos

Indicador	2001	2002	2003	2004
Altas totales	1.124	1.268	1.325	1.235
Altas Codificadas	100%	100%	100%	100%
GRDs no válidos	0,2%	0,2%	0,8%	0,5%
Media de diagnósticos al alta	6,6	6,2	6,8	8,2

Tabla 10. Características de los indicadores sobre Mortalidad

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
Tasa de mortalidad observada	% de pacientes fallecidos durante la Hospitalización	6,5%	HP-Hiss/Explotación CMBD/Clinos [®]	Mensual, acumulados y por tipos de alta	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Tasa de mortalidad ajustada	% de mortalidad esperada segun complejidad	11%	Explotación CMBD/Clinos Cal [®]	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Razón de mortalidad	Tasa observada/tasa ajustada	< 1	Explotación CMBD/Clinos Cal [®]	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Mortalidad en GRDs de baja complejidad	% de mortalidad en GRDs con Pm relativo < de 1	0	Explotación CMBD/Clinos Cal [®]	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Tasa de mortalidad precoz	% de mortalidad acaecida durante 72 hs de estancia	< 40 año (3%)	Explotación CMBD/Clinos [®]	Mensual, acumulados y por tipos de alta	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso

Tabla 11. Evolución de la razon de mortalidad

Indicador	2001	2002	2003	2004
Razón de mortalidad	0,76	0,74	0,63	0,58

Tabla 12. Evolución de la tasa de mortalidad precoz antes de las 72 hs del ingreso

Indicador	2001	2002	2003	2004
Tasa de mortalidad precoz	2,8%	2,4%	2,7%	2,3%

Tabla 13. Características de la Tasa de reingresos en Hospitalización

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
Tasa bruta de reingresos	% de reingresos no programados antes de 30 días del alta anterior	< 9%	HP-Hiss/Explotación CMBD/Clinos [®]	Mensual, acumulados y por tipos de alta	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Tasa de reingresos en la misma CDM o relacionada (1)	Idem anterior, en la misma CDM o CDM relacionada (1), o por complicacion hospitalaria del episodio previo	< 8%	Explotación CMBD/Clinos Cal [®]	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso

(1) CDM relacionadas: 04 con 05; 07 con 06; 12 con 11; 24 con 08; 24 con 01

Tabla 14. Características de calidad de indicadores sobre sistemas de información

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
Cumplimentación de C. informado	% de cumplimiento correcto del C. informado específico	> 95%	Evaluación propia	Anual	Coordinador Unidad/ Facultativos
Informes de alta con criterios de calidad	% de informes de alta redactados con criterios de calidad	> 95%	Evaluación propia	Anual	Coordinador Unidad/ Facultativos
Informes de alta entregados en mano al alta	% de pacientes con informe de alta en mano	100%	Evaluación propia	Trimestral	Coordinador Unidad/ Facultativos
Plan de acogida	% de pacientes con Plan de acogida cumplido	100%	Evaluación propia	Trimestral	Coordinador de Enfermería
Información sobre PHM	% de paciente con entrega de documento de información del PHM al ingreso	100%	Evaluación propia	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso

Tabla 15. Evolución de indicadores sobre sistemas de información

Indicador	2001	2002	2003	2004
Cumplimentación de C. informado	95,6%	99,1%	100%	99%
Informes de alta con criterios de calidad	96,1%	98,4%	98%	99%
Informes de alta entregados en mano al alta	100%	100%	100%	100%
Plan de acogida	100%	100%	100%	100%
Información sobre PHM	ND	ND	100%	100%

Tabla 16. Características de los indicadores sobre Complicaciones

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioricidad	Responsable
Ulceras por Presión	% de pacientes que desarrollan UPP durante el proceso	< 2%	Evaluación Propia	Mensual	Coordinador Enfermería
Infección en paciente sondado	% de pacientes con sonda que desarrollan infección	< 3,3%	Evaluación Propia	Trimestral EPINE	Coordinador/Med Preventiva
Flebitis	% de pacientes con vía periférica que desarrollan flebitis	< 0,75%	Evaluación Propia	Mensual	Coordinador/Med Preventiva
Reacciones adversas a medicamentos	Nº de RAM comunicadas	< 0,5%	Explotación CMBD/Clinos	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Neumonías por Aspiración	% de pacientes que desarrollan Neumonía por Aspiración	1,7%	Explotación CMBD/Clinos	Trimestral	Coordinador/Med Preventiva
Caidas	% de caídas	0	Evaluación Propia	Mensual	Coordinador Enfermería

Tabla 17. Evolución de complicaciones y caídas

Indicador	2001	2002	2003	2004
Ulceras por Presión	2,2%	2%	0,83%	3,2%
Infección en paciente sondado	3,3%	2,9%	3,3%	5,02%
Flebitis	ND	ND	ND	2,4%
Reacciones adversas a medicamentos	0,27%	0,08%	0,22%	0,16%
Neumonías por Aspiración	1,69%	0,63%	0,75%	1,86%
Caidas	0	0,4%	0	2,6

Tabla 18. Características de los indicadores reclamaciones y quejas sobre el PHM

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioidicidad	Responsable
Reclamaciones	Nº total de reclamaciones	0	Atención al Paciente	Trimestral	Coordinador Unidad
Quejas	Nº total de quejas	0	Atención al Paciente	Trimestral	Coordinador Unidad

Tabla 19. Evolución del número de quejas y reclamaciones

Indicador	2001	2002	2003	2004
Reclamaciones	ND	ND	0	0
Quejas	ND	ND	0	0

Tabla 20. Características de los indicadores sobre satisfacción del paciente

Indicador	Definición	Objetivo	Fuente	Perioidicidad	Responsable
Satisfacción General del paciente	Valor numérico sobre 10 en ítem H19 de encuesta	> 8,5	Encuesta de satisfacción APEND®	Anual	Coordinador Unidad
Satisfacción sobre el trato médico recibido	Valor numérico sobre 10 en ítem H4 de encuesta	> 8,5	Encuesta de satisfacción APEND®	Anual	Coordinador Unidad
Satisfacción sobre el trato de enfermería recibido	Valor numérico sobre 10 en ítem H5 de encuesta	> 8,5	Encuesta de satisfacción APEND®	Anual	Coordinador Unidad
Altas Voluntarias	% de altas voluntarias sobre el total de altas	< 0,6%	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Unidad/Gestor de Proceso
Fugas	% de Fugas sobre el total de altas	0%	Explotación CMBD/Clinos®	Trimestral	Coordinador Enfermería

Tabla 21. Evolución de la satisfacción del paciente (puntuación de 0 a 10)

Indicador	2001	2002	2003	2004
Satisfacción General del paciente	8,10	8,58	8,46	8,75
Satisfacción sobre el trato médico	ND	ND	8,71	9,22
Satisfacción sobre el trato de enfermería	ND	ND	ND	9,28
Altas Voluntarias	0,35%	0,4%	0,45%	0,5%
Fugas	0	0	0	0

Tabla 22. Evolución del cumplimiento de las Vías Clínicas implantadas

Indicador	2001	2002	2003	2004
Vía Clínica de Neumonía	ND	ND	80%	75%
Vía Clínica de Hemorragia Digestiva	ND	ND	ND	ND

Figura 1: MAPA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

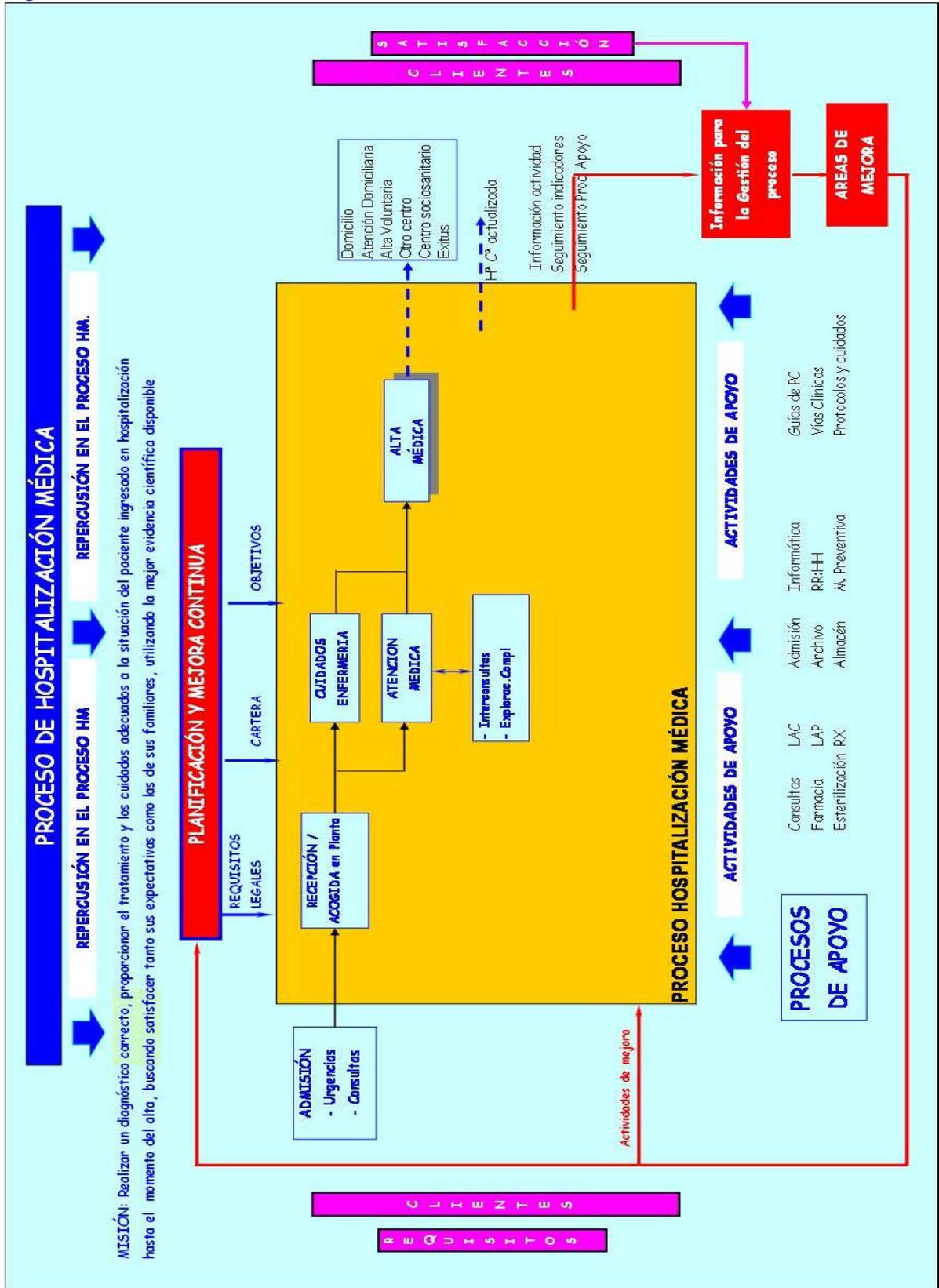
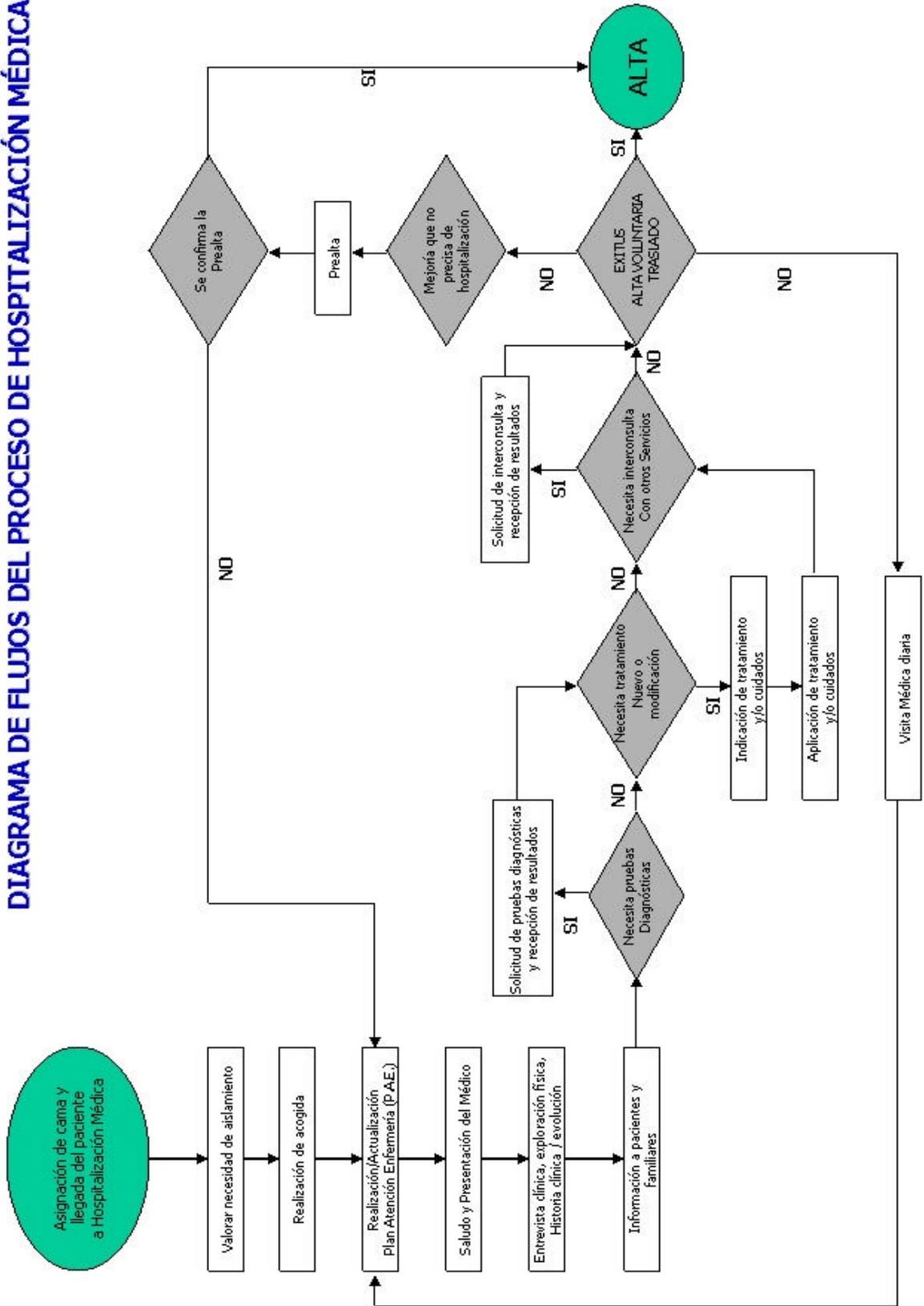


Figura 2. DIAGRAMA DE FLUJOS DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

DIAGRAMA DE FLUJOS DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA



FIGURAS DEL PROCESO Y SUS INDICADORES

Figura 3. Ingresos en Hospitalización médica, según procedencia

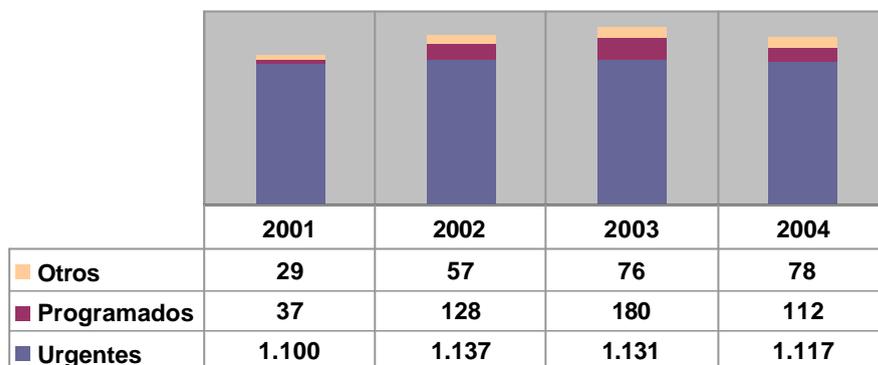


Figura 4. Evolución de estancia media bruta y depurada

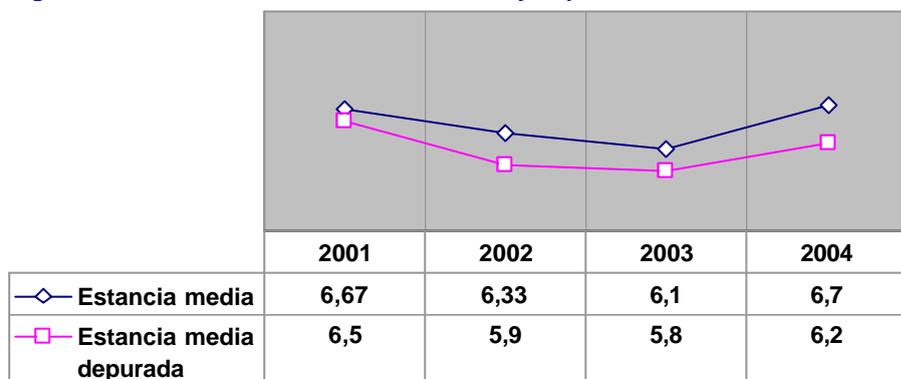


Figura 5. Evolución del Peso medio y las UPH

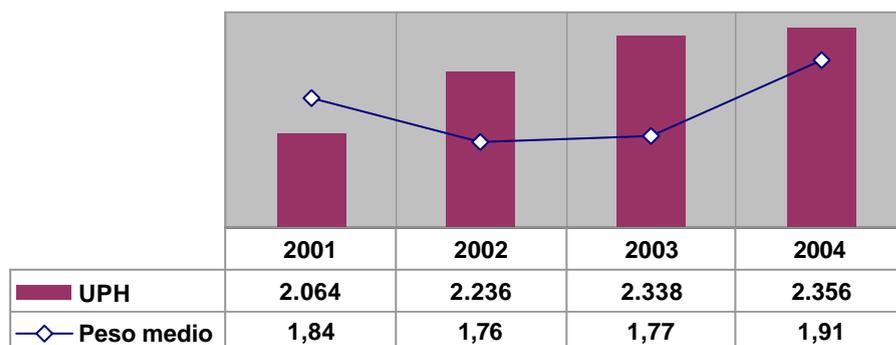


Figura 6. Evolución de EMAF y EMAC

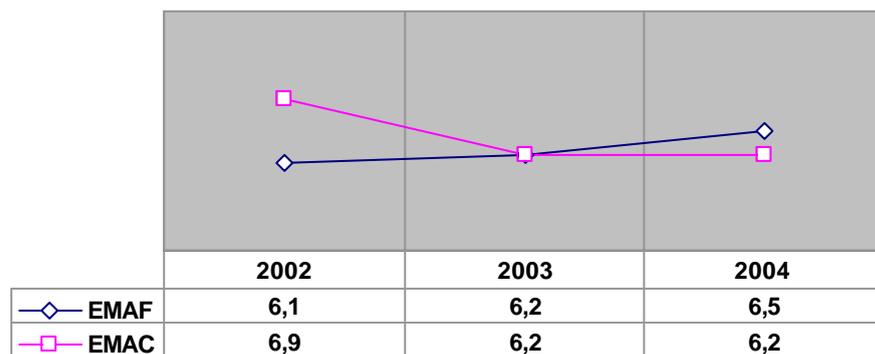


Figura 7. Evolución de Índice Funcional e Índice de complejidad

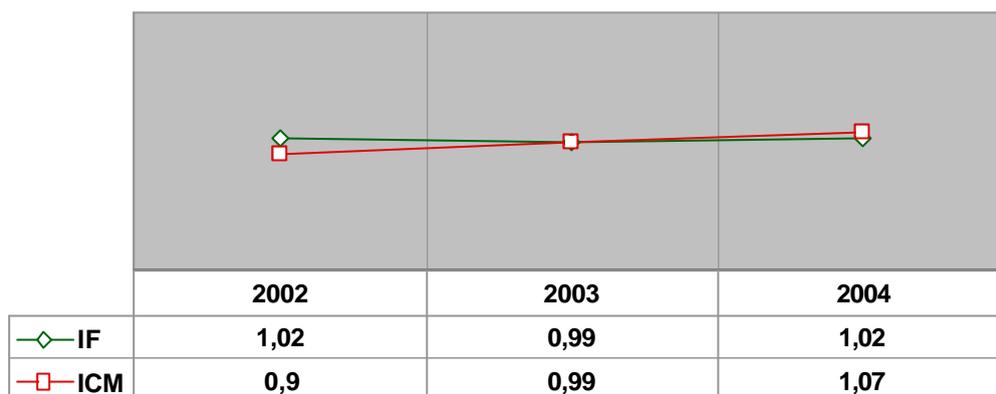


Figura 8. Evolución de la Mortalidad

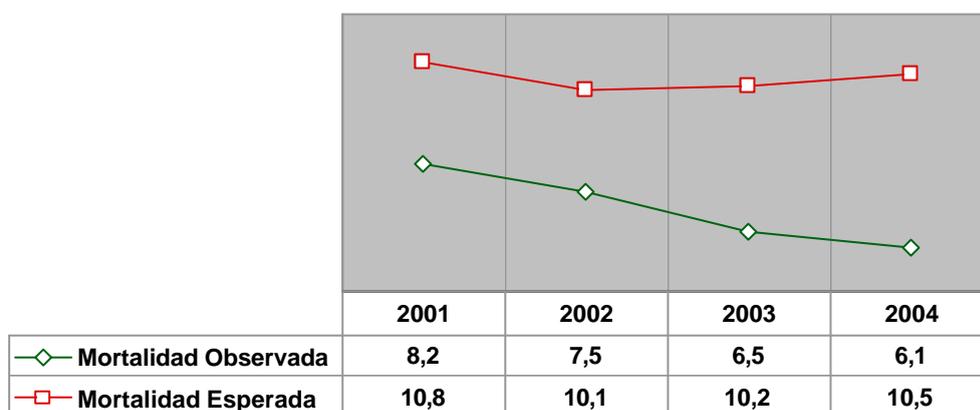
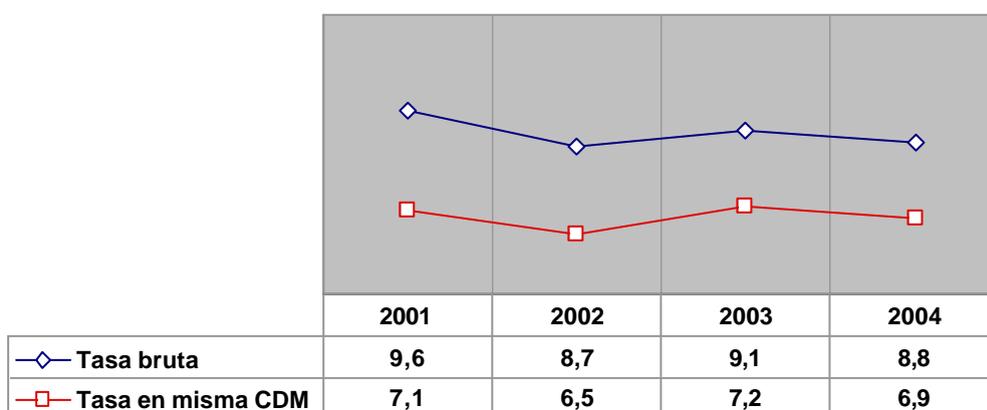


Figura 9. Evolución de los reingresos no programados antes de 30 días



CURRICULUM PRIMER AUTOR. Dr. Jesús Castiella Herrero

- Doctor en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Zaragoza
- Premio Extraordinario del Doctorado por la Facultad de Medicina de Zaragoza
- Especialista en Medicina Interna (vía MIR) 1987
- Diplomado en Gestión Clínica por EADA y la Universidad Autónoma de Barcelona
- Facultativo Especialista de Área del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza
- Facultativo Especialista de Área por oposición del Hospital Obispo Polanco de Teruel
- Director Médico del Hospital Obispo Polanco de Teruel (1997-2000)
- Vocal del Ilmo Colegio Oficial de Médicos de Teruel, en representación de los Médicos de Hospitales
- Director de Área Médica de la Fundación Hospital Calahorra 2001-2003
- Coordinador de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina de la Fundación Hospital Calahorra (2001- julio 2005)
- Director Asistencial de la Fundación Hospital Calahorra (2003-julio 2005)
- Vocal del Patronato rector de la Fundación Hospital Calahorra (2003-julio 2005)
- Primer autor de 35 trabajos publicados en revistas de ámbito Nacional o Internacional
- Coautor de 37 trabajos publicados en revistas de ámbito Nacional o Internacional
- Autor y Editor de dos libros, y autor de 8 capítulos de libros
- Autor de 54 comunicaciones o ponencias a Congresos de ámbito Nacional o Internacional
- Coautor de 65 comunicaciones o ponencias a Congresos de ámbito Nacional o Internacional
- Participación activa en congresos Nacionales de la Especialidad
- Participación en diez estudios de investigación, con dirección en 4 de ellos, de ámbito local o Nacional