

**Calidade e seguridade clínica
cara ao novo Montecelo**

*Calidad y seguridade clínica
hacia el nuevo Montecelo*



**XUNTA
DE GALICIA**

Calidade e seguridade clínica cara ao novo Montecelo

Dr. Jorge García-Borregón

Dr. Modesto Martínez Pillado



Autoría: Dr. Jorge García-Borregón, [Capítulo 2].
Dr. Modesto Martínez Pillado [Capítulo 1,3,4]

Tradución: Lidia Campos Chan

Título: Calidade e seguridade clínica cara ao novo Montecelo

Edita: Xunta de Galicia
Servizo Galego de Saúde
Consellería de Sanidade
Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.
Subdirección de Humanización, Calidad e Atención a la Ciudadanía.

Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S.A

Lugar e ano de edición: Pontevedra, 2021

TÁBOA DE CONTIDO

SÓ ESCOITANDO PODEMOS MELLORAR	7	
IMPULSO Á DOCENCIA E Á CALIDADE CARA AO GRAN MONTECELO	9	
10 FITOS	10	
1 MELLORANDO A CALIDADE E A COORDINACIÓN ASISTENCIAIS	11	
Relacións preferentes con unidades asistenciais e outros dispositivos	25	
Xestión efectiva de calidade e seguridade na área Clínica, Área Cirúrxica e de Soporte	25	
2 MELLORANDO A SEGURIDADE	29	
Liñas de traballo que se asentan nas estratexias do SERGAS	29	
Seguridade do paciente: SiNASP Plataforma de Comunicación de Incidentes..	31	
Seguridade do paciente Listaxe de verificación cirúrxica (LVQ)	33	
Infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria Programas Zero (pneumonía, bacteriemia, resistencia)	33	
Infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria Programa de fomento da hixiene de mans	34	
Infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria CÓDIGO SEPSE	34	5
3 ACCIÓNS E CRONOGRAMAS EN CALIDADE ASISTENCIAL	37	
Diminución da variabilidade da práctica clínica Proxecto: Implementación “Non facer”	37	
Diminución da variabilidade da práctica clínica Desnutrición Zero	37	
Certificación e acreditación de servizos ou unidades e actividades: ISO	37	
Certificación e acreditación de servizos ou unidades e actividades: GETECCU ..	37	
Certificación e acreditación de servizos ou unidades e actividades: Servizo de Medicina Intensiva	37	
Certificación e acreditación de servizos ou unidades e actividades: normalización dos protocolos.	38	
Certificación e acreditación de servizos e unidades e actividades: Outros recoñecementos en calidade.	38	
Mellora da satisfacción do usuario	38	
4 CERTIFICANDO CON CALIDADE	39	
Accións de comunicación e sensibilización	39	
Avaliación e mellora	39	
Desenvolvemento de estratexias de investigación	41	

ANEXOS	45
Anexo 1. Rexistro de protocolos código 19	45
Anexo 2. ENQUISA DE SATISTACCIÓN PARA FUTUROS RESIDENTES	46
Anexo 3. RESULTADOS DA ENQUISA DE SATISTACCIÓN PARA FUTUROS RESIDENTES.....	48
Anexo 4. Programa de hixiene de mans. Avaliación respecto do estándar por ano citado e referencia	49
Anexo 5. Hospitais sen fume. Resultados e avaliación	49
BIBLIOGRAFÍA	51

Cara ao novo hospital Gran Montecelo con calidade e seguridade clínica

Jose Ramón Gómez Fernández. Xerente da Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés

SÓ ESCOITANDO PODEMOS MELLORAR

Mentres escribo estas liñas, estamos nun momento álxido da pandemia, vivindo situacións que nunca imaxinabamos que poderían ser reais. Xa chegará o momento adecuado para pensar en como poderemos mellorar para continuar ofrecéndolles o mellor aos nosos pacientes e aos seus familiares. Non esqueceréi nunca os pacientes que tiveron que estar sós nesta pandemia, non deixo de pensar neles. Agora ben, de forma paralela, esta pandemia mostrounos respostas que convidan ao optimismo. Profesionais cun compromiso na máis pura esencia do profesionalismo, no mellor sentido da palabra.

Enlazo co obxectivo desta presentación sobre “calidade e seguridade clínica cara ao novo Montecelo”. Chegamos ata aquí precisamente por todo o que fixemos. Somos unha organización que dá os mellores resultados cando traballa en rede e que debería sentirse orgullosa dos logros que conseguiu. Contemplo os recoñecementos que obtivemos na mellora da seguridade clínica, na mellora da satisfacción do paciente e en innovación, como mostra dese compromiso profesional e das ganas de mellorar con calidade e seguridade.

Os fitos conseguidos (diminución das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria ou os resultados de bioseguridade ambiental) evidencian como logramos unha coordinación cos distintos dispositivos asistenciais. Creáronse equipos na área asistencial e non asistencial; levouse a cabo unha importante actualización de procedementos e protocolos; logrouse a certificación e acreditación de calidade; desde hai máis dun lustro, adquiriuse o compromiso ambiental; establecéronse medidas de coordinación e xestión, obxectivos por etapas, tal e como pode comprobarse no cronograma; estendemos o SiNASP (Sistema de Notificación e Aprendizaxe para a Seguridade do Paciente) a tres novos centros de atención primaria (AP): o noso compromiso é estendelo a toda a área, sen esperar pola construción do novo hospital. Se a todo isto lle sumamos a responsabilidade social corporativa coas asociacións de pacientes, podemos confirmar que estamos nun bo camiño.

Estamos en marcha cara ao novo hospital. É un grande investimento en saúde e unha grande oportunidade que temos todos para mellorar como rede: atención primaria, atención hospitalaria e atención sociosanitaria. Debemos dar a mellor resposta posible a esta oportunidade. Non se trata só de construír un hospital único, trátase tamén de aproveitar a oportunidade única que se nos brinda para planificar, executar, avaliar e mellorar. Este documento fainos sentir moi orgullosos do que conseguimos e convértese nun punto de apoio para dar un salto para melloralo aínda máis. Só escoitando podemos mellorar, empezando polos pacientes. A eles debémonos e danlle sentido á nosa área sanitaria.



Cara ao novo hospital Gran Montecelo con calidade e seguridade clínicas
Dr. Jorge García Borregón Millán. Subdirector de Humanización, Calidade e Atención á Cidadanía

IMPULSO Á DOCENCIA E Á CALIDADE CARA AO GRAN MONTECELO

A mellora da calidade orientada á asistencia baseada en valor combínase cunha participación máis activa dos pacientes na seguridade clínica, onde os PROMS (resultados reportados polo paciente –Patient-Reported Outcome Measure–) e os PREMS (experiencia reportada polo paciente –Patient Reported Experience–) son propostas na raíz dun novo modelo de relación co paciente e os seus achegados. Nada alleo, por outra banda, a cambios de relación da cidadanía coa Administración. A Lei 19/ 2013, do 9 de decembro, de transparencia, acceso á información pública e bo goberno, ordena o acceso da cidadanía a información e a datos que antes se consideraban de uso interno.

Na Estratexia 2020 do Servizo Galego de Saúde, a misión defínese como “Mellorar a saúde da cidadanía a través da prestación de servizos sanitarios asistenciais efectivos, eficientes e de calidade de forma equitativa e sustentable, garantindo os dereitos e deberes dos pacientes”. A calidade non é unha suma de dimensións. A avaliación das propostas en termos de valor achegado ou a adecuación da asistencia ou a efectividade ou a satisfacción percibida implican darlle prioridade a unha dimensión sobre outra. Ademais, esas dimensións poden ser cambiantes co tempo.

Continuamos coa mellora da seguridade clínica: a implantación do CÓDIGO SEPSE; a incorporación de tres novos centros de saúde a SiNASP, o que nos permite dar unha cobertura do 60 % da poboación de referencia; os programas institucionais: ZERO toma forma na certificación obtida polo servizo de coidados intensivos; as normas ISO 9000 promoven a adopción dun enfoque baseado en procesos: tras a adaptación á nova versión, mantemos as certificacións, ás que lles sumamos o Servizo de Dermatoloxía, xunto coa importantísima ISO 14001. Conseguimos recoñecementos en seguridade clínica, en experiencia do paciente, a certificación da Unidade de Enfermidade Inflamatoria Intestinal (EII).

Nestes momentos de transparencia, onde os pacientes nos piden unha maior participación, preséntasenos a oportunidade de adaptar o noso futuro hospital a propostas de mellora de pacientes e profesionais. Afrontaremos melloras na indicación de antibióticos, en programas de hixiene de mans, así como en definir un novo modelo de relación cos pacientes. A pandemia é o necesario momento de cambio que debemos aproveitar.

O impulso á docencia foi espectacular. As incorporacións en formación MIR (médico interno residente) do Servizo de Uroloxía, de Reumatoloxía, de Endocrinoloxía e de Cardioloxía, ademais dunha nova praza en Pediatría, súmanse á xornada de portas abertas a residentes.

Cara ao novo hospital, continuaremos mellorando a Área de Calidade e Seguridade Clínica, cunha visión en conxunto.

10 FITOS

1. **CÓDIGO SEPSE:** implantación e avaliación.
2. **HOSPITAL SEN FUME:** equipo de mellora.
3. **PROGRAMA FACER_NON FACER:** institucional.
4. **Plan de minimización de riscos microbiolóxicos:** melloraron os indicadores. O risco de incidencia de infección nosocomial foi de 1.5 infeccións por cada 100 ingresos (1.9 no ano anterior) e a taxa de incidencia foi de 2.6. Diminuíu nun 21 % tanto o risco de incidencia como a taxa de infección relacionada coa asistencia sanitaria.
5. **Programa Cirurxía Segura:** incorporámonos ao Programa CIRURXÍA SEGURA; somos a primeira área sanitaria de Galicia.
6. Propuxéronse máis de 150 medidas como consecuencia da análise realizada dos incidentes comunicados. Entre outras, destacamos alertas en boletíns (boletín Q-calidade), alertas inmediatas (correos electrónicos, verbais...), cambio na organización física, adquisición de material, modificación de protocolos, ademais de sesións, formación ou reunións/comunicacións, así como a revisión técnica de equipamentos.
7. **SOMOS + SEGURIDADE CLÍNICA:** acceso a SiNASP, plataforma de comunicación de incidentes. Sabías que melloramos a seguridade clínica? Incorporáronse os centros de saúde de Caldas de Reis, Vilagarcía de Arousa e Vilanova de Arousa. O número de servizos de atención primaria adheridos / total poboación pasou a ser o 58 % da poboación de referencia. Premio FiDisP á mellora da seguridade clínica.
8. **SOMOS + AMBIENTAL_MENTE_SUSTENTABLES:** coidamos a nosa contorna, coidamos o noso ambiente e contribuímos a un medio ambiente natural. Sabías que medimos a pegada de carbono? Sabías que non incrementamos as emisións de CO₂ á atmosfera desde o ano 2017? Sabías que logramos diminuír o consumo e as emisións por combustibles fósiles? Diminuímos o noso impacto no medio ambiente. Diminuímos o 13 % do consumo de osíxeno (<13 %), nitróxeno (<53 %), enerxía eléctrica (<6 %) e gas natural (<2 %).
9. **SOMOS + DOCENTES:** máis formación especializada ca nunca. Sabías que contamos con 155 residentes e o acceso a 52 prazas por ano de formación especializada? Incorporamos formación MIR (médico interno residente) en cardioloxía, endocrinoloxía e nutrición, uroloxía e reumatoloxía. E tamén incorporamos formación EIR (enfermeiro interno residente) en pediatría, saúde mental e unha praza máis das especialidades de medicina de familia e comunitaria e de pediatría e as súas áreas específicas. O Centro de Atención Primaria Virxe Peregrina incorporouse á docencia MIR de Medicina de Familia
10. **PREMIOS NACIONAIS BEST PRACTICE:** Servizo de Dermatoloxía (2019), Servizo de Dixestivo (2020), Servizo de Dermatoloxía 9001:2015, nova certificación.

CARA AO NOVO GRAN MONTECELO EN PREMIOS E RECOÑECEMENTOS Á MELLORA DA CALIDADE E A SEGURIDADE CLÍNICA

Seguridade clínica



11



PREMIO FIDISP EN SEGURIDADE DO PACIENTE

Servizo de Farmacia.

Programa AIR Farmacia: estratexia de mercadotecnia para a identificación de riscos sanitarios. Considerouse a súa calidade científica, a súa innovación, a súa aplicabilidade para outros centros sanitarios e a súa capacidade de motivación sobre os profesionais, xerando cultura de seguridade do paciente nas organizacións.

CERTIFICACIÓN DE CALIDADE



12

2019 Certificación GETECCU

Servizo de Cirurxía Xeral e Dixestiva e Servizo de Dixestivo

(Certificación da Unidade de Enfermidade Inflamatoria Intestinal polo Grupo Español de Traballo en Enfermidade de Crohn e Colite Ulcerosa. Fai a entrega o Conselleiro de Sanidade).

CERTIFICACIÓN CALIDADE



2019 CERTIFICACIÓN PROGRAMAS ZERO:

Ministerio de Sanidade

SERVIZO de COIDADOS INTENSIVOS

(PROGRAMAS BACTERIEMIA ZERO, PNEUMONÍA E RESISTENCIA ZERO).

CERTIFICACIÓN CALIDADE



CERTIFICACIÓN IHAN

(OMS e Unicef)

HOSPITAL DO SALNÉS

(Fase4_Acreditación de calidade que outorgan a Organización Mundial da Saúde (OMS) e Unicef como centro IHAN, Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e á Lactación).

CERTIFICACIÓN CALIDADE



16

PREMIOS FUNDACIÓN ECO PARA A EXCELENCIA E A CALIDADE DA ONCOLOXÍA

FINALISTA: *Servizo de Farmacia*

BD Cato®. SISTEMA DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS PERIGOSOS.

Preparación gravimétrica de medicamentos perigosos.

INNOVACIÓN



17

PREMIO INNOVACIÓN IESE Healthcare e Managment Center

FINALISTA: *Unidade de Calidade.*

"e-YOUNG CHRONICS, unha nova categoría de pacientes".

Accésit. Categoría 1: Iniciativas de transformación dos modelos actuais de xestión cara ao modelo de xestión baseada no valor.

INNOVACIÓN



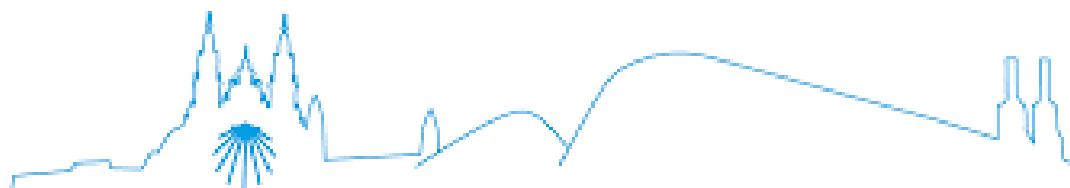
18

I PREMIO DE INNOVACIÓN EN SAÚDE DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE GALICIA
FINALISTA: *Unidade de Calidade.*
"e-young cronichs: unha nova categoría de pacientes".
Categorías Profesionais.



Premios New Medical Economics
FINALISTA.
2020 Categoría 'Promoción da innovación'.
Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés. Hospital Montecelo.

CALIDADE PERCIBIDA



21 CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES Y GESTIÓN SANITARIA

Innovación: camino de sostenibilidad | Innovación: camiño da sustentabilidade

Santiago de Compostela | 8, 9 y 10 de mayo de 2019

MELLOR PROXECTO DE INVOLUCRACIÓN DE PROFESIONAIS SANITARIOS FINALISTA.

2019 PROGRAMA AIR FARMACIA: Deseño dunha estratexia de mercadotecnia para a identificación de riscos sanitarios”.

19



PREMIOS REDACCIÓN MÉDICA 2019⁴
CATEGORÍA: ACCIÓN EN RSS: Finalista.
Proxecto de terapia musical “Un mes, un son”.

CATEGORÍA: XERENCIAS INTEGRADAS: Finalista.
Alta tecnoloxía 3D+4K. Servizo de Cirurxía.

XESTIÓN E DIRECCIÓN



20

2201 XI CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN AO PACIENTE CRÓNICO⁵.
Premio á mellor comunicación na categoría de proxectos de investigación.

PREMIOS
NEW MEDICAL ECONOMICS
2020

ME

2020_Premios New Medical Economics
Finalista.
Hospital público con mellor xestión.
Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

XESTIÓN E DIRECCIÓN



22



PREMIOS BIC Best in Class 2020

Servizo de Dixectivo.
PREMIO NACIONAL.
Proceso Hepatite C.

XESTIÓN E DIRECCIÓN



23

2020 Premios Best in Class (BiC)

Finalista.

Mellor Hospital.

Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

2020 Premios Best in Class (BiC)

Candidaturas finalistas:

Servizo de Anestesioloxía e Reanimación.

Servizo de Dermatoloxía.

Servizo de Microbioloxía.

Unidade de Alerxia.

Farmacia Hospitalaria no Servizo de Oncoloxía.

Servizo de Patoloxía Dixestiva e Unidade de Hepatite C.

Servizo de Microbioloxía.



CARA AO NOVO GRAN MONTECELO

Mellorando a calidade e a coordinación asistenciais

Relacións preferentes con unidades asistenciais e outros dispositivos

Nunha recente enquisa, os cinco principais problemas de mellora da calidade vincúlanse coa hixiene de mans, os problemas de comunicación interprofesionais, os erros da medicación, a baixa comunicación de incidentes de problemas de seguridade clínica e de efectos adversos e coa inadecuación de antibióticos, que contribúe ao incremento da resistencia microbiana.

Dentro da estratexia xeral da área sanitaria, aquí podes atopar estratexias para mellorar a calidade e a seguridade clínica en procesos asistenciais, cirúrxicos e de soporte, en liña con eses principais problemas de calidade sinalados anteriormente.

Xestión efectiva de calidade e seguridade na Área Clínica, Área Cirúrxica e en áreas de Soporte

- Mellora das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria: Programas ZERO e Sistema de vixilancia da incidencia da infección nosocomial global.

A mellora da adecuación de antibióticos trata de afrontar o grave problema da resistencia microbiana. Para iso, o seguimento dos programas ZERO e PROA, acompañados dun programa para a mellora da hixiene de mans, está orientado cara á mellora das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria (IRAS).

O estudo das IRAS é complexo e require unha abordaxe metodolóxica que permita obter información de calidade, homoxénea, representativa e comparable dentro do hospital e entre hospitais de todo o país. Por exemplo, ao non utilizar unha revisión sistemática dos pacientes ingresados, o sistema pode infraestimar a contía do risco e a taxa de incidencia. Agora ben, a procura activa de casos a partir de fontes primarias de información (revisión sistemática) e a revisión diaria de todos os cultivos microbiolóxicos, xunto coa radioloxía torácica, melloran a precisión.

- Programa PROA (Programa de Optimización de Antimicrobianos). Logrouse mellorar a indicación de antibióticos cun equipo de implantación e mellora do programa.

Os programas de optimización de antimicrobianos (PROA) son unha ferramenta efectiva para garantir o uso racional dos antibióticos. Por exemplo, no hospital La Fe, de Valencia, logrouse unha redución dun cuarto do consumo total de antimicrobianos. Un total de 218 episodios infecciosos en 182 pacientes foron avaliados por PROA en 61 reunións. A implantación conduciu a unha redución significativa da prescrición de penicilinas + inhibidores de b-lactamasas, linezolid, cefalosporinas e aminoglucósidos. Noutros hospitais nos que se interveu, existe un rexistro informatizado de microorganismos multirresistentes, cunha avaliación diaria (vixilancia activa nas unidades de cuidados intensivos (UCI) polivalentes, programas ZERO –como tamén dispoñemos na nosa área–), coa monitorización da densidade de incidencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) nosocomial de nova adquisición ou de *Acinetobacter Baumannii*⁸.

Os programas de optimización de antimicrobianos (PROA) deben de ir acompañados dunha mellora na hixiene de mans. Unha posible mellora pasa por incorporar no alcance a atención socio-sanitaria¹. Logrouse a través dun modelo na atención e seguimento do consumo de antibióticos, conseguindo unha redución do 60 % no consumo de carbamepenes, coa optimización diaria destes fármacos. Outra mellora pasa por establecer módulos de vixilancia en próteses de cadeira, xeonllo, cirurxía de colon etc., que nos permitirán a comparación, participando na plataforma SiViEs, que xestiona o Centro Nacional de Epidemioloxía do Instituto de Saúde Carlos III.

Destacar a participación da nosa organización na Rede Nacional de Vixilancia Epidemiolóxica, dentro do Sistema nacional de vixilancia das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria (IRAS). Facemos a monitorización a través dos seguintes sistemas de vixilancia:

1. Sistema de vixilancia de incidencia de infección nosocomial global (SVIIN-G).
2. Sistema de vixilancia de incidencia de infección nosocomial de procedementos e servizos específicos (SVIIN-PSE) de unidades de críticos (Unidade de Reanimación, UCI):
 - a) Bacteriemias asociadas a catéter central.
 - b) Pneumonías asociadas a ventilación mecánica.
 - c) Infeccións urinarias asociadas a catéter vascular.
 - d) SVHN-PSE en unidades de críticos.
 - e) SVHN-PSE na Unidade de Reanimación (Sistema de vixilancia de incidencia de infección nosocomial de procedementos e servizos específicos [SVIIN-PSE]).
3. Sistema de alerta epidemiolóxica de infección (SAEI).
4. Sistema de verificación microbiolóxica da bioseguridade ambiental (SVM-BSA).
5. Sistemas de verificación da calidade da auga de consumo humano (SVC-ACS).
6. Sistemas de verificación e control da Legionella ambiental (SVC-Legionella).
7. Sistema de verificación e control da auga purificada de hemodiálise e do líquido de dializado (SCV-hemodiálise).
8. Sistema de verificación microbiolóxica das cociñas hospitalarias (SVM-cociñas).
9. Sistema de verificación do cumprimento da hixiene de mans e uso adecuado de luvas (SVC-HdeM e luvas).
10. Sistema de verificación e control da calidade obxectiva (con inmunofluorescencia) da limpeza de superficies.

- Mellora da seguridade clínica: novos servizos SiNASP en atención primaria. Desde a implantación da plataforma SiNASP, non se incorporaran novos centros de saúde. Coa incorporación de Vilanova, Vilagarcía de Arousa e Caldas de Reis, a plataforma está á disposición de profesionais que lle prestan atención ao 58 % da poboación de referencia. Nesta liña, continuaremos incorporando os nosos centros de saúde..

O obxectivo do sistema de notificación é a mellora da seguridade dos pacientes a partir da análise de situacións, problemas e incidentes que lles produciron, ou poderían producir, danos. A énfase principal do sistema está na aprendizaxe para a mellora.

- Seguridade na área do medicamento: puxemos en marcha, entre outras accións, a implantación da PRESCRICIÓN ELECTRÓNICA, sumado ao proceso gravimétrico BD Cato® (Servizo de Farmacia).

Queremos citar tamén Pharmasuite como aplicativo que permitiu a estandarización. O seu valor engadido é a mellora da práctica farmacéutica da preparación de medicamentos con trazabilidade total e baixo criterios de boas prácticas de elaboración e control de calidade, partindo dunha ou varias materias primas ata a formulación final do produto acabado, listo para o seu uso. É unha innovación que se pode estender aos demais servizos de farmacia de calquera hospital, xa sexa do Sistema Nacional de Saúde ou do sector privado. .

- Programa Cirurxía Segura: Incorporámonos ao programa CIRURXÍA SEGURA e somo a primeira área sanitaria de Galicia que participa neste proxecto do MINISTERIO DE SANIDADE..

As infeccións do sitio cirúrxico máis frecuentes foron as bacteriemias, seguidas das infeccións do tracto urinario (ITU). Os microorganismos illados con máis frecuencia foron *Escherichia coli* meticilino sensible e *Enterococcus faecalis*. Diminuímos nun 10 % o risco de infección do lugar cirúrxico.

- Plan de minimización de riscos microbiolóxicos: melloraron os indicadores de infección nosocomial respecto do ano 2018 na totalidade das unidades do CHOP. O risco de incidencia de infección nosocomial foi de 1.5 infeccións por cada 100 ingresos (1.9 no ano anterior) e a taxa de incidencia, de 2.6. Diminuíu nun 21 % tanto o risco de incidencia como a taxa de infección relacionada coa asistencia sanitaria.

No contexto do Plan de minimización de riscos microbiolóxicos realízanse programas de vixilancia, prevención e control en relación coas infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria (IRAS) e a bioseguridade ambiental (Táboa 1).

Táboa 1. Sistema de vixilancia de incidencia da infección nosocomial global (SVIIN-G) por indicador e ano.

	2018	2019	n	%
Risco de incidencia de infección nosocomial (IN) por cada 100 ingresos	1,9	1,5	0,4	21%
Taxa de incidencia de IN POR CADA 1000 ESTANCIAS	3,3	2,6	0,7	21%
Risco de incidencia de infección do sitio cirúrxico	2	1,8	0,2	10%

- **Implantación de programas institucionais:**

27

- **PROGRAMA INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DO SUICIDIO.** Participación no documento de consenso. Implicou a atención primaria e a hospitalaria, ademais dos servizos de atención social.

- A DIMINUCIÓN DA **VARIABILIDADE DA PRÁCTICA CLÍNICA TRATOUSE DE ABORDAR a través do PROGRAMA INSTITUCIONAL “FACER-NON FACER”.**



CARA AO NOVO GRAN MONTECELO

Mellorando a seguridade clínica

Liñas de traballo que se asentán nas estratexias do SERGAS

A **sensibilización e a creación da cultura de calidade** foméntase a partir de intervencións (por exemplo, roldas de seguridade clínica en críticos), plataformas de comunicación de incidentes (SENSAR, SiNASP), retroalimentación de resultados en seguridade clínica (Q-Boletín e outros), así como coa coordinación SiNASP e SENSAR para incidentes de seguridade da Área Cirúrxica.

Coordináronse accións dirixidas a incrementar a seguridade do paciente e mellorar a calidade asistencial. Levouse a cabo con servizos asistenciais e non asistenciais e comités técnicos sanitarios implicados (por exemplo, a campaña "A cultura de seguridade clínica: 10 RECOMENDACIÓNS CORRECTAS").

Tomáronse máis de 150 medidas como consecuencia da análise realizada dos incidentes comunicados: alertas nos boletíns (boletín Q-calidade), alertas inmediatas (correos electrónicos, verbais...), cambios na organización física, adquisición de material, modificación de protocolos, ademais de sesións, formación ou reunións/comunicacións, así como revisións técnicas.

- Seguridade clínica do paciente **planificación e mellora da seguridade dos coidados**

Dentro das accións para mellorar a seguridade e a calidade asistencial, sinalamos, en primeiro lugar, os programas institucionais. A identificación inequívoca de pacientes, o uso seguro do CLK, a prevención de caídas e a atención de úlceras por presión relacionadas coa planificación dos coidados, xunto coa estratexia de atención integral á dor, constitúen os principais programas institucionais para a mellora da seguridade clínica.

A **identificación inequívoca de pacientes** está en datos de excelencia.

29

Relacionado cos coidados, os indicadores sobre a evolución da flebite periférica experimentaron unha mellora do 27 % interanual e dun 38 % acumulado nos últimos tres anos.

En canto ás **caídas**, como problema de seguridade clínica, conséntase un incremento dun 7 % interanual e dun 17 % agregado os dous últimos anos, probablemente ligado ao incremento nun 3 % da fragilidade de pacientes con risco de caídas.

A avaliación da quinta constante, a **dor**, supera o estándar do 80 % e situámonos a un paso de acadar o 90 %. En canto ás **úlceras por presión** (UPP), aumentou un 2 % o risco de UPP nos pacientes (acumulado nos dous últimos anos).

Na **planificación de coidados**, a valoración ao ingreso supera o 96 % no ano 2019. Os informes de continuidade de coidados no momento da alta foron o 73 %, e aínda que non alcanzan o estándar, o 80 %, soben un 36 % nun só ano, no camiño de mellorar a atención asistencial en rede (Táboa 2).

Táboa 2. Indicadores nos programas corporativos do SERGAS en planificación e mellora da seguridade dos coidados.

	ESTANDAR	2016	2017	2018	2019	2019vs2018	2019vs2017	
FLEBITE PERIFÉRICA	% pacientes con vía periférica que desenvolven flebite / total de pacientes con vías rexistradas		1	0,9	1,1	0,8	-27%	-11%
	% vías periféricas que desenvolven flebite / total de vías IV rexistradas	<3%	0,8	0,8	0,9	0,6	-33%	-25%
IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA	% identificación [% pacientes correctamente identificados / total de pacientes ingresados].	100%			92	97	4%	
INCIDENCIA DE CAÍDAS	% incidencia de caídas (n.º de caídas declaradas / n.º de estancias nese período de tempo, multiplicado por 1000).	≤ 1 ‰	1,1	1	1	1,1	7%	10%
	Proceso de prevención de caídas. % valoración [pacientes con valoración do risco de caídas rexistrada nalgún momento do ingreso]	≥ 90%	80,3	97,2	98,2	96,9	-1%	0%
	Pacientes con risco de caídas e aplicación de coidados. [pacientes valorados como de risco de caídas (baixo, medio ou alto) aos que se lles planifican actividades de enfermería de prevención / pacientes de risco].	≥ 90%	82,1	85,4	86,7	88,1	2%	3%
VALORACIÓN DA DOR	Valoración da dor. % con valoración da dor na gráfica de constantes (pacientes que ingresaron [externos + traslados] na unidade e que foron valorados [en gráfica] en relación co número total de ingresos na mesma unidade e período).	≥ 80%	86	85,9	87,1	86,9	0%	1%
ÚLCERAS POR PRESIÓN	Rexistro de pacientes adultos con úlceras. % de UPP intraunidade (porcentaxe de UPP intraunidade aparecidas no período de estudo entre o número total de ingresos).	<1,85	1	1,2	1,3	1,3	-5%	8%
	Proceso de prevención de úlceras por presión. % valoración [pacientes con valoración do risco de UPP (escala Braden) nalgún momento do ingreso / número total de ingresos].	>90%	80	97	97,9	96,3	-2%	-1%
	Pacientes con risco de UPP e aplicación de coidados. % pacientes con risco de UPP e aplicación de coidados [pacientes valorados como de risco de UPP (baixo, medio ou alto) aos que se lles planifican actividades de enfermería de prevención / número total de pacientes de risco].	>90%	87,3	93,2	92,3	94,3	2%	1%

PLANIFICACIÓN DE COIDADOS	Valoración de enfermería ao ingreso. Pacientes con valoración de enfermería realizada (contendo, polo menos, un signo ou síntoma) despois das 24 horas do ingreso / total de pacientes ingresados no momento do estudo).	>90%	91,4	94,3	96,4	2%	5%
	Informe de continuidade de cuidados de enfermería (ICC). (% pacientes dados de alta externa (a domicilio ou a outro hospital) con ICC elaborado).	≥ 85%	95,9	54	73	36%	-23%
	Plan de cuidados individualizado. (% pacientes con planificación que teñen un plan de cuidados individualizado (con, polo menos, un diagnóstico real ou potencial) elaborado despois das 24 horas do ingreso / total de pacientes ingresados).	>90%	55	57	67%	17%	21%
	Planificación total. % de pacientes con plan de cuidados, tanto estándar como individualizado (con, polo menos, un diagnóstico real ou potencial) elaborado despois das 24 horas do ingreso / total de pacientes ingresados. Considéranse como non aplicables os pacientes que levan ingresados menos de 24 horas.	>90%	99	98	98	1%	-1%

Outros indicadores: o indicador relacionado con fugas vasculares respecto do ano 2018 pasou de 13 a 7 no 2019.

Táboa 3. Indicadores de seguridade relacionados con procedementos vasculares e outros indicadores.

	2019
Taxa de incidencia de fugas (‰ estancia)	0.03
- N.º de episodios con vías centrais	2,2%
- N.º de episodios con vías periféricas	76,3%
Total de pacientes con ALTA de enfermería	21196
N.º de informes de continuidade de cuidados de enfermería en GACELA	14259
% de pacientes con informe de alta (85 %)	67%

(xan.-set. 2019)

- **Seguridade do paciente:** SiNASP Plataforma de Comunicación de Incidentes

SINASP: Incorporáronse os centros de saúde de Caldas de Reis, Vilagarcía de Arousa e Vilanova de Arousa. O número de servizos de atención primaria adheridos / total poboación pasou a ser un 58 % da poboación de referencia.



Táboa 4. Evolución de notificacións na área sanitaria por ano.

	2015	2016	2017	2018	2019	2015 vs 2019
SERGAS	1861	1935	1717	1842	2080	11%
Área	185	172	187	183	290	36%

Os incidentes representan o 10 % de todos os comunicados en hospitais. Con todo, en AP mantense estable. O 12 % das notificacións SiNASP no SERGAS realízanse desde esta área sanitaria. Entre 2015 e 2019, as comunicacións de incidentes incrementáronse nun 55 %, mentres que no SERGAS este aumento foi dun 15 %.

Táboa 5. Relación de incidentes en SINASP por ano e área sanitaria vs SERGAS.

	2015	2016	2017	2018	2019	2019 vs 2015
ASPS	191	227	202	200	296	55%
SERGAS	2089	2349	2036	2150	2399	15%

- **Áreas de notificación:** a principal está relacionada co medicamento, do mesmo xeito ca o resto das áreas sanitarias. Con todo, no conxunto do SERGAS a súa aparición porcentual pasou do 20 % no ano 2015 ao 16 % no ano 2019. A continuación, seguen como áreas de notificación as relacionadas coa xestión organizativa e os recursos (10 %), seguidas de todas aquelas relacionadas con equipos dispositivos.

Nas unidades de hospitalización constátanse o 38 % en 2019, seguidas de urxencias (9 %), servizos centrais (9 %) e bloque cirúrxico (9 %), consultas (8 %), Unidade de Coidados Intensivos (7 %) e hospital de día (7 %), que conforman o 75 % dos incidentes comunicados por área.

As causas contribuíntes foron o 32 % relacionadas con factores da organización (normas, recursos humanos, cultura, problemas de traballo en equipo), seguidas de factores profesionais, o 32 % (vinculados a formación, comportamento, comunicación, factores estresantes), da contorna traballo / instalacións / equipamento, o 24 %, e, por último, factores relacionados co paciente, o 4 %.

En SENSAR, a plataforma da Área Cirúrxica, comunicáronse 46 incidentes no ano 2019, co quirófano (en primeiro lugar) e a área do medicamento (42 %) como máis frecuentes.

- **Segundo o nivel de risco:** a severidade dos pacientes (SAC –Severity Assessment Code– 1 e 2) diminuíu respecto do ano 2015. Incrementouse desde o ano 2015 ao 2019 de 191 a 296 incidentes o número de notificacións SAC 1 e SAC 2, nas que estivo indicado realizar unha árbore causa raíz (ACR) sobre o total de notificacións SAC 1 e 2 (12,7 %), cifra inferior en 10 puntos a 2018 (22,9 %).

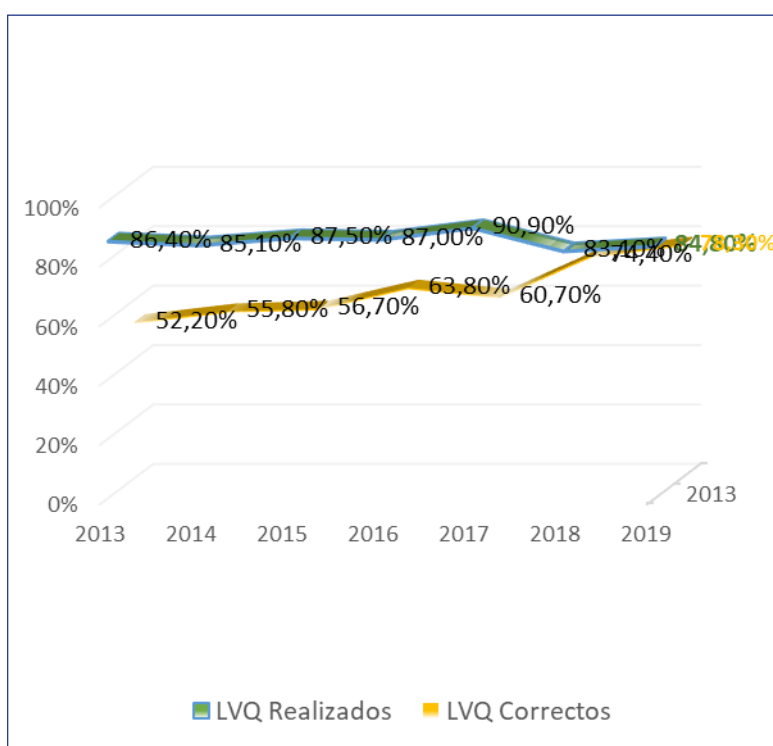
Táboa 6. Severity Assessment Code SERGAS 2019

SAC 1	20	1%
SAC 2	123	5%
SAC 3	463	20%
SAC 4	512	22%
SEN SAC	1189	52%

- Seguridade do paciente **Listaxe de verificación cirúrxica (LVQ)**

A LVQ é unha ferramenta clave para diminuír a incidencia de erros no quirófano, diminuír a morbimortalidade e mellorar as habilidades non técnicas do equipo cirúrxico.

Desde a implantación da listaxe de verificación cirúrxica na área sanitaria, a porcentaxe de LVQ correctamente cubertas segue unha traxectoria ascendente ao longo dos anos, aínda que non alcanza o obxectivo do 100 %. No *check-list* cirúrxico existe un apartado de observacións no que se pode reflectir o motivo polo cal non se cubre algún ítem (nenos, pacientes con dificultades para a comunicación...). No ano 2018, cubriuse o 83 % de todos as LVQ en toda o Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés (ASPS); agora ben, o verdadeiro cambio será se de verdade somos capaces de vincular de forma indefectible, inmediata e con *feedback* os resultados en seguridade.



- Infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria Programas Zero (pneumonía, bacteriemia, resistencia)



Os programas Zero teñen sentido lonxitudinal. Nunha visión ano a ano, pode levar a distorsións porque teñen sentido no seu conxunto e a longo prazo. Hai que ter en conta que para o diagnóstico de infeccións ligadas a dispositivos empréganse en medicina preventiva criterios European Centre for Disease Prevention and Control (E-CDC), utilizados no estudo EPINE.

Na nosa organización participan a Unidade de Coidados Intensivos (UCI) e a Unidade de Reanimación, do Servizo de Anestesia.

Servizo de Coidados Intensivos: no ano 2018, a densidade de incidencia acumulada en resistencia Zero (TAXA DE PACIENTES con BACTERIAS MULTIRRESISTENTES en INGRESOS >48 h) en UCI foi de 3.05 e en REA de 1.8. A taxa acumulada en España era de 4.16 e en Galicia de 1.49. En ITU, a DI (densidade de incidencia) foi <2.7 por mil. En UCI, en 2018 foi de 4.75 e en 2019, de 2.84, fronte a 2.64 en Galicia e 2.62 en España. As taxa de incidencia (TI) de infeccións nosocomiais relacionadas coa utilización de dis-

positivos invasores na UCI están dentro do estándar na pneumonía asociada a ventilación mecánica (1.7 / 1000 días de ventilación mecánica). Na infección urinaria relacionada con sonda uretral, 2.2 infeccións por cada 1000 días de sonda, e nas bacteriemias asociadas con catéter vascular, 1.3 infeccións por cada 1000 días de catéter.

Os cocientes de utilización de dispositivos invasores durante o ano 2019 foron elevados nos accesos vasculares e os habituais nos de ventilación mecánica (VM) e sonda urinaria.

Unidade de Reanimación. Servizo de Anestesia: a TI de infección nosocomial na utilización de dispositivos invasores está por baixo das 1.2 infeccións por 1000 días de VM. A ITU, 0.4 / 1000 días de sondaxe vesical, por baixo do estándar (1.3), e das bacteriemias asociadas a catéter vascular, 0.6 infeccións por cada 1000 días de catéter, por baixo do estándar (1.2). A taxa de incidencia de bacteriemia primaria foi inferior ao estándar (0.9 infeccións por cada 1000 días de catéter vascular). Os cocientes de utilización de dispositivos invasores foron elevados no caso das sondas vesicais e dos catéteres vasculares e normais en VM. Hai que ter en conta que como indicador de bacteriemias, se se inclúen as de orixe descoñecida (sen foco coñecido), modificaríanse os resultados.

- Infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria **Programa de fomento da hixiene de mans**



O 5 MAIO celebramos o DÍA INTERNACIONAL DA HIXIENE DE MANS cunha Guía de hixiene de mans para pacientes, familiares e visitantes, á vez que un Q-Boletín especial.

Realizáronse avaliacións periódicas no programa de fomento da hixiene de mans. No ano 2018, o resultado foi do 50 %, o que supón o límite de que esta medida se cumprise regularmente. Por grupos profesionais, a porcentaxe de cumprimento das normas foi do 46 % entre facultativos, 52 % na enfermería, 44 % entre técnicos en coidados auxiliares de enfermería (TCAE) e 58 % entre outros grupos. No marco do Plan de Obxectivos (ADX) realizáronse dúas avaliacións puntuais, mentres que o Servizo de Medicina Preventiva

realiza avaliacións periódicas. En 2019 (obxectivo ADX), os maiores valores na adherencia á hixiene de mans corresponden a TCAE e profesionais de enfermería. O momento que necesita mellora é antes de realizar a tarefa aséptica. O enfoque de autoprotección xustificaría a maior adherencia noutros momentos (Táboa 10).

A mellora vén por comparación. Recentes intervencións multimodais exitosas poderían servir de referencia (por exemplo, o Hospital de Alcorcón¹⁰). As intervencións formativas illadas, sen continuidade, se non forman parte dun plan, non teñen grande impacto. Máis alá da formación en si mesma, trátase de crear unha contorna emocional propicia para recibir a formación en prevención, vixilancia e control das IRAS. Por exemplo, a intervención que realizou o Hospital del Mar, de Barcelona, valeulle o Premio Europeo á Excelencia na Hixiene de Mans¹¹; utilizou a metodoloxía cualitativa concept mapping na formación mediante a chamada metodoloxía ILU.

- Infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria **CÓDIGO SEPSE**



Sensibilización e información: elaboráronse carteis informativos como fluxogramas de sospeita (nas unidades de hospitalización e urxencias), cartóns de peto con algoritmos de activación, que se difundiron entre os profesionais e na Intranet.

Informouse na Intranet con *topics* “En que consiste”, accesos directos ao libro e con algoritmos, como activalo e como axudar o equipo do Código sepse para a recollida de datos (existe unha persoa por servizo que colabora voluntariamente co equipo de traballo para completar os rexistros e facer *feedback* cos profesionais que o activan) etc.



Formación: difusión do CÓDIGO SEPSE. Realizáronse actividades formativas en todos os servizos mediante sesións clínicas para os médicos e a través do Programa 5+5 para a enfermería.

Desenvolvemento: creouse un equipo técnico para a posta en marcha e o desenvolvemento do proxecto. Creáronse equipos de traballo no CHUP e no Hospital do Salnés. Elaboráronse grupos de correo para a remisión de información. Leváronse a cabo sesións de formación e información trimestral dirixidas a profesionais de urxencias, especialidades médicas, cirúrxicas, unidades de coidados críticos e atención primaria.

Avaliación: elaboráronse informes trimestrais desde a Subdirección de Humanización, Calidade e Atención á Cidadanía. Activáronse máis de 181 códigos en 2019 (entre os activados e as sepse ingresadas en UCI e REA sen activación do Código sepse). A activación de alerta do Código sepse ten un valor de predictivo do 90 %.

Táboa 7. CÓDIGO SEPSE ACTIVADO POR SERVIZO DE INGRESO

UCI	44 %	35
REA	30 %	
MEDICINA INTERNA	13 %	
NEUMOLOXÍA	8 %	
ONCOLOXÍA	2 %	
TOTAL		

Táboa 8. Cronograma. Principais fitos en calidade e seguridade clínicas 2019

XAN.	FEB.	MAR.	ABR.	MAI.	XUÑ.	XUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEC.
Premios Calidade e Seguridade											
Premio FDSIP Seguridade do Paciente			Premios BEST IN CLASS.						Premios Best in Class 2019. Consellería: recoñecemento polas 14 candidaturas		I PREMIOS ACIS INNOVACIÓN EN SAÚDE
Principais actividades formativas e de sensibilización en calidade e seguridade											
Programa Código seipse: UCI URXENCIAS	Programa Código seipse: UCI URXENCIAS	Programa Código seipse: UCI URXENCIAS	Xornada de portas abertas para os residentes Código seipse: TRA ACV	Día Mundial da Hixiene de Mans. Q-Boletín: especial	NODOS INNOVACIÓN Código seipse: ANR-REA	Programa Lean para a mellora do proceso de mostras no Servizo de Hematoloxía		Código seipse: ANR-REA	Código seipse: CAR NML END. O novo decreto trouxo a creación da Subdirección de Humanización, Calidade e Atención á Cidadanía	Código seipse: GIN NRL REU HACKATON	Xornada de Seguridade no bloque cirúrxico Q-Boletín
Principais actividades avaliación e mellora en calidade e seguridade											
ISO 9001:2015 Auditorías Internas. IHAN: Reacreditación Hospital do Salnés	Auditoría Unidade de Enfermidade Inflamatoria -Dixestivo. Fase 2 SINASP: 3 equipos de atención primaria	SINASP Rolda de seguridade nas unidades de críticos (UCI-REA)	Actualización do Manual de procedementos operativos	Programa Cirurxía segura Certificación GETECCU Servizo de Dixestivo	Rolda de seguridade nas unidades de críticos (UCI-REA)	Rolda de seguridade nas unidades de críticos (UCI-REA) Día				ISO 9001: DERMATOLOXÍA	
Seguimento ADX Calidade	Seguimento ADX Calidade	Grupo de traballo Programa "Non facer". Alegacións ADX	Medicina interna: HS. Avaliación de riscos	PROGRAMA INNOVACIÓN: Nodos-SSCC	Seguimento ADX Calidade	Programa Desnutrición Zero					

CARA AO NOVO GRAN MONTECELO

Accións e cronogramas en calidade asistencial

Diminución da variabilidade da práctica clínica Proxecto: Implementación “Non facer”.

Participación na priorización das recomendacións seleccionadas nos grupos de traballo. Consegur que o cambio de cultura en canto ao non uso dalgunhas prácticas clínicas sexa efectivo.

Diminución da variabilidade da práctica clínica Desnutrición Zero.

Programa **Desnutrición Zero** (programa galego para a optimización da terapia nutricional especializada no paciente crítico). Inicio do plan de implantación. Designación do equipo de coordinación “Programa para a optimización de terapias nutricionais nos pacientes críticos”.

Certificación e acreditación de servizos ou unidades e actividades: ISO

Promoveuse a obtención e mantemento das certificacións ou acreditacións dos servizos clínicos e non clínicos, coordinando e monitorizando as accións para a súa consecución xunto con cada un dos servizos implicados. Renovamos as normas ISO 9001 nos Servizos de Farmacia, Análises Clínicas, Microbioloxía, así como a Unidade de Arquivos, no Servizo de Admisión; laboratorio de hematoloxía, no Servizo de Hematoloxía e Hemoterapia, así como a Unidade de Esterilización. Destacar a nova incorporación á norma ISO 9001 do Servizo de Dermatoloxía.

Certificación e acreditación de servizos ou unidades e actividades: GETECCU.



Tamén destacar a certificación GETECCU da Unidade de Enfermidade Inflamatoria Intestinal, do Servizo de Dixestivo.

37

Certificación e acreditación de servizos ou unidades e actividades: Servizo de Medicina Intensiva.



CERTIFICADOS DE CALIDADE POR CUMPRIR AS RECOMENDACIÓNS DOS PROXECTOS “TOLERANCIA ZERO” NO MANEXO DE PACIENTES CRÍTICOS: SEMICYUC - Sociedade Española de Medicina Intensiva, Crítica e Unidades Coronarias. Avalía como óptimos os resultados obtidos nos últimos anos.

- **Certificación e acreditación de servizos ou unidades e actividades:** normalización dos protocolos.

Ademais de incorporar novos protocolos (Anexo 1), actualizáronse os manuais de procedementos operativos. Accesibles na Intranet > documentación común.

Están establecidas normas de redacción e uns requisitos mínimos na elaboración e aprobación de protocolos, para que estean normalizados e sexa posible realizar o seu seguimento ou avaliar o seu grao de cumprimento. De igual modo, tamén se actualizou o PROCEDIMENTO XERAL PARA A XESTIÓN E CONTROL DA INFORMACIÓN DOCUMENTADA.

Calidade e seguridade clínica cara ao novo Montecelo

- **Certificación e acreditación de servizos e unidades e actividades:** Outros recoñecementos en calidade.

Anosa organización presentou candidaturas para o recoñecemento no ámbito da calidade. Entre outros, resultamos finalistas nos premios BIC (premio á mellor UNIDADE DE PSORIASIS), Fundación Avedis Donabedian, Premios Fundación Signo (Programa RAC –Recepción, Acollida, Clasificación–) na Unidade de Endoscopias do Servizo de Dixestivo, Premios Merck etc. Quereamos difundir a nosa cultura en mellora da calidade e seguridade clínica.

Conseguimos estupendos resultados, ratificados por distintas organizacións: Premios Sham de Xestión do Risco Sanitario.

PREMIOS INNOVA HEALTH CARE IESE_mar 2019_FINALISTA. CATEGORÍA I: Cuestionario CMBD2 para unha prescrición de saúde dixital a e-senior chronics.
www.healthcaremanagementcenter.com

Mellora da satisfacción do usuario.

Realizáronse enquisas de satisfacción de usuarios internos e externos. Convocáronse as XORNADAS DE PORTAS ABERTAS PARA FUTUROS RESIDENTES (Anexo 2). A avaliación da satisfacción rozou a excelencia (4 sobre 5). De forma periódica, avalíase o cliente interno, os provedores e os clientes externos dentro das normas ISO 9001; como exemplo, a enquisa de satisfacción no Servizo de Análises Clínicas¹⁴ e tamén para os seus clientes internos ou no Servizo de Microbioloxía¹⁵¹⁶. Destacar unha enquisa realizada sobre a percepción de información e seguridade clínica entre pacientes e profesionais na Unidade de Alerxia.



CARA AO NOVO GRAN MONTECELO

Certificando con calidade

Establecéronse medidas e obxectivos por etapas; acompáñase o cronograma cos principais fitos para unha coordinación cos distintos dispositivos asistenciais.

Levouse a cabo unha primeira etapa de sensibilización, outra de diagnóstico da situación e finalmente realizouse unha avaliación e mellora.

Accións de comunicación e sensibilización

¿Tienes una idea que puede mejorar el sistema sanitario?
Recuerda que cualquier pequeño cambio puede ser importante

Hackathon Pontevedra Challenge

LUGAR: AULAS DE DOCENCIA
Día: 21 de noviembre (13:30h)
METODO: en grupos de 2-3 personas, desarrolla una idea para presentar a los premios de innovación de ACIS. Nosotros te ayudamos

39

Dicembro 2019: Xornada de seguridade do paciente no bloque cirúrxico. Hospital Montecelo.

HACKATHON: Sesión de Innovación.

DÍA MUNDIAL DA SEGURIDADE DO PACIENTE. Participación do paciente na seguridade clínica.

Día Internacional da Sepse. Rolda da Seguridade en UCI e Reanimación.

Na área de formación colectiva relacionada con calidade e seguridade clínica, destacar o Programa Lean para a mellora do PROCESO DE MOSTRAS no laboratorio de hematoloxía.

Avaliación e mellora

Realizouse o **seguimento e avaliación periódica do Acordo de Xestión (ADX)**. En 14_XANEIRO_18 feb 2020_ 17_xullo_2019 púxose en marcha e a *posteriori* levouse a cabo a avaliación dos obxectivos de calidade mediante os indicadores de calidade e seguridade.

A orientación pasou por manter as Normas ISO e, á súa vez, promover a participación e mellora dos servizos a partir das normas de acreditación que as propias sociedades científicas definen

Calidade e seguridade clínica cara ao novo Montecelo

para determinadas unidades. Así, os criterios na Unidade de Alerxia, o Servizo de Cirurxía e o Servizo de Urxencias do Hospital do Salnés axudan a establecer un camiño cara á mellora, cun sentido máis clínico, tal e como a norma 9001 achega.

- Normas de acreditación das sociedades científicas:
 - Reacreditación mediante a avaliación externa da acreditación IHAN do Hospital do Salnés.
 - Auditoría de certificación da Unidade de EII (fases 1 e 2).
 - Avaliación preliminar para a acreditación da SEAIC (Unidade de Asma Grave): 100 % dos criterios básicos e máis do 70 % dos recomendados.
 - Servizo de Cirurxía Xeral e Dixestiva: acreditación da Sociedade Española de Coloproctoloxía.
 - Servizo de Urxencias do Hospital do Salnés: Norma SEMES.
- Normas de certificación:

Renovamos todas as Normas ISO 9001 e tamén a 14001, despois de que o ano anterior se fixese a adaptación cara ás novas edicións. Tamén conseguimos sumar por vez primeira un servizo clínico-cirúrxico (Servizo de Dermatoloxía).

- Outras accións de avaliación e mellora:

Rolda de seguridade na UCI e no Servizo de Reanimación Posanestésica.

40

Grupo de acción hospitais sen fume. En toda a área Sanitaria.

Grupo de acción “Hospitais sen fume” en toda a área sanitaria: a intervención na área sanitaria contribuíu a diminuír nun 6 % o número de usuarios e nun 20 % o número de traballadores que fuman en áreas indebidas. Constituíuse o EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO PARA GARANTIR O CONTROL E CUMPRIMENTO DAS OBRIGAS DERIVADAS DA PROHIBICIÓN DE FUMAR NOS CENTROS SANITARIOS.

Grupo de traballo: Programa Recomendacións “Que non facer”.



Programa¹⁸ de Garantía de Calidade do Proceso de Doazón_ auditoría externa 2019: **Auditoría externa** do Programa de Garantía de Calidade do Proceso de Doazón (ADOS –Axencia de Doazón de Órganos de Sangue–): inclúese a avaliación de indicadores relacionados coa mellora da calidade e a seguridade clínicas.

CARA AO NOVO GRAN MONTECELO

en calidade docente e investigación

Máis calidade en formación pre e posgrao

Na Área de Docencia, sinalar que se colaborou nas memorias docentes para os Servizos de Cardioloxía, Reumatoloxía, Uroloxía, entre outros, así como co Centro de Saúde Virxe Peregrina en atención primaria.

Xornadas de Portas Abertas. Avaliación de resultados: é a primeira vez que se celebran. A enquisa de satisfacción (Anexo 3) sinalou unha idade media dos asistentes de 25 anos e unha satisfacción global de 5/5; **o indicador máis importante: o 90 % recomendaríannos como referencia para outros profesionais en formación.**

Desenvolvemento de estratexias de investigación

Participamos nunha investigación, liderada pola Universidade de Navarra, para identificar os problemas de calidade e/ou seguridade clínica máis importantes para os hospitais españois. É a primeira fase para deseñar un prototipo baseado na intelixencia artificial, que poida mellorar a xestión da calidade e/ou a seguridade clínica para algún dos problemas críticos dos hospitais españois.

Proxecto Mapex Telefarmacia: Marco Estratéxico en Telefarmacia. Panelista. Sociedade Española de Farmacia Hospitalaria_da_2019_Actualización. Grupo de Expertos en Seguridade Clínica.

e-Health en áreas integradas: a avaliación da xestión da utilización foi un ítem preferente para a posta en marcha do Cuestionario Cambados, para a avaliación das competencias tecnolóxicas dos pacientes.

9 DE ABRIL DE 2019
JORNADAS DE PUERTAS ABIERTAS PARA FUTUROS RESIDENTES

Salón de Actos del Hospital Montecelo en Pontevedra

PROGRAMA

10:00: Presentación y bienvenida del Director Corrente del Área Sanitaria Pontevedra-Salnés.

10:15 - 10:30 ¿Por qué elegir nuestro centro? (Jefes de unidades de Atención Especializada y Medicina Familiar y Comunitaria).

10:30: Reunión con los representantes de residentes de las distintas especialidades.

12:00: Visita a los diferentes Servicios.

SERVIZO GALIZO DE SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés

OBJETIVO: Informar e intercambiar experiencias con futuros residentes de las diferentes especialidades acorrexidos en la Carencia de Atención Especializada de Pontevedra e O Salnés.

ORGANIZA: Unidad de Atención, Atención de Estudios de Atención Especializada y Medicina de Familia.

INSCRIPCIÓN: Unidad de Atención Recursal Montecelo. Enviar e-mail a dirección: especialidad@junta.servizos.galicia.es Teléfono 986.088.913

2019 CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN AO PACIENTE CRÓNICO²⁰. Premio á mellor comunicación tipo proxecto de investigación.

I. Said Criado (1), G. González Cristóbal (2), M. Martínez Pillado (3), A. Regueiro Martínez (4). "Validación do Cuestionario Cambados para definir os e-senior chronics". En: Libro de relatorios: XI Congreso de Atención Sanitaria ao Paciente Crónico / VIN Conferencia Nacional do Paciente Activo. Mérida. Sociedade Española de Medicina Interna. 2019, <https://www.congresocronicos.org/envio-de-comunicacións-xi-congreso/> (Premio ao mellor proxecto de investigación) (1). Área Sanitaria de Vigo (2). Residente de Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de Saúde de Vilanova. EOXI de Pontevedra e O Salnés (3). Unidade de Calidade. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (4). Centro de Saúde de Vilanova.

Vías de diagnóstico rápido en cancro colorectal mediante data mining. Nesta liña, o noso equipo de investigación dentro do Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur foi seleccionado polo Instituto de Saúde Carlos III, dentro do Programa de Axudas Estratéxicas en Saúde, en concreto, para a avaliación das vías de diagnóstico rápido en cancro colorectal mediante *data mining*.



Proxecto AIR Farmacia: 21 Congreso Nacional de Hospitais_Santiago. Finalista na categoría “Mellor proxecto de involucración de profesionais sanitarios”: Deseño dunha estratexia de mercadotecnia para a identificación de riscos sanitarios. Investigador principal: Modesto Martínez Pillado e o equipo AIR Farmacia. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Considerouse a súa calidade científica, innovación, aplicabilidade para outros centros sanitarios e a capacidade de motivación sobre os profesionais, xerando cultura de seguridade do paciente nas organizacións.

21 Congreso Nacional de Hospitais: fomentamos a participación de distintos servizos e unidades de atención primaria. Algunhas comunicacións presentadas son as seguintes (Servizo de Hematoloxía, Microbioloxía, Centro de Saúde de Vilanova de Arousa e Centro de Saúde de Vilagarcía de Arousa):

Área temática: AT1 - INNOVACIÓN E MODELO ASISTENCIAL

- Martínez Pillado M; Said Criado I; Ledo A; Ulla JL. Desenvolvemento da minería de procesos para a avaliación de vías rápidas de diagnóstico. En: Libro de relatorios : 21 Congreso Nacional de Hospitais. Santiago de Compostela; SEDISA 2019. p. 12.
- Regueiro Martínez A; Said Criado I; Sineiro Galiñanes E; Cores M; Romeu Martínez M; Martínez Pillado M. Efectividade dunha estratificación por competencias tecnolóxicas para a xeración baby boom (e-senior chronics). En: Libro de relatorios: 21 Congreso Nacional de Hospitais. Santiago de Compostela; Sedisa 2019. p.113.

Área temática: AT3 - INNOVACIÓN NOS MODELOS DE XESTIÓN

- Álvarez García P; García Campello M; Fernández Casas S; Trigo Daporta M; Pallares González A; Pulian Morais V. Desenvolvemento por equipos expertos para a adaptación á norma ISO 9001. En: Libro de relatorios: 21 Congreso Nacional de Hospitais. Santiago de Compostela; SEDISA 2019. p. 188.

Área temática: AT4 - INNOVACIÓN E PROFESIONAIS

- Martínez Pillado M, García-Borregón J, Crespo Diz C, Castro Lareo B. Efectividade dun programa de identificación de riscos con técnicas de mercadotecnia nun servizo de farmacia. En: Libro de relatorios: 21 Congreso Nacional de Hospitais. Santiago de Compostela; SEDISA 2019. p. 698.

Área temática: AT5 - INNOVANDO NA RELACIÓN COS PACIENTES

- García Costa A; Amador Barciela L; Santos Diaz P; Oubiña Hermida P; Fazanes Souto C; Lodeiro Graña L. Un modelo de avaliación do contexto e partes interesadas nun Servizo de Hematoloxía. En: Libro de relatorios: 21 Congreso Nacional de Hospitais. Santiago de Compostela; SEDISA 2019. p. 433.



ANEXOS

ANEXO 1. REXISTRO DE PROTOCOLOS CÓDIGO 19

INSTRUCCIÓN PARA A ENTREGA DE COPIAS DA HISTORIA CLÍNICA AOS PACIENTES.	INT-XXIPS-CTHC-01-22
PROTOCOLO DE MANEXO PERIOPERATORIO DE ANTIAGREGANTES E ANTICOAGULANTES.	XXIPS_PROL_CLN_21_22
PROTOCOLO DE MANEXO DA CONTENCIÓN MECÁNICA.	PROL-XXIPS-PSQ-22
PROTOCOLO DE ADMNISTRACIÓN IV DE ANESTÉSICOS LOCAIS.	PROL-XXIPS_ANM-01-22
PROTOCOLO DE ANAFILAXIA PERIOPERATORIA.	PROL-XXIPS-ANM-02-22
PROTOCOLO DE ETIQUETAXE DE FÁRMACOS NO BLOQUE CIRÚRXICO.	PROL-XXIPS_ANM-03-22
PROTOCOLO DE COIDADOS / RETIRADA DE CATÉTER EPIDURAL NUNHA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.	PROL-XXIPS_ANM-04-22
INSTRUCCIÓN TÉCNICA DE MANEXO DE FÁRMACOS NO PERIOPERATORIO.	INT-XXIPS_ANM-01-22
PROCEDEMENTO PARA A ORGANIZACIÓN E MANTEMENTO DOS CARROS DE MEDICACIÓN INSAUSTI@.	PROL-XXIPS-ENF_02_22
PROCEDEMENTO DE BAÑO TERAPÉUTICO.	ENF.01.PA.02
PROCEDEMENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA DE ENVOLTURA HÚMIDA. DOBRE PIXAMA.	ENF.01.PA.02
PROCEDEMENTO ASISTENCIAL DE TERAPIA FOTODINÁMICA.	DERM.02.PRA.05
PROCEDEMENTO ASISTENCIAL DE FOTOTERAPIA.	DERM.02.PRA.04
PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN EN DERMATOLOXÍA PEDIÁTRICA ESPECÍFICA. DERIVACIÓN E ASISTENCIA.	PROL-XXIPS-DER-01-22
PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN AO MELANOMA. VÍA RÁPIDA.	PROL-XXIPS-DER-02-22
PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN AO PACIENTE CON PSORIASE.	PROL-XXIPS-DER-03-22
PROCESO ASISTENCIAL DE CIRURXÍA MICROGRÁFICA DE MOHS.	PROL-XXIPS-DER-04-22
PROCEDEMENTO PARA O TRASLADO DE EXITUS, AMPUTACIÓNS E FETOS.	PROL-XXIPS-ADM-02-21
PROTOCOLO PARA A DERIVACIÓN Á CONSULTA DE DERMATITE DE CONTACTO.	PROL-XXIPS-ALG-02_22
PROCESO ASISTENCIAL NA APLICACIÓN DA VENTILACIÓN MECÁNICA NON INVASIVA.	PROL-ASPS-DAS-01
PROTOCOLO DE MANEXO PERIOPERATORIO DE ANTIAGREGANTES E ANTICOAGULANTES.	

Anexo 2. ENQUISA DE SATISTACCIÓN PARA FUTUROS RESIDENTES

XORNADAS DE PORTAS ABERTAS PARA FUTUROS RESIDENTES

Enquisa de satisfacción

Para situarnos:

- Son: Home Muller
- Idade 23-25 >26 anos
- Vivo en: Provincia de Pontevedra Prov. A Cor/ Lugo/Ou
 Castela e León Outros_____

- Para saber máis da nosa organización informácheste por (múltiple): Internet Outro residente

- Acudiches a outras xornadas de portas abertas? Si Non

- O meu posto no MIR é: >500 1001-2000
 501-1000 Outros:_____ (núm.)

46

Falemos de min 😊 (marca a icona que máis se achegue á túa resposta)

Gustoume como se organizaron estas Xornadas de Portas Abertas.



A recepción e acollida no noso hospital foi amable.



Démosche información suficiente para elixirnos para a túa residencia.



Os residentes da nosa área sanitaria animáronte a que nos elixas.



Os profesionais da nosa área sanitaria animáronte a que nos elixas.



Recibiches resposta ás preguntas que expuxeches.



Falemos de ti 😊

Estas xornadas axudáronme a tomar a decisión.



Despois destas xornadas, hei de solicitar máis información para decidir se elixo Pontevedra.



Levei unha grata sorpresa nestas xornadas, non esperaba toda a actividade que se fai.



Levei unha grata sorpresa nestas xornadas, non esperaba toda a investigación que se fai.



Levei unha grata sorpresa nestas xornadas, non esperaba todos os premios que recibiu esta área sanitaria.



E agora que xa nos coñecemos... Falemos!!!! 😊

Consultei nas redes sociais e gustoume o que vin sobre esta organización (hospital, AP etc.).



Que poderíamos facer para que nos elixises como o teu centro?

Desexaría que me axudasen a atopar piso.



A calidade desta organización supera o que eu esperaba.



A seguridade clínica desta organización supera o que eu esperaba.



Esta organización ofréceme moito máis do que esperaba antes desta xornada.



Recomendaríanos entre os teus compañeir@s para realizar a especialización?

Sí

Non

Agora que nos podes avaliar, en xeral, que nota nos pos?



Que che gustaría dicirnos e non che preguntamos?

Moitas grazas por dedicarnos o teu tempo!

ANEXO 3. RESULTADOS DA ENQUISTA DE SATISTACCIÓN PARA FUTUROS RESIDENTES

Falemos de min			
Gustoume como se organizaron estas Xornadas de Portas Abertas.	4,2	83%	75
A recepción e acollida no noso hospital foi amable.	4,3	87%	78
Démosche información suficiente para elixirnos para a túa residencia.	4,4	88%	79
Os residentes da nosa área sanitaria animáronme a que nos elixas.	4,8	97%	87
Os profesionais da nosa área sanitaria animáronme a que nos elixas.	4,8	97%	87
Recibiches resposta ás preguntas que expuxeches.	4,7	94%	85
Falemos de ti			0
Estas xornadas axudáronme a tomar a decisión.	3,8	77%	69
Despois destas xornadas, hei solicitar máis información para decidir se elixo Pontevedra.	4,1	82%	74
Levei unha grata sorpresa nestas xornadas, non esperaba toda a actividade que se fai.	4,1	82%	74
Levei unha grata sorpresa nestas xornadas, non esperaba toda a investigación que se fai.	3,8	76%	68
Levei unha grata sorpresa nestas xornadas, non esperaba todos os premios que recibiu esta área sanitaria.	3,9	79%	71
E agora que xa nos coñecemos..., falemos!!!			0% 0
Consultei nas redes sociais e gustoume o que vin sobre esta organización (hospital, atención primaria etc.).	3,6	72%	65
A calidade desta organización supera o que eu esperaba.	3,6	72%	65
A seguridade clínica desta organización supera o que eu esperaba.	3,9	79%	71
A seguridade clínica destas organizacións supera o que eu esperaba	4,2	84%	76
Esta organización ofréceme moito máis do que esperaba antes desta xornada.	4,2	83%	75
Recomendaríanos entre os teus compañeir@s para realizar a especialización. Si (1) Non (2)			0
Recomendaríanos entre os teus compañeir@s para realizar a especialización. Si (1) Non (2)	1,0	100%	18
Agora que nos podes avaliar, en xeral, que nota nos pos?	4,2	84%	76
Que che gustaría dicirnos e non che preguntamos?			

ANEXO 4. PROGRAMA DE HIXIENE DE MANS. AVALIACIÓN RESPECTO DO ESTÁNDAR POR ANO CITADO E REFERENCIA

Táboa 9. Programa de hixiene de mans. Avaliación respecto do estándar por ano citado e referencia.

	REFERENCIA					AVALIACIÓN 2019			
	estándar	2018	2019	n	%	2018	2019	n	%
% adherencia total observación	50%	35%	37%	1,9%	5%	36%	37%	1,2%	3,2%

Os resultados SERGAS mostran as porcentaxes de adherencia ao programa de hixiene de mans similares ao ano 2018.

Táboa 10. Avaliación da adherencia ao Programa de hixiene de mans segundo referencias citadas.

	2018	2019	201 vs 2018
CHUP	8,7	23,4	169%
HOSPITAL DO SALNÉS	11,1	17,7	59%
SERGAS	17,4	26,1	50%

Porcentaxe de adherencia á hixiene de mans (con produto de base alcohólica ou con auga e xabón) nas áreas sanitarias no ano 2018 e 2019, avaliando o uso de xoias e/ou uñas inadecuadas.

	2018	2019	0%
ASPS	9,6	20,5	114%
SERGAS	17,4	26,1	50%

Porcentaxe de adherencia con produto de base alcohólica ou con auga e xabón avaliado polo total das observacións rexistradas.

	2018	2019	2019VS2018
ASPS	34,5	32,3	-6%
SERGAS	35,8	37,7	5%

Fonte de datos: Informe de resultados da auditoría observacional da hixiene de mans no ano 2019. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

ANEXO 5. HOSPITAIS SEN FUME. RESULTADOS E AVALIACIÓN

- Primeira. Ámbito de aplicación: aplicouse en centros de saúde, centros hospitalarios, puntos de atención continuada e no Centro de Especialidades de Mollabao.
- Segunda. Grupos de acción: decídese nomear un só grupo de acción para toda a área sanitaria. Tómase esta decisión porque máis do 50 % dos compoñentes dos equipos de apoio eran comúns (prensa, mantemento, xestión persoal etc.) e porque manter un equipo reforza a idea de área sanitaria. Por outra banda, ante situacións imprevistas no Hospital do Salnés, tamén facían recomendable manter un só grupo de acción para toda a área sanitaria.
- Terceira. Sinalización: aplicouse a sinalización de acordo coas instrucións, tanto no Centro de Especialidades de Mollabao como nos centros de atención primaria, no CHUP e no Hospital do Salnés. Situouse nos límites do recinto dos hospitais e en zonas de acceso visible en atención primaria (ver arquivo fotográfico).
- Cuarta. Vixilancia: identificáronse os “puntos quentes” e os posibles cambios. Agora ben, as limitacións de vixilancias en horas e determinadas áreas non permitiron unha supervisión exhaustiva (por exemplo, no Hospital Montecelo só hai un vixiante na quenda da noite). Establecéronse novos percorridos polas zonas identificadas e novas alternativas.

Calidade e seguridade clínica cara ao novo Montecelo

- Quinta. Publicidade da prohibición de fumar: a Dirección informou a todos os seus traballadores, a través da Intranet, da campaña da prohibición de fumar e do exemplo necesario que debemos dar como profesionais sanitarios.

Na documentación que se lles proporciona aos pacientes no momento do seu ingreso no hospital, facilítaselles información respecto da prohibición de fumar nel, ao mesmo tempo que se lles lembra a axuda que existe para abandonar o hábito. Cando dispoñamos da web corporativa, enviaremos documentación adicional. Realizouse un manual de acollida novo, pendente da súa validación polo Comité de Dirección, que prevé combinar tanto a información en liña como en papel.

- Sexta. Outras medidas:
 1. Ofertarlles axuda aos traballadores do centro: nas comunicacións na Intranet lembrouse a existencia desta consulta. Tamén na Unidade de Prevención de Riscos Laborais se indicou que se lles realice a recomendación a todos os profesionais.
 2. Accións de vixilancia:
 - a. Identificáronse as zonas quentes.
 - b. Avaliáronse os posibles cambios.
 - c. Establecéronse os cambios de rolda como mecanismo disuasorio.
 3. Establecéronse os puntos de test para vixilancia; tamén se estableceron os puntos que debían ser supervisados e as accións.
 - A intervención na área sanitaria contribuíu a diminuír nun 6 % o número de usuarios e nun 20 % o número de traballadores que fuman en áreas indebidas.
 - No Hospital Provincial incrementouse un 18 % o número de usuarios, mentres que no Hospital Montecelo constátase unha redución do 13 %.

50

% variación semanal do número de fumadores (set.-dec. 2019) por área citada					
	ÁREA	HM	HP	CHP	HS
Usuarios	-6%	-13%	18%	-7%	-2%
Traballadores	-20%	-15%	0*	-20%	0*

Fonte Datos:

- O número de fumadores semanais detectados pasou de 167 usuarios por semana a 165 no conxunto da área hospitalaria avaliada, o que equivale a 24 diarios no conxunto do HP, HM e HS.
- En traballadores, pasouse de 17 a 15 semanais, o que equivale a 2 detectados fumando por día.

Número de fumadores detectados total e por semana de SET. a DEC. e total agredado (set.-dec.)											
ÁREA SANITARIA	SET.		OCT.		NOV.		DIC.		2019		
Fumadores / semana	N.º	SEM.	N.º	SEM.	N.º	SEM.	N.º	SEM.	N.º	SEMANA	DIA
Usuarios	694	174	668	167	795	159	653	163	2810	165	24
Traballadores	66	17	64	16	67	13	55	14	252	15	2

- A evolución por centro sinálase a continuación. Destaca o HS, sen ningún traballador detectado.

		SET.	OCT.	NOV.	DIC.	2019					
H. MONTECELO											
	N.º	SEM.	N.º	SEM.	N.º	SEM.	N.º	SEM.	N.º	SEMANA	DIA
Usuarios	504	126	480	120	547	109	445	111	1976	116	17
Traballadores	61	15	53	13	55	11	53	13	222	13	2
H. PROVINCIAL											
Usuarios	89	22	101	25	140	28	109	27	439	26	4
Traballadores	5	1	11	3	12	2	2	1	30	2	0
CHUP											
Usuarios	593	148	581	145	687	137	554	139	2415	142	20
Traballadores	66	17	64	16	67	13	55	14	252	15	2
H. do SALNÉS											
Usuarios	101	25	87	22	108	22	99	25	395	23	3
Traballadores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BIBLIOGRAFIA

1. Servizo Galego de Saúde. Estratexia Sergas 2020. Ed. Sergas 2018. Disponible en https://www.sergas.es/a-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf
2. <https://elmedicointeractivo.com/la-evolucion-de-la-calidad-asistencial-en-el-sector-salud/>
3. Carpio López D, Martínez Pillado M, Salgado Barreira Á, Daponte Angueira S, Díez Lage R, Castro Ortiz E,
4. Fernández Salgado E, Pérez Galindo P, Turnes Vázquez J. Efectividad del plan de contingencia de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal ante la infección de Covid-19. Rev. Esp. Salud Pública. 2020; 94: 16 de junio e202006061.
5. <https://eventos.redaccionmedica.com/iii-premios-redaccion-medica-a-la-sanidad-de-galicia/>
6. <https://www.congresocronicos.org/premios-a-los-mejores-trabajos-del-congreso/>
7. Gordo C, Mateo R, Labiano J, Núñez-Córdoba JM. Ranking Quality and Patient Safety Challenges: A Nationwide Survey of Healthcare Quality Experts From Xeral Hospitals in Spain. J Patient Saf. 2020 Mar 10. Doi: 10.1097/PTS.0000000000000675. Epub ahead of print. PMID: 32168284.
8. Ramos Martínez A et al. Optimización del tratamiento antibiótico mediante la participación de expertos en antibióticos. An. Med. Interna (Madrid). 2007; 24(8):375-378.
9. Tacconelli E. et al. ESCMID guidelines. Clin. Microbiol. Infect. 2014; 20 (Suppl 1):1-55.
10. <https://www.ecdc.europa.eu/en>

11. <https://www.seguridadelpaciente.es/es/informacion/eventos/jornadas-talleres-reuniones/2019/dia-mundial-seguridad-del-paciente/>
12. http://www.parcdesalutmar.cat/es_noticies/view.php?IDE=509
13. <http://www.hhea.info/cps/rde/xchg/om-higieneaward-en-int/hs.xsl/7820.html>
14. http://intranetxxips.sergas.local/varios/iso9k/20190425_px_gestion_y_control_informacion_documentada.pdf
15. <https://goo.gl/forms/dvJqVdrDHkb8ogrB2>
16. <https://goo.gl/forms/dvJqVdrDHkb8ogrB2>
17. <https://goo.gl/forms/9iNkMsjMYHoh9zEf1>
18. <https://goo.gl/forms/k0I2Xm13KdDt3WiM2>
19. <https://ados.sergas.gal/Paginas/web.aspx?tipo=paxtxt&idContenido=6&idLista=6>
20. <https://www.sefh.es/mapex/index.php>
21. <https://www.congresocronicos.org/premios-a-los-mejores-trabajos-del-congreso/>
22. https://www.21congresohospitales.org/fuentes/21_congreso_hospitales_comunicaciones.pdf

Calidad y seguridad clínica hacia el nuevo Montecelo

Dr. Jorge García-Borregón

Dr. Modesto Martínez Pillado



Autoría: Dr. Jorge García-Borregón, [Capítulo 2].
Dr. Modesto Martínez Pillado [Capítulo 1,3,4]

Título: Calidad y seguridad clínica hacia el nuevo Montecelo.

Edita: Xunta de Galicia
Servicio Gallego de Salud
Consellería de Sanidad
Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.
Subdirección de Humanización, Calidad y Atención a la Ciudadanía.

Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S.A

Lugar y año de publicación: Pontevedra, 2021

ÍNDICE

SOLO ESCUCHANDO PODEMOS MEJORAR.....	7
IMPULSO A LA DOCENCIA Y CALIDAD HACIA EL GRAN MONTECELO	9
10 HITOS	10
HACIA EL NUEVO GRAN MONTECELO EN PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS A LA MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA	11
1 MEJORANDO LA CALIDAD Y COORDINACIÓN ASISTENCIALES.....	25
Relaciones preferentes con unidades asistenciales y otros dispositivos	25
Gestión efectiva de calidad y seguridad en el Área Clínica, Área Quirúrgica y de Soporte	25
2 MEJORANDO LA SEGURIDAD	25
Líneas de trabajo que se asientan en las estrategias del SERGAS	29
Seguridad clínica del paciente planificación y mejora de la seguridad de los cuidados..	29
Seguridad del paciente: SiNASP Plataforma de Comunicación de Incidentes ..	31
Seguridad del paciente Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ).	33
Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria Programa de fomento de la Higiene de Manos.....	33
Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria_ CÓDIGO SEPSE	34
3 ACCIONES Y CRONOGRAMAS EN CALIDAD ASISTENCIAL.....	37
Disminución de la variabilidad de la Práctica Clínica Proyecto: Implementación “Non Facer”.....	37
Disminución de la variabilidad de la Práctica Clínica Desnutrición Cero	37
Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades: ISO	37
Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades: GETECCU. .	37
Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades: Servicio de Medicina Intensiva	37
Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades: normalización de los protocolos.....	37
Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades: _ Otros reconocimientos en calidad.....	38
Mejora de la Satisfacción del usuario.....	38
4 CERTIFICANDO CON CALIDAD	39
Acciones de comunicación y sensibilización	39
Evaluación y mejora en calidad docente e investigación.....	39
Desarrollo de estrategias de investigación	41

Calidad y seguridad clínica hacia el nuevo Montecelo

ANEXOS	43
Anexo Registro de Protocolos código 19.....	45
Anexo ENCUESTA SATISFACCIÓN FUTUROS RESIDENTES	45
Anexo Programa Higiene de Manos. Evaluación respecto a estándar por año citado y referencia	46
Anexo Hospitales sin fume. Resultados evaluación	49
Bibliografía	51

TABLAS

Tabla 1. Sistema de Vigilancia de Incidencia Infección Nosocomial Global (SVIIN-G) por indicador y año	27
Tabla 2. Indicadores en los programas corporativos del SERGAS en planificación y mejora de la seguridad de los cuidados.	30
Tabla 3. Indicadores de seguridad relacionadas con procedimientos vasculares y otros indicadores	31
Tabla 4. Evolución de notificaciones en el Área Sanitaria por año	32
Tabla 5. Relación de incidentes en SINASP por año Área Sanitaria vs SERGAS ...	32
6 Tabla 6. Severity Assessment Code SERGAS 2019	32
Tabla 7. CODIGO SEPSE. ACTIVADO SERVICIO DE INGRESO (O TRASLADO INTERNO)	35
Tabla 8. Cronograma. Principales hitos en Calidad y Seguridad Clínicas_2019 ...	36

TABLAS ANEXOS

Tabla. Programa Higiene de Manos. Evaluación respecto a estándar por año citado y referencia	49
Tabla. Evaluación de la adherencia al programa de Higiene de manos según referencias citadas	49

Hacia el nuevo hospital Gran Montecelo con calidad y seguridad clínica

Jose Ramón Gómez Fernández. Xerente Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés

SOLO ESCUCHANDO PODEMOS MEJORAR

Mientras escribo estas líneas, estamos en un momento álgido de la pandemia., viviendo situaciones que nunca imaginábamos que podrían ser reales. Ya llegará el momento adecuado para pensar en cómo podremos mejorar para continuar ofreciendo lo mejor a nuestros pacientes y sus familiares. No se me olvidarán nunca los pacientes que han tenido que estar solos en esta pandemia, no dejo de pensar en ellos. Ahora bien, de forma paralela, esta pandemia nos ha mostrado respuestas que invitan al optimismo. Profesionales con un compromiso en la más pura esencia del profesionalismo, en el mejor sentido de la palabra.

Enlazo con el objetivo de esta presentación sobre “Calidad y seguridad clínica hacia el nuevo Montecelo”. Hemos llegado hasta aquí, precisamente por todo lo que hemos hecho. Somos una organización que da los mejores resultados cuando trabaja en red y que debería sentirse orgullosa de los logros que ha conseguido. Contemplo los reconocimientos que hemos obtenido en la mejora de la seguridad clínica, mejora de la satisfacción del paciente, en innovación como muestra de ese compromiso profesional y las ganas de mejorar con calidad y seguridad.

Bastaría con ver el apartado de los principales hitos conseguidos (disminución de las IRA en el área asistencial o los resultados medioambientales) para evidencia cómo hemos logrado una coordinación con los distintos dispositivos asistenciales. Equipos en el área asistencial y no asistencial, importante actualización de procedimientos y protocolos, certificación y acreditación de la calidad y un compromiso medioambiental desde hace más de un lustro. Se han establecido medidas de coordinación y gestión, objetivos por etapas como puede comprobarse en el cronograma. Hemos extendido SiNASP a tres nuevos centros de Atención Primaria. Nuestro compromiso es extenderlo a toda el área, sin esperar al nuevo Hospital. Si sumamos a todo ello, la responsabilidad social corporativa con las asociaciones de pacientes, estamos en un buen camino.

En este documento sobre la calidad y seguridad clínicas actuales, nos sorprenderá descubrir todo lo que hacemos, insisto. Ahora bien, estamos en marcha hacia el nuevo hospital. No se trata de una inversión en mejorar la salud sino de la gran oportunidad que tenemos todos para mejorar como red. Atención Primaria, Atención Hospitalaria, y Sociosanitaria debemos de dar la mejor respuesta posible a esta oportunidad. No se trata de construir un hospital único, sino de aprovechar la oportunidad única que se nos brinda para planificar, hacer, evaluar y mejorar.

Este documento nos hace sentirnos muy orgullosos de lo que hemos conseguido, y se convierte en un punto de apoyo para dar un salto para mejorarlo todavía más. Solo escuchando podemos mejorar, empezando por los pacientes. A ellos nos debemos y dan sentido a nuestra Área Sanitaria.



Hacia el nuevo hospital Gran Montecelo con calidad y seguridad clínicas

Dr. Jorge García Borregón Millán. Subdirector de Humanización, Calidad e Atención á Cidadanía

IMPULSO A LA DOCENCIA Y CALIDAD HACIA EL GRAN MONTECELO

La mejora de la calidad orientada a la asistencia basada en valor, se combina con una participación más activa de los pacientes en la seguridad clínica donde los PROMS (Resultados Reportados por el Paciente (Patient-Reported Outcome Measure) y los PREMS (Experiencia Reportada por el Paciente (Patient Reported Experience) son propuestas en la raíz de un nuevo modelo de relación con el paciente y sus allegados. Nada ajeno, por otra parte, a cambios de relación de la ciudadanía con la Administración. La Ley 19/ 2013 de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, ordena el acceso de la ciudadanía a información y datos que antes se consideraban de uso interno.

En la Estrategia 2020 del Servizo Galego de Saúde, la misión se define como “mejorar la salud de la ciudadanía a través de la prestación de servicios sanitarios asistenciales efectivos, eficientes y de calidad de forma equitativa y sostenible garantizando los derechos y deberes de los pacientes”. La calidad no es una suma de dimensiones. La evaluación de las propuestas en términos de valor aportado o la adecuación de la asistencia o la efectividad o la satisfacción percibida implica dar prioridad a una dimensión sobre otra. Además, esas dimensiones pueden ser cambiantes con el tiempo.

Hemos continuado con la mejora de la seguridad clínica. La implantación del CODIGO SEPSE, la incorporación de tres nuevos centros de salud a SiNASP, que nos permite dar una cobertura del 60% de la población de referencia. Los programas institucionales: ZERO, toma forma en la certificación obtenida por el servicio de cuidados intensivos. Las normas ISO 9000 promueven la adopción de un enfoque basado en procesos. Tras la adaptación a la nueva versión, mantenemos las certificaciones, a la que sumamos el Servicio de Dermatología, junto con la importantísima ISO 14001. Y también hemos conseguido reconocimientos en seguridad clínica, experiencia del paciente, o la certificación de la Unidad de EEII, con GETECCU.

En estos momentos de transparencia, donde los pacientes nos piden una mayor participación, se nos presenta la oportunidad de adaptar nuestro futuro hospital a propuestas de mejora de pacientes y profesionales. Afrontaremos mejoras en la indicación de antibióticos, programas de higiene de manos, así como definir un nuevo modelo de relación con los pacientes. La pandemia, es el necesario momento de cambio que debemos aprovechar.

El impulso a la docencia ha sido espectacular. La incorporación del Servicio de Urología, Reumatología, Endocrinología y Cardiología, además de una nueva plaza en Pediatría, en formación MIR, se suma a la jornada de puertas abiertas a residentes. En suma, hacia el nuevo hospital, continuaremos mejorando el área de calidad y seguridad clínica, con una visión en conjunto de las mismas.

10 HITOS

1. **CODIGO SEPSIS:** Implantación y evaluación
2. **HOSPITAL SIN HUMO:** Equipo de mejora
3. **PROGRAMA HACER NO HACER:** institucional
4. **Plan de Minimización de Riesgos microbiológicos:** Han mejorados los indicadores. El riesgo de Incidencia de Infección nosocomial fue de 1.5 infecciones por cada 100 ingresos (1.9 en el año anterior) y la tasa de incidencia de 2.6. Ha disminuido en un 21%, tanto el riesgo de incidencia como la tasa de infección relacionada con la asistencial sanitaria.
5. **Programa Cirugía Segura:** Nos hemos incorporado al programa CIRUGIA SEGURA siendo la primera Área Sanitaria de Galicia
6. Se han propuesto más de 150 medidas como consecuencia del análisis realizado de los incidentes comunicados. Entre otras, Alertas en boletín (boletín Q-calidade), Alertas inmediata (email, verbal...), cambio en la organización física, adquisición material, modificación de protocolos, además de sesiones, formación o Reunión/comunicación, así como revisión técnica equipamientos
7. **SOMOS + SEGURIDADE CLÍNICA:** acceso a SiNASP, plataforma de comunicación de incidentes. Sabías que mejoramos la seguridad clínica? Se incorporaron los centros de Salud de Caldas de Reis, Vilagarcía de Arousa y Vilanova de Arousa. El número de servicio de Atención Primaria adheridos / total poboación paso a ser el 58 % de la población de referencia. Premio FiDisP á mellora da seguridade clínica. Servizo de Dermatoloxía 9001:2015, nova certificación
8. **SOMOS + AMBIENTAL_MENTE_SUSTENTABLES:** cuidamos nuestro entorno, cuidamos nuestro ambiente y contribuimos a un medio ambiente más natural. Sabías que medimos la huella de carbono? Sabías que no incrementamos las emisiones de CO₂ a la atmosfera desde el año 2017? Sabías que logramos disminuir el consumo de las emisiones por combustibles fósiles? Disminuímos nuestro impacto en el Medio Ambiente. Disminuímos un 13 % del consumo de oxígeno (<13 %), nitrógeno (<53 %), energía eléctrica (<6 %) y gas natural (<2 %).
9. **SOMOS + DOCENTES:** más formación especializada que nunca. Sabías que contamos con 155 residentes y el acceso a 52 prazas por año de formación especializada? Incorporamos formación MIR (médico interno residente) en cardiología, endocrinología y nutrición, urología y reumatoloxía. También incorporamos formación EIR (enfermería interna residente) en pediatría, salud mental y una plaza más de las especialidades de medicina de familia e comunitaria y pediatría (y áreas específicas). El Centro de Atención Primaria Virgen Peregrina se incorporó a la docencia MIR de Medicina de Familia
10. **PREMIOS NACIONAIS BEST PRACTICE:** Servicio de Dermatoloxía (2019), Servicio de Dixestivo (2020).

HACIA EL NUEVO GRAN MONTECELO EN PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS A LA MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA

Seguridad Clínica



11



PREMIO FIDISP EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Servicio de Farmacia

Programa AIR Farmacia: Estrategia de marketing para la identificación de riesgos sanitarios. Se ha considerado su calidad científica, innovación, aplicabilidad para otros centros sanitarios y la capacidad de motivación sobre los profesionales, generando cultura de seguridad del paciente en las organizaciones.

CERTIFICACIÓN CALIDAD



12

2019 Certificación GETECCU.

Servicio de Cirugía General y Digestiva y el Servicio de Digestivo

(Certificación de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

(Entrega Conselleiro de Sanidade).

CERTIFICACIÓN CALIDAD



2019 CERTIFICACIÓN PROGRAMAS ZERO:
Ministerio de Sanidad
SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
(PROGRAMAS BACTERIEMIA ZERO, PNEUMONÍA Y RESISTENCIA ZERO).

CERTIFICACIÓN CALIDAD



CERTIFICACIÓN IHAN (OMS e Unicef)

Hospital do Salnés

(Fase 4 Acreditación de calidad que otorgan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef como centro IHAN, Iniciativa para a Humanización da Asistencia al Nacimiento y Lactación).

CERTIFICACIÓN CALIDAD



NORMA ISO 14001:2015
Medio Ambientalmente Sustentables

NORMA ISO 9001:2015
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA (nueva certificación)
(Servicio de Análisis Clínicos; Servicio de Microbiología; Servicio de Farmacia; Unidad de Esterilización; Laboratorio de Hematología, en el Servicio de Hematología; Unidad de Archivos, en el Servicio de Control de Gestión).

CERTIFICACIÓN CALIDAD



16

PREMIOS FUNDACIÓN ECO PARA LA EXCELENCIA Y LA CALIDAD DE LA ONCOLOGÍA

FINALISTA: *Servizo de Farmacia.*

BD Cato®. SISTEMA DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS PERIGOSOS.

Preparación gravimétrica de medicamentos peligrosos.

INNOVACIÓN



17

PREMIO INNOVACIÓN IESE Healthcare e Managment Center

FINALISTA: *Unidad de Calidad.*

"e-YOUNG CHRONICS, unha nova categoría de pacientes".

Accésit. Categoría 1: Iniciativas de transformación dos modelos actuais de xestión cara ao modelo de xestión baseada no valor.

INNOVACIÓN



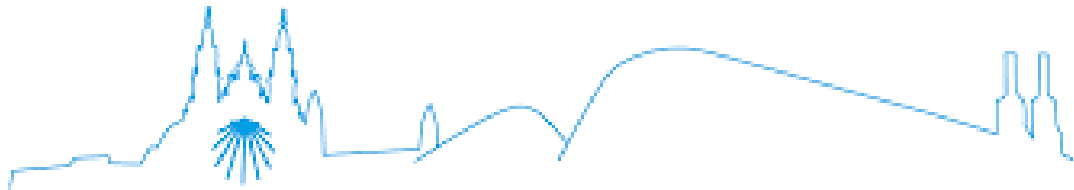
18

**I PREMIO DE INNOVACIÓN EN SAÚDE
DEL SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE GALICIA**
FINALISTA: *Unidade de Calidade.*
"e-young cronichs: unha nova categoría de pacientes".
Categorías Profesionais.



Premios New Medical Economics
FINALISTA.
2020 Categoría 'Promoción de la innovación'.
Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés. Hospital Montecelo.

GESTIÓN Y DIRECCIÓN



21 CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES Y GESTIÓN SANITARIA

Innovación: camino de sostenibilidad | Innovación: camino de sustentabilidade

Santiago de Compostela | 8, 9 y 10 de mayo de 2019

MEJOR PROYECTO DE INVOLUCRACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS FINALISTA

2019 PROGRAMA AIR FARMACIA: "Diseño de una estrategia de marketing para la identificación de riesgos sanitarios"

19



REMIOS REDACCION MEDICA 2019⁴
CATEGORÍA: ACCIÓN EN RSS: Finalista
Proyecto de terapia musical 'Un mes, un son'

CATEGORÍA: GERENCIAS INTEGRADAS: Finalista
Alta tecnología 3D+4K. Servicio Cirugía

GESTIÓN Y DIRECCIÓN



20

2019 XI CONGRESO NACIONAL DE ATENCION AL PACIENTE CRÓNICO⁵
Premio a la mejor comunicación proyecto de investigación



2020 Premios New Medical Economics
FINALISTA.
Hospital público con mellor xestión Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés

GESTIÓN Y DIRECCIÓN



22



PREMIOS BIC Best in Class 2020

Servizo de Dixectivo.
PREMIO NACIONAL.
Proceso Hepatitis C.

GESTIÓN Y DIRECCIÓN



23

2020 Premios Best in Class (BiC) FINALISTA.

Mejor Hospital.

Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

2020 Premios Best in Class (BiC)

Candidaturas finalistas:

Servizo de Anestesioloxía e Reanimación.

Servizo de Dermatoloxía.

Servizo de Microbioloxía.

Unidade de Alerxia.

Farmacia Hospitalaria no Servizo de Oncoloxía.

Servizo de Patoloxía Dixestiva e Unidade de Hepatite C.

Servizo de Microbioloxía.



HACIA EL NUEVO GRAN MONTECELO

Mejorando la calidad y coordinación asistenciales

Relaciones preferentes con unidades asistenciales y otros dispositivos

En una reciente encuesta los cinco principales problemas de mejora de la calidad se vinculan con la higiene de manos, los problemas de comunicación interprofesionales, los errores de la medicación, la baja comunicación de incidente de problemas de seguridad clínica y efectos adversos, a la vez que la inadecuación de antibióticos que contribuye al incremento de la resistencia microbiana.

Dentro de la estrategia general del Área Sanitaria aquí puedes encontrar estrategias para mejorar la calidad y seguridad clínica en procesos asistenciales, quirúrgicos y de soporte, en línea con esos principales problemas de calidad señalados anteriormente.

- Gestión efectiva de calidad y seguridad en el Área Clínica, Área Quirúrgica y de Soporte
- **Mejora de las Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria:** (Programas ZERO y Sistema de vigilancia de la incidencia de la infección nosocomial global).

La mejora de la adecuación de antibióticos, trata de afrontar el grave problema de la resistencia microbiana. Para ello, el seguimiento de los programas ZERO, PROA, acompañados de un programa para mejora de la higiene de manos, está orientado para la mejora de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.

El estudio de las IRAS es complejo y requiere un abordaje metodológico que permita obtener información de calidad, homogénea, representativa y comparable dentro del hospital y entre hospitales de todo el país. P.ej., al no utilizar una revisión sistemática de los pacientes ingresados, el sistema puede infra estimar la cuantía del riesgo y la tasa de incidencia. Ahora bien, la búsqueda activa de casos a partir de fuentes primarias de información (revisión sistemática) y diaria de todos los cultivos microbiológicos junto con Radiología torácica, mejoran la precisión.

- **Programa PROA** (Programa de Optimización de Antimicrobianos). Se ha continuado en mejorar la indicación de antibióticos, con un equipo de implantación y mejora del Programa.

Los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) son una herramienta para garantizar su uso racional y son efectivos. Por ejemplo, en el hospital La Fe, se logró una reducción de un cuarto del consumo total de antimicrobianos en la unidad de intervención (380,6 a 295,2 [-22,4%; p=0,037]). Un total de 218 episodios infecciosos en 182 pacientes fueron evaluados en 61 reuniones por el PROA. La implantación condujo a una reducción significativa de la prescripción de penicilinas + inhibidores de b-lactamasas, linezolid, cefalosporinas y aminoglucósidos. En otros hospitales en los que se ha intervenido, existe un registro informatizado de MMR, con una evaluación diaria (vigilancia activa en UCI polivalente, programas ZERO –como disponemos en nuestra Área-, con monitorización de la densidad de incidencia de SARM nosocomial de nueva adquisición o en Acinetobacter Baumannii).

Los programas PROA deben ir acompañados de una mejora de higiene de manos. Una posible mejora pasa por incorporar en el alcance la atención Sociosanitarias. Se logró a través de un modelo en la atención y seguimiento del consumo de antibióticos, consiguiendo una reducción del 60% en el consumo de carbamepenes, con la optimización diaria de antibióticos. PROGRAMA de optimización de antimicrobianos (PROA). Es importante la participación de nuestra organización en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, dentro del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Una mejora pasa por establecer módulos de vigilancia en prótesis de cadera, rodilla, cirugía colon, etc. que nos permitirá comparación, participando en la plataforma SiViEs, que gestiona el Cen-

tro Nacio-nal de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III. Monitorizamos a través de los siguientes sistemas de vigilancia.

1. Sistema de Vigilancia de Incidencia de Infección Nosocomial Global (SVIIN-G).
2. Sistema de Vigilancia de Incidencia de Infección Nosocomial de Procedimientos y Servicios Específicos (SVIIN-PSE) de Unidades de Críticos (Reanimación, UCI)
 - a) Bacteriemias Asociadas a Catéter Central.
 - b) Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica.
 - c) Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Vascular.
 - d) SVHN-PSE en Unidades de Críticos
 - e) SVHN-PSE en la Unidad de Reanimación (Sistema de vigilancia de incidencia de infección nosocomial de procedimientos e servicios específicos (SVIIN-PSE)
3. Sistema de Alerta Epidemiológica de Infección (SAEI).
4. Sistema de Verificación Microbiológica de la Bioseguridad Ambiental (SVM-BSA).
5. Sistemas de Verificación de la Calidad del Agua de Consumo Humano (SVC-ACS).
6. Sistemas de Verificación y Control de la Legionella Ambiental (SVC-Legionella).
7. Sistema de Verificación y Control del Agua Purificada de Hemodiálisis y del Líquido de Dializado (SCV-Hemodiálisis).
8. Sistema de Verificación Microbiológica de las Cocinas Hospitalarias (SVM-Cocinas)
9. Sistema de Verificación de la Cumplimentación de la Higiene de Manos y Uso Adecuado de Guantes (SVC-HdeM y Guantes)
10. Sistema de Verificación y control de la calidad objetiva (con inmunofluorescencia) de la limpieza de superficies

26

- **Mejora de la seguridad clínica:** Nuevos servicios SiNASP en Atención Primaria. Desde la implantación de la plataforma SiNASP no se habían incorporado nuevos centros de salud. Además, con la incorporación de Vilanova, Vilagarcía de Arousa y Caldas de Reis, la plataforma está a disposición de profesionales que prestan atención al 58% de la población de referencia. En esta línea, continuaremos incorporando nuestros centros de salud.

El objetivo del sistema de notificación es la mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora.

- **Seguridad en el Área del medicamento:** Hemos puesto en marcha entre otras acciones, la implantación de la PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, sumado al Proceso gravimétrico CATO (Servicio de Farmacia).

También citar *Pharmasuite* como aplicativo que permitió la estandarización. Su valor añadido es la mejora de la práctica farmacéutica de la preparación de medicamentos con trazabilidad total y bajo criterios de buenas prácticas de elaboración y control de calidad, partiendo de una o varias materias primas hasta la formulación final de producto acabado listo para su uso. Es una innovación que se puede extender a los demás servicios de farmacia de cualquier hospital ya sea del SNS como del sector privado..



Programa cirugía segura: Nos hemos incorporado al programa CIRUGIA SEGURA siendo la primera Área Sanitaria de Galicia que participa en este proyecto del MINISTERIO DE SANIDAD.

Las infecciones de lugar quirúrgico más frecuente fueron las bacteriemias, seguido de ITU. los microorganismos aislados con más frecuencia fueron E. Coli SAMS y E. FAECALIS. Hemos disminuido en un 10% el riesgo de infección del lugar quirúrgico.

- **Plan de Minimización de Riesgos microbiológicos:** Han mejorados los indicadores de Infección nosocomial respecto al año 2018 en la totalidad de las Unidades del CHOP. El Riesgo de Incidencia de Infección nosocomial fue de 1.5 infecciones por cada 100 ingresos (1.9 en el año anterior) y la tasa de incidencia de 2.6. Ha disminuido en un 21%, tanto el riesgo de incidencia como la tasa de infección relacionada con la asistencial sanitaria.

En el contexto del Plan de Minimización de Riesgos Microbiológicos, se realizan programas de vigilancia, prevención y control en relación con las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) y Bioseguridad Ambiental. (Tabla 1)

Tabla 1. Sistema de Vigilancia de Incidencia Infección Nosocomial Global (SVIIN-G) por indicador y año

	2018	2019	n	%
Riesgo de Incidencia de Infección nosocomial (IN) por 100 ingresos	1,9	1,5	0,4	21%
Tasa de incidencia de IN POR CADA 1000 ESTANCIAS	3,3	2,6	0,7	21%
Riesgo de incidencia de infección del lugar quirúrgico	2	1,8	0,2	10%

27

- **Implantación de programas institucionales (Ver más adelante).** PROGRAMA INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Participación en documento de consenso) ha implicado a Atención Primaria y Hospitalaria, además de los Servicios de Atención Social. LA DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA SE HA TRATADO DE ABORDAR A TRAVÉS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL (FACER-NON FACER).



HACIA EL NUEVO GRAN MONTECELO

Mejorando la seguridad clínica

Líneas de trabajo que se asientan en las estrategias del SERGAS

La **sensibilización y creación de cultura de calidad**, se fomenta a partir de, intervenciones, (p.ej., Rondas de Seguridad Clínica en Críticos), plataformas de comunicación de incidentes (Sensar, SiNASP), retroalimentación de resultados en seguridad clínica (Q boletín y otros), así como la coordinación SiNASP y SENSAR, para incidentes de seguridad del área quirúrgica. Se han coordinado acciones dirigidas a incrementar la seguridad del paciente y mejorar la calidad asistencial. Se han coordinado con Servicios asistenciales y no asistenciales, así como Comités Técnicos sanitarios implicados. (p.ej. campaña: la cultura de seguridad clínica: 10 RECOMENDACIONES CORRECTAS)

Se han propuesto más de 150 medidas como consecuencia del análisis realizado de los incidentes comunicados. Entre otras, Alertas en boletín (boletín Q-calidade), Alertas inmediata (email, verbal...), cambio en la organización física, adquisición material, modificación de protocolos, además de sesiones, formación o Reunión/comunicación, así como revisión técnica

Seguridad clínica del paciente planificación y mejora de la seguridad de los cuidados.

Dentro de las acciones para mejorar la seguridad y calidad asistencial. señalamos en primer lugar los programas institucionales. La identificación inequívoca de pacientes, el uso seguro del CIK, y relacionado con la planificación de los cuidados, La prevención de caídas y la atención de úlceras por presión, junto con la Estrategia de Atención Integral al dolor, constituyen los principales programas institucionales de mejora de la seguridad clínica.

La **identificación inequívoca de pacientes** está en datos de excelencia. Relacionado con los cuidados, los indicadores sobre la evolución de la Flebitis Periférica han experimentado una mejora del 27% interanual y de un 38% acumulada de los últimos tres años.

29

En cuanto a las **caídas**, como problema de seguridad clínica, se constata un incremento de un 7% interanual y un 17% agregados los dos últimos años, probablemente, ligado al incremento en un 3% de la fragilidad de pacientes con riesgo de caídas

La evaluación de la quinta constante, **dolor**, se supera el estándar del 80% y nos situamos a un paso de alcanzar el 90%. En cuanto a las **úlceras por presión**, se ha incrementado el riesgo de UPP en paciente en un 2% (acumulado en los dos últimos años).

En la **planificación de cuidados**, la valoración al ingreso supera el 96% en el año 2019, a la vez que los informes de continuidad de cuidados, que aun siendo un 73% (inferior al estándar 80%), sube un 36% en un solo año, en el camino de mejorar la atención en red asistencial. *(Ver Tabla 2. Indicadores en los programas corporativos del SERGAS en planificación y mejora de la seguridad de los cuidados)*

Tabla 2. Indicadores en los programas corporativos del SERGAS en planificación y mejora de la seguridad de los cuidados.

	ESTANDAR	2016	2017	2018	2019	2019vs2018	2019vs2017	
FLEBITIS PERIFÉRICA	%pacientes con vía periférica que desarrollan flebitis/ total de pacientes con vías registradas		1	0,9	1,1	0,8	-27%	-11%
	% de vías periféricas que desarrollan flebitis/ total de vías IV registradas	<3%	0,8	0,8	0,9	0,6	-33%	-25%
IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA	% identificación [% pacientes correctamente identificados/total de pacientes ingresados]	100%			92	97	4%	
INCIDENCIA CAÍDAS	%o Incidencia de caídas (Nº de caídas declaradas entre el número de estancias en ese periodo de tiempo, multiplicado por 1000)	≤ 1 ‰	1,1	1	1	1,1	7%	10%
	Proceso de prevención de caídas % valoración (Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de caídas registrada en algún momento del ingreso entre el número total de ingresos)	≥ 90%	80,3	97,2	98,2	96,9	-1%	0%
	pacientes con riesgo de caídas y aplicación de cuidados (Porcentaje de pacientes valorados como de riesgo de caídas (bajo, medio y alto) a los que se les planifica actividades de enfermería de prevención entre los pacientes de riesgo)	≥ 90%	82,1	85,4	86,7	88,1	2%	3%
VALORACIÓN DOLOR	Valoración del dolor (Pacientes que han ingresado (externos + traslados) en la unidad y que han sido valorados (en gráfica) en relación al número total de ingresos en la misma unidad y período/% pacientes con valoración del dolor en la gráfica de constantes)	≥ 80%	86	85,9	87,1	86,9	0%	1%
ULCERAS POR PRESIÓN	Registro de pacientes adultos con úlceras. % de UPP intraunidad (Porcentaje de UPP intraunidad aparecidas en el período de estudio entre el número total de ingresos) /%Pacientes adultos ingresados con registro de úlceras nuevas de procedencia "unidad"	<1,85	1	1,2	1,3	1,3	-5%	8%
	Proceso de prevención de úlcera por presión. % valoración (Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de UPP (escala Braden) en algún momento del ingreso entre el número total de ingresos)	>90%	80	97	97,9	96,3	-2%	-1%
	pacientes con riesgo de UPP y aplicación de cuidados % pacientes con riesgo de UPP y aplicación de cuidados (Porcentaje de pacientes valorados como de riesgo de UPP (bajo, medio y alto) a los que se les planifica actividades de enfermería de prevención entre el número total de pacientes de riesgo)	>90%	87,3	93,2	92,3	94,3	2%	1%

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS	Valoración de enfermería al ingreso % de pacientes con valoración de enfermería realizada (conteniendo al menos un signo o síntoma) después de las 24 horas del ingreso/ total de pacientes ingresados en el momento del estudio)	>90%	91,4	94,3	96,4	2%	5%
	informe de continuidad de cuidados de enfermería (% pacientes dados de alta externa (a domicilio u otro hospital) con ICC elaborado)	≥ 85%	95,9	54	73	36%	-23%
	Plan cuidados individualizado [% pacientes con planificación que tienen un Plan de Cuidados Individualizado (con al menos un diagnóstico real o potencial) elaborado después de las 24 horas del ingreso sobre los pacientes ingresados.	>90%	55	57	67%	17%	21%
	Planificación total % de pacientes con Plan de Cuidados, tanto estándar como individualizado (con al menos un diagnóstico real o potencial) elaborado después de las 24 horas del ingreso sobre el total de pacientes ingresados. Se consideran como no aplicables los pacientes que llevan ingresados menos de 24 horas. (**)	>90%	99	98	98	1%	-1%

Otros indicadores El indicador relacionado con fugas vasculares respecto al año 2018, ha pasado de 13 a 7 en el 2019.

Tabla 3. Indicadores de seguridad relacionadas con procedimientos vasculares y otros indicadores

	2019
Tasa de incidencia de fugas (‰ estancia)	0.03
- Nº de episodios con vías centrales	2,2%
- Nº de episodios con vías periféricas	76,3%
total de pacientes con ALTA enfermería	21196
Nº de informes de continuidad de cuidados de enfermería en GACELA	14259
% de pacientes con informe de alta (85%)	67%

(ene-set 2019)

- **Seguridad del paciente:** SiNASP Plataforma de Comunicación de Incidentes

SiNASP: Se han incorporado los centros de salud, Caldas, Vilagarcía y Vilanova de Arousa. El número de SAP adheridos/total población ha pasado a ser un 58% de la población de referencia.



Tabla 4. Evolución de notificaciones en el Área Sanitaria por año

	2015	2016	2017	2018	2019	2015vs 2019
SERGAS	1861	1935	1717	1842	2080	11%
Área	185	172	187	183	290	36%

Los incidentes representan el 10% de todos los comunicados en hospitales. Sin embargo, en AP se mantiene estable. EL 12% de las notificaciones SiNASP en SERGAS se realizan desde esta área sanitaria. Entre 2015 y 2019, las comunicaciones de incidentes se han incrementado en un 55%, mientras que el SERGAS un 15%.

Tabla 5. Relación de incidentes en SiNASP por año Área Sanitaria vs SERGAS

	2015	2016	2017	2018	2019	2019VS2015
ASPS	191	227	202	200	296	55%
SERGAS	2089	2349	2036	2150	2399	15%

- **Áreas de notificación:** La principal área identificada está relacionada con el medicamento, al igual que el resto de áreas sanitarias. No obstante, en el conjunto del SERGAS, su aparición porcentual pasó del 20 % (2015), al 16 % en el año 2019. A continuación, siguen como áreas de notificación la relacionada con la gestión organizativa y recursos (10%) seguido de todos aquellos relacionados con equipos dispositivos.

32

En las unidades de hospitalización se constata el 38% en 2019, seguido de urgencias (9%) servicios centrales (9%) y bloque quirúrgico (9%), consultas (8%), UCI (7%) y hospital de día (7%), que conforman el 75% de los incidentes comunicados por área.

Las causas contribuyentes fueron en el 32% relacionado con factores de la organización (normas, recursos humanos, cultura problema en trabajo en equipo), seguido de factores profesionales en el 32% vinculado a formación, comportamiento, comunicación, factores estresantes), seguido de entorno trabajo/instalaciones/equipamiento en el 24% y por último factores relacionados con el paciente 4%.²⁹

En SENSAR (plataforma del área quirúrgica) se comunicaron 46 incidentes en el año 2019, con el quirófano en primer lugar y el área del medicamento (42% n:22) como más frecuentes.

- **Según el nivel de riesgo:** La severidad de los pacientes (SAC 1 y2) ha disminuido respecto al año 2015. Se ha incrementado desde el año 2015 AL 2019 de 191 a 296 incidentes número de notificaciones SAC 1 e SAC 2 en las que indicó realizar un Árbol causa raíz (ACR) sobre el total de notificaciones SAC 1 e 2 (12,7 %) cifra inferior en 10 puntos a 2018 (22,9 %).

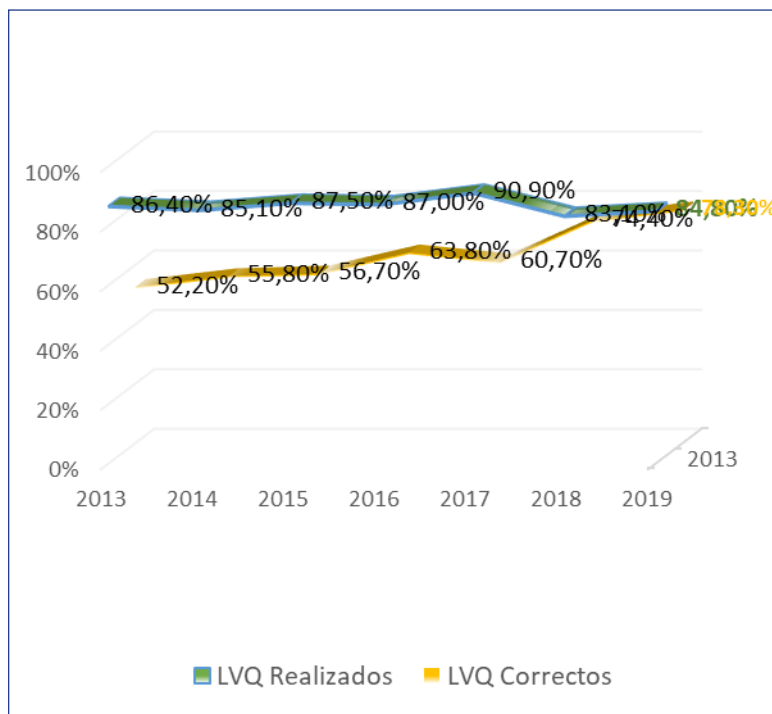
Tabla 6. Severity Assessment Code SERGAS 2019

SAC 1	20	1%
SAC 2	123	5%
SAC 3	463	20%
SAC 4	512	22%
SIN SAC	1189	52%

- Seguridad del paciente **Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)**

El LVQ es una herramienta clave para disminuir la incidencia de errores en quirófano, disminuir la morbimortalidad y además mejorar las habilidades no técnicas del equipo quirúrgico.

Desde la implantación en el Área Sanitaria del Listado de Verificación quirúrgica, el porcentaje de LVQ correctamente cumplimentados sigue una trayectoria ascendente a lo largo de estos años, no alcanzando todavía el objetivo del 100%. En el check-list quirúrgico, existe un apartado de observaciones en el que se puede reflejar el motivo por el cual no se cumplimenta algún ítem (p.ej. niños, pacientes Con dificultades) En el año 2018, el cumplimiento del LVQ fue del 83% en toda el ASPSAhora bien, el verdadero cambio, es si de verdad, somos capaces de vincular de forma indefectible, inmediata y con feedback, los resultados en seguridad que conlleva la no cumplimentación del LVQ.



Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria Programas Zero (Neumonía, Bacteriemia, Resistencia)

Los programas Zero tienen sentido longitudinal. En una visión año a año, puede llevar a distorsiones porque tienen sentido en su conjunto y a largo plazo. Hay que tener en cuenta que para el diagnóstico de infecciones ligadas a dispositivos se emplean en Medicina Preventiva, criterios CDC modificados por el European Centre for Disease Prevention and Control (E-CDC), utilizados en el estudio EPINE.

En nuestra organización, participan la UCI y la Unidad de Reanimación del Servicio de Anestesia

Servicio de Cuidados Intensivos: En el año 2018, la densidad de incidencia acumulada Resistencia Zero (TASA PACIENTES con BMR INGRESO>48 H.) en UCI fue de 3.05 (n 14)

y REA 1.8 (n 4). La tasa acumulada en España era de 4.16 y en Galicia de 1.49. ITU ZERO con estándar la DI <2.7 por mil.

En UCI 4.75 en 2018, 2.84 en 2019 frente a 2.64 en Galicia y España 2.62. Las tasas de incidencia de Infecciones nosocomiales relacionados con la utilización de dispositivo invasores en la UCI están dentro del estándar en la Neumonía asociadas a ventilación mecánica (1.7/1000 días de VM). En las Infección Urinaria Relacionada con Sonda Uretral, 2.2 infecciones por cada 1000 días de Sonda y bacteriemias asociadas catéter vascular /1.3 infecciones por 1000 días de catéter).

Las ratios de utilización de dispositivos invasores durante el año 2019 fueron elevadas en los accesos vasculares y los habituales en los de VM y sonda urinaria.

Unidad de Reanimación. Servicio de Anestesia: La TI de infección nosocomial en la utilización de dispositivos invasores está por debajo de los 1.2 infecciones por 1000 días de VM. ITU (0.4 /1000 días de Sondaje Vesical por debajo del estándar (1,3) y de las bacteriemias asociadas a catéter vascular (0.6 infecciones por cada 1000 días de Catéter por debajo del estándar 1.2). La tasa de incidencia de bacteriemia primaria fue inferior al estándar (0.9 infecciones por cada 1000 d. de catéter vascular). Las ratios de utilización de dispositivos invasores fueron elevadas en el caso de las sondas vesicales y de los catéteres vasculares y normales, por debajo del estándar en VM. Debemos tener en cuenta que, si se incluyen las infecciones (sin foco conocido) modificaría los indicadores de bacteriemias.



- Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria **Programa de fomento de la Higiene de Manos**

El 5 MAYO celebramos el DIA INTERNACIONAL HIGIENE DE MANOS con una Guía de Higiene de Manos para pacientes, familiares e visitantes, a la vez que un Q- boletín especial

Se han realizado evaluaciones periódicas en el programa de fomento de la Higiene de Manos. En el año 2018, el resultado fue del 50% en el límite de la cumplimentación regular. Por grupo profesionales el porcentaje de cumplimiento de las normas fue del 46% entre facultativos, 52% enfermería y 44% entre auxiliares y 58% de otros grupos. En el marco del Plan de Objetivos (ADX 2019), se realizaron dos evaluaciones puntuales, mientras que el servicio de Medicina Preventiva realiza evaluaciones periódicas. En 2019 (objetivo ADX), los mayores valores en la adherencia a HM corresponden a TCAE y profesionales de enfermería. El momento que necesita mejora es antes de realizar la tarea aséptica. El enfoque de autoprotección justificaría que la mayor adherencia en otros momentos. (Ver Anexo **Tabla. Programa Higiene de Manos. Evaluación respecto a estándar por año citado y referencia**)

La mejora viene por comparación, recientes intervenciones multimodales exitosas podrían servir de referencia (p.ej., Hospital de Alcorcón) Las intervenciones formativas aisladas, sin continuidad, si no forman parte de un plan, no tienen gran impacto. Más allá de la formación en sí misma, se trata de crear un entorno emocional propicio para recibir la formación en prevención vigilancia y control de las IRAS. Por ejemplo, la intervención que realizó el Hospital del Mar que le valió el premio europeo a la excelencia en la Higiene de manos, utilizó la metodología cualitativa "concept mapping", en la formación mediante la llamada metodología ILU.



- Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria **CÓDIGO SEPSE**

Sensibilización e información: CCartelería informativa flujograma de sospecha (Unidades de Hospitalización y Urgencias), Tarjetas de bolsillo con algoritmos de activación que se difundieron entre los profesionales, así como en intranet.



Se informó en la intranet con topics “en qué consiste”, accesos directos al libro y algoritmos, cómo activarlo y cómo ayudar al equipo de Código Sepsis para la recogida de datos (existe una persona por servicio que colabora voluntariamente con el equipo de trabajo para completar los registros y hacer feed-back con los profesionales que activan el código).

Formación: Difusión CÓDIGO SEPSE: se realizaron actividades formativas para médicos mediante sesiones clínicas por servicio y a través del programa 5 + 5 para enfermería de todos los servicios.


Despliegue: Equipo técnico de Puesta en Marcha y Despliegue. Equipos de trabajo CHOP y del Hospital del Salnés para la puesta en marcha. Se elaboran grupo de correo para remisión de información. Sesión de formación e información trimestral dirigida a profesionales de urgencias, especialidades médicas, quirúrgicas, unidades de cuidados críticos y Atención Primaria.

Evaluación: Informes trimestralmente desde la subdirección. Se activaron más de 181 códigos en 2019 (entre los activados y las sepsis ingresadas en UCI/REA sin activación del código). La activación de alerta del Código Sepsis tiene un valor predictivo del 90%.

Tabla 7. CODIGO SEPSE. ACTIVADO SERVICIO DE INGRESO (O TRASLADO INTERNO)

UCI	44 %
REA	30 %
MEDICINA INTERNA	13 %
NEUMOLOGIA	8 %
ONCOLOGIA	2 %
TOTAL	

Tabla 8. Cronograma. Principales hitos en Calidad y Seguridad Clínicas 2019

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Premios Calidad y Seguridad											
Premio FDSIP Seguridad del Paciente			Premios BEST IN CLASS.						Premios Best in Class 2019", Consellería Reconocimiento 14 candidaturas		I PREMIOS ACIS INNOVACIÓN SAUDE
Principales actividades formativas y de sensibilización en Calidad y Seguridad											
Programa Código Sepsis: ANR NEF CGD HEM	Programa Código Sepsis: ANR NEF CGD HEM	Programa Código Sepsis: HOSPITAL SALNES: MED INT. Sesión Clínica. Enfermería: supervisoras	Jornada de Puertas Abiertas Residentes	Día mundial higiene de manos Q boletín: Especial	NODOS INNOVACIÓN Código Sepsis: ANR-REA.	Programa Lean para la mejora del Proceso de Muestras en Hematología		Código Sepsis: ANR-REA	Código Sepsis: CAR NML END . Decreto: Subdirector de calidad de atención al paciente e admisión e humanización	 Código Sepsis: GIN NRL REU HACKATON	jornada seguridad bloque quirúrgico. Q- boletín
Programa Código Sepsis: UCI URG											
Principales actividades evaluación y mejora en calidad y seguridad											
ISO 9001:2015 Auditorías internas. IHAN: Reacreditación Hospital Salnés		SINASP Ronda Seguridad Críticos (UCI-REA) SINASP:3 Equipos Atención Primaria	Auditoria Unidad Enf. Inflammatoria-Digestivo Fase 2	Actualización manual de procedimientos operativos	Programa Cirugía Segura Certificación GETECU Serv. Digestivo	Ronda Seguridad Críticos (UCI-REA)		Ronda Seguridad Críticos (UCI-REA) Día internacional sepsis		ISO 9001: DERMATOLOGÍA	
Seguimiento ADX Calidad	Seguimiento ADX Calidad	Grupo de trabajo Programa "non facer" Alegaciones ADX	Medicina Interna: HS. Evaluación de riesgos.		PROGRAMA INNOVACIÓN: Nodos. SSCC.	Seguimiento ADX Calidad		Programa Desnutrición cero			

HACIA EL NUEVO GRAN MONTECELO

Acciones y cronogramas en calidad asistencial

Disminución de la variabilidad de la Práctica Clínica Proyecto: Implementación “Non Facer”

Participación en la priorización de las recomendaciones seleccionadas en los grupos de trabajo. Conseguir que el cambio de cultura en cuanto al no uso de algunas prácticas clínicas sea efectivo.

Disminución de la variabilidad de la Práctica Clínica Desnutrición Cero

Programa **Desnutrición cero** (Programa Galego para a optimización da terapia nutricional especializada no paciente crítico). Inicio del plan de implantación. Designación del equipo de coordinación “ programa optimización de terapias nutricionales en los pacientes críticos”

Unidad Multidisciplinar de Alergia Cutánea tiene por finalidad el estudio de la dermatitis de contacto en todas sus vertientes, asistencial, docente, investigación, etc. La coordinación interna para ofrecer una atención centrada en el paciente, se logra como la citada unidad entre Alergia y el Servicio de Dermatología.

Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades: ISO

Se ha promovido la obtención y mantenimiento de las Certificaciones y Acreditaciones de los Servicios Clínicos y no clínicos, coordinando y monitorizando las acciones para su consecución con los servicios implicados. Hemos renovado las normas ISO 9001 en los Servicios de Farmacia, Análisis Clínicos, Microbiología, así como la Unidad de Archivos en el Servicio de Admisión, Laboratorio de Hematología en el Servicio de Hematología y Hemoterapia, así como la Unidad de Esterilización. **Destacar la nueva incorporación a la norma ISO 9001, del Servicio de Dermatología.**

37

Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades: GETECCU



También destacar la Certificación de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Servicio de Digestivo GETECCU, con una altísima calificación.

Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades: Servicio de Medicina Intensiva



Certificados de calidad en el cumplimiento de las recomendaciones de los proyectos “tolerancia zero” en el manejo de pacientes críticos SEMICYUC - Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Evalúa como óptimos los resultados obtenidos en los últimos años

- **Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades:** normalización de los protocolos.

Además de incorporar nuevos protocolos (Ver Anexo_ Registro de Protocolos código) se han actualizado los manuales de procedimientos operativos. (Accesibles en la intranet > documentación común).

Están establecidas las normas de redacción y unos requisitos mínimos en la elaboración y aprobación de Protocolos, para que estén normalizados y sea posible realizar su seguimiento

Calidad y seguridad clínica hacia el nuevo Montecelo

y evaluar su grado de cumplimiento. De igual forma, también se ha actualizado el PROCEDIMIENTO XERAL PARA A XESTIÓN E CONTROL DA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

- **Certificación y acreditación de Servicios o Unidades y actividades:** Otros reconocimientos en calidad.

Queremos difundir nuestra cultura en mejora de la calidad y seguridad clínica. Nuestra organización, ha presentado candidaturas para el reconocimiento en el ámbito de la calidad. Entre otras, Finalistas en los premios BIC (premio a la mejor UNIDAD DE PSORIASIS), Fundación Avedis Donabedian, Premios Fundación Signo (Programa RAC en la Unidad de Endoscopias del Servicio de Digestivo), Premios Merck etc. Hemos conseguido estupendos resultados, ratificados por distintas organizaciones como el Premios Sham de Gestión del Riesgo Sanitario y el

PREMIO INNOVA HEALTH CARE IESE mar 2019 FINALISTA. CATEGORIA I: Cuestionario CMBD2 para una prescripción de Salud Digital a pacientes -senior chronics.
www.healthcaremanagementcenter.com

Mejora de la Satisfacción del usuario

SSe han convocado las JORNADAS DE PUERTAS ABIERTAS PARA FUTUROS RESIDENTES (Ver Anexo). La evaluación de la satisfacción ha rozado la excelencia, (4 sobre 5). De forma periódica se evalúa al cliente interno, proveedores y clientes externos dentro de las normas ISO 9001. p.ej., encuesta de Satisfacción en el Servicio de Análisis Clínicos y también para sus clientes internos o en el Servicio de Microbiología . Destacar una encuesta realizada sobre la percepción de información y seguridad clínica entre pacientes y profesionales en la Unidad de Alergia. Se han realizado encuestas de satisfacción de usuario internos y externos



HACIA EL NUEVO GRAN MONTECELO

Certificando con calidad

Se han establecido medidas, objetivos por etapas y se acompaña el cronograma con los principales hitos para una coordinación con los distintos dispositivos asistenciales. En una primera etapa de sensibilización, otra de diagnóstico situación así como de evaluación y mejora.

Acciones de comunicación y sensibilización



¿Tienes una idea que puede mejorar el sistema sanitario?
Recuerda que cualquier pequeño cambio puede ser importante

Hackathon Pontevedra Challenge

LUGAR: AULAS DE DOCENCIA
Día: 21 de noviembre (13:30h)
METODO: en grupos de 2-3 personas, desarrolla una idea para presentar a los premios de innovación de MACIS. Nosotros te ayudamos

39

Dic 2019: Jornada de seguridad del paciente en el bloque quirúrgico. Montecelo

HACKATHON: sesión de Innovación

DIA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Participación del paciente en la seguridad clínica

Día internacional sepsis. ronda seguridad en UCI y reanimación.

En el área de formación colectiva relacionado con calidad y seguridad clínica, destacar Programa Lean para la mejora del PROCESO DE MUESTRAS EN el Laboratorio de Hematología.

Evaluación y mejora

Se ha realizado **seguimiento y evaluación periódica del Acuerdo de Xestión (ADX)**. En 14 ENERO 18 feb 2020 17 julio 2019, puesta en marcha (enero) y evaluación de los objetivos de calidad mediante los indicadores de Calidad y Seguridad.

Calidad y seguridad clínica hacia el nuevo Montecelo

La orientación ha pasado por mantener las Normas ISO y a la vez, promover la participación y mejora de los servicios a partir de las normas de acreditación que las propias Sociedades Científicas definen para determinadas unidades. Así, los criterios en la Unidad de Alergia, el servicio de Cirugía y el servicio de Urgencias del HS, ayudan a establecer un camino hacia la mejora, con un sentido más clínico, que el que la norma 9001 aporta.

- Normas de Acreditación Sociedades Científicas

Evaluación externa para la reacreditación, fase 4, en IHAN del Hospital de O Salnés.

Auditoria de certificación de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Fases 1 y 2).

Evaluación preliminar para la acreditación de la SEAIC (Unidad de Asma Grave), cumpliendo 100% de los criterios básicos y más del 70% de los recomendados.

Servicio de Cirugía General y Digestiva: Acreditación Sociedad Española de Coloproctología

Servicio de Urgencia HS: Norma SEMES

- Normas de Certificación

Hemos renovado todas las Normas ISO 9001 y también la 14001, tras el anterior año donde se hizo la adaptación hacia las nuevas ediciones. También, hemos conseguido sumar por vez primera un servicio clínico-quirúrgico (Servicio de Dermatología).

- Otras acciones de Evaluación y mejora

Rondas de Seguridad Clínica en UCI y Servicio de Reanimación Postanestésica, dentro de los programas Zero.

Grupo de acción hospitalis sen fume. En toda el Área Sanitaria. Se constituyó el EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO PARA GARANTIZAR EL CONTROL Y CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA PROHIBICION DE FUMAR EN LOS CENTROS SANITARIOS

La intervención en el área sanitaria ha contribuido a disminuir el 6% de usuarios y un 20% de trabajadores fumando en áreas indebidas.

Grupo de trabajo: Programa Recomendaciones “Que non facer”

Las evaluaciones externas de distintos programas (ADOS, Docencia), también incluyen evaluación de indicadores relacionados con la mejora de la calidad y seguridad clínicas.



Programa²⁰ de Garantía de Calidad del Proceso de Donación auditoria externa 2019.

- **-Auditoría externa** del Programa de Garantía de Calidad del Proceso de Donación. (audit CALIDAD)

HACIA EL NUEVO GRAN MONTECELO en calidad docente e investigación

Más calidad en formación pre y postgrado


En el área de docencia, señalar que se han colaborado en las memorias docentes para los Servicios de Cardiología, Reumatología, Urología y otros servicios, así como en el CS de Virxe Peregrina en Atención Primaria.

Jornadas de Puertas Abiertas: Evaluación resultados: Es la primera vez que se celebra. La encuesta de satisfacción (Ver Anexo), señaló una edad media de 25 años, y una satisfacción global de 5/5 y el **más importante indicador como es que en prácticamente el 90% nos recomendarían como referencia para otros profesionales en formación.**

Desarrollo de estrategias de investigación

Hemos participado en un proyecto de investigación, liderada la Universidad de Navarra, para identificar los problemas de calidad y/o seguridad clínica más importantes para los hospitales españoles. Es la primera fase, para diseñar un prototipo basado en la inteligencia artificial que pueda mejorar la gestión de la calidad y/o seguridad clínica para alguno de los problemas críticos de los hospitales españoles. También hemos participado en el Proyecto Mapex Telefarmacia: Marco estratégico en Telefarmacia. Panelista. Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria De La 2019 Actualización. Grupo de Expertos en Seguridad Clínica.

La evaluación de la gestión de la utilización, ha sido un ítem preferente para la investigación. En esta línea, nuestro equipo de investigación e- Health en área integradas dentro del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, ha sido seleccionado por el Instituto de Salud Carlos III, dentro del Programa de Ayudas Estratégicas en Salud. En concreto, para la evaluación de las Vías de Diagnóstico rápido en Cáncer Colorectal mediante data mining



**9 DE ABRIL DE 2019
JORNADAS DE PUERTAS
ABIERTAS PARA
FUTUROS RESIDENTES**

Salón de Actos del Hospital Montecelo en Pontevedra

PROGRAMA

10:00: Presentación y bienvenida del Director Corrente del Área Sanitaria Pontevedra-Salnés.

10:15 - 10:30 ¿Por qué elegir nuestro centro? (Jefes de unidades de Atención Especializada y Medicina Familiar y Comunitaria)

10:30: Reunión con los representantes de residentes de las distintas especialidades.

12:00: Visita a los diferentes Servicios.

SERVIZO GALIZO DE SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés

OBJETIVO: Informar e intercambiar experiencias con nuestros residentes de las diferentes especialidades acreditadas en la Xerencia de Atención Especializada de Pontevedra e O Salnés.

OBJETIVO: Unidad de Medicina, Unidades de Estudios de Atención Especializada y Medicina de Familia.

INSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Enviar e-mail a dirección: especialidad@junta.sal.galicia.es. Teléfono 986.686.913

2019 CONGRESO NACIONAL DE ATENCION AL PACIENTE CRÓNICO²². Premio a la mejor comunicación tipo proyecto de investigación

I. Said Criado (1), G. González Cristobo (2), M. Martínez Pillado (3), A. Regueiro Martínez (4). "Validación del Cuestionario Cambados para definir los e-senior chronics", En: libro de ponencias. XI Congreso de atención sanitaria al paciente crónico / VI Conferencia nacional del paciente activo. Merida. Sociedad española de medicina interna. 2019, <https://www.congresocronicos.org/envio-de-comunicaciones-xi-congreso/> (premio al mejor proyecto de investigación) (1) Área Sanitaria Vigo(2)Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vilanova. EOXI Pontevedra-Salnés (3)Unidad de Calidad.. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (4)Centro de Salud Vilanova.

21 Congreso Nacional de Hospitales_Santiago- Finalista En Categoría Mejor Proyecto de Involucración de Profesionales Sanitarios": Programa Air Farmacia.



Programa AIR Farmacia: Diseño de una estrategia de marketing para la identificación de riesgos sanitarios. Investigador principal: Modesto Martínez Pillado y equipo AIR Farmacia. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Se ha considerado su calidad científica, innovación, aplicabilidad para otros centros sanitarios y la capacidad de motivación sobre los profesionales, generando cultura de seguridad del paciente en las organizaciones.

En el 21 Congreso Nacional de Hospitales hemos fomentado la participación de distintos servicios y unidades de Atención Primaria. Algunas comunicaciones presentadas son las siguientes (Servicio de Hematología, Microbiología, C.S. Vilanova de Arousa y CS Vilagarcía)

Área Temática: AT1 - INNOVACIÓN Y MODELO ASISTENCIAL

- MARTINEZ PILLADO, Modesto; SAID CRIADO Ismael; Ledo, Alejandro; Ulla, José Luis. DESARROLLO DE LA MINERÍA DE PROCESOS PARA LA EVALUACIÓN DE VÍAS RÁPIDAS DE DIAGNÓSTICO. En: Libro de Ponencias : 21 Congreso Nacional de Hospitales. Santiago de Compostela; SEDISA 2019 p12.
- Regueiro Martinez Antonio; Said Criado Ismael; Sineiro Galiñanes Elvira; Cores Margarita; Romero Martinez Mónica; Martínez Pillado, Modesto Efectividad De Una Estratificación Por Competencias Tecnológicas Para La Generación Baby Boom (E-Senior Chronic) En: Libro De Ponencias : 21 Congreso Nacional De Hospitales. Santiago De Compostela; Sedisa 2019 P113.

Área Temática: AT3 - INNOVACIÓN EN LOS MODELOS DE GESTIÓN

- ALVAREZ GARCIA P; GARCIA CAMPELLO M; FERNANDEZ CASAS S; TRIGO DAPORTA M; PALLARES GONZALEZ A; PULIAN MORAIS V DESPLIEGUE POR EQUIPOS EXPERTOS PARA LA ADAPTACION A LA NORMA ISO 9001 En: Libro de Ponencias: 21 Congreso Nacional de Hospitales. Santiago de Compostela; SEDISA 2019 p188

Área temática: AT4 - INNOVACIÓN Y PROFESIONALES

- Martínez Pillado, M. García-Borregón J, Crespo Diz. C., Castro Lareo B. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CON TÉCNICAS DE MARKETING EN UN SERVICIO DE FARMACIA En: Libro de Ponencias: 21 Congreso Nacional de Hospitales. Santiago de Compostela; SEDISA 2019.p.698

Área Temática: AT5 - INNOVANDO EN LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES

- García Costa A; Amador Barciela L; Santos Diaz P; Oubiña Hermida P; Fazanes Souto C; Lodei-ro Graña L. Un Modelo De Evaluación Del Contexto y Partes Interesadas En Un Servicio De Hematología En: Libro de Ponencias: 21 Congreso Nacional de Hospitales. Santiago de Com-postela; SEDISA 2019.p.433



ANEXOS

Anexo Registro de Protocolos código 19

INSTRUCCIÓN PARA LA ENTREGA DE COPIAS DE LA HISTORIA CLÍNICA A LOS PACIENTES	INT-XXIPS-CTHC-01-22
PROTOCOLO DE MANEJO PERIOPERATORIO DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES	XXIPS_PRO_CLN_21_22
PROTOCOLO DE MANEJO CONTENCIÓN MECÁNICA	PROL-XXIPS-PSQ-22
PROTOCOLO DE ADMNISTACION IV DE ANESTESICOS LOCALES	PROL-XXIPS_ANM-01-22
PROTOCOLO DE ANAFILAXIA PERIOPERATORIA	PROL-XXIPS-ANM-02-22
Protocolo de Etiquetado de Fármacos en el Bloque Quirúrgico	PROL-XXIPS_ANM-03-22
PROTOCOLO DE CUIDADOS/ RETIRADA DE CATÉTER EPIDURAL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	PROL-XXIPS_ANM-04-22
Instrucción Técnica de MANEJO DE FÁRMACOS EN PERIOPERATORIO	INT-XXIPS_ANM-01-22
PROCEDEMENTO PARA A ORGANIZACIÓN E MANTEMENTO DOS CARROS DE MEDICACIÓN INSAUSTI®	PROL-XXIPS-ENF_02_22
PROCEDIMIENTO DE BAÑO TERAPEUTICO	ENF.01.PA.02
PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA DE ENVOLTURA HÚMEDA. DOBLE PIJAMA	ENF.01.PA.02
PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE TERAPIA FOTODINÁMICA	DERM.02.PRA.05
PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE FOTOTERAPIA	DERM.02.PRA.04
PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECÍFICA. DERIVACIÓN Y ASISTENCIA	PROL-XXIPS-DER-01-22
PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN AL MELANOMA. VIA RÁPIDA	PROL-XXIPS-DER-02-22
PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON PSORIASIS	PROL-XXIPS-DER-03-22
PROCESO ASISTENCIAL DE CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS	PROL-XXIPS-DER-04-22
PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO DE ÉXTIUS, AMPUTACIONES Y FETOS	PROL-XXIPS-ADM-02-21
PROTOCOLO DERIVACIÓN CONSULTA DERMATITIS CONTACTO	PROL-XXIPS-ALG-02_22
PROCESO ASISTENCIAL EN LA APLICACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA	PROL-ASPS-DÁS-01
PROTOCOLO DE MANEJO PERIOPERATORIO DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES	SIN CODIGO

Anexo ENCUESTA SATISFACCIÓN FUTUROS RESIDENTES

JORNADAS DE PUERTAS ABIERTAS PARA FUTUROS RESIDENTES

Encuesta de Satisfacción

Para situarnos:

Soy: Hombre Mujer

Edad 23-25 >26 años

Vivo en: Provincia de Pontevedra prov. Cor/ Lugo/Ou
 Castilla y León Otros _____

Para saber más de nuestra organización te has informado por (múltiple) Internet Otro residente

Has acudido a otras jornadas de puertas abiertas Si No

Mi puesto en el MIR es >500 1001-2000
 501-1000 Otros: _____(num.)

46

Hablemos de mi 😊 (marca el icono que más se acerque a tu respuesta)

Me ha gustado cómo se han organizado estas Jornadas de Puertas Abiertas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La recepción y acogida en nuestro hospital ha sido amable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te hemos dado información suficiente para elegirnos para tu residencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los residentes de nuestra EOXI, te han animado a que nos elijas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los profesionales de nuestra EOXI, te han animado a que nos elijas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has recibido respuestas a las preguntas que has planteado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hablemos de ti

Estas Jornadas me han ayudado a tomar la decisión



Después de estas Jornadas, he decidido solicitar más información para decidir si elijo Pontevedra



Me he llevado una grata sorpresa en estas Jornadas, no me esperaba toda la actividad que se hace



Me he llevado una grata sorpresa en estas Jornadas, no me esperaba toda la investigación que se hace



Me he llevado una grata sorpresa en estas Jornadas, no me esperaba todos los premios que ha recibido esta EOXI



¡Y ahora que ya nos conocemos... Hablemos!!!! 😊

He consultado en las redes sociales y me ha gustado lo que he visto sobre esta organización (hospital, AP, etc)



¿Qué podríamos hacer para que nos eligieras como tu centro?

47

Desearía que me ayudaran a encontrar piso



La calidad de esta organización supera lo que yo esperaba



La seguridad clínica de esta organizaciones supera lo que yo esperaba



Esta organización me ofrece mucho más de lo que esperaba antes de estas Jornada



Nos recomendarías entre tus compañer@s para realizar la especialización

Sí

No

Ahora que nos puedes evaluar, en general, ¿qué nota nos pones?



¿Qué te gustaría decirnos y no te hemos preguntado?

Muchas gracias por dedicarnos tu tiempo!

Hablemos de mi

Me ha gustado cómo se han organizado estas Jornadas de Puertas Abiertas	4,2	83%	75
La recepción y acogida en nuestro hospital ha sido amable	4,3	87%	78
Te hemos dado información suficiente para elegirnos para tu residencia	4,4	88%	79
Los residentes de nuestra EOXI, te han animado a que nos elijas	4,8	97%	87
Los profesionales de nuestra EOXI, te han animado a que nos elijas	4,8	97%	87
Has recibido respuestas a las preguntas que has planteado	4,7	94%	85

Hablemos de ti

Estas Jornadas me han ayudado a tomar la decisión	3,8	77%	69
Después de estas Jornadas, he decidido solicitar más información para decidir si elijo Pontevedra	4,1	82%	74
Me he llevado una grata sorpresa en estas Jornadas, no me esperaba toda la actividad que se hace	4,1	82%	74
Me he llevado una grata sorpresa en estas Jornadas, no me esperaba toda la investigación que se hace	3,8	76%	68
Me he llevado una grata sorpresa en estas Jornadas, no me esperaba todos los premios que ha recibido esta EOXI	3,9	79%	71

Y ahora que ya nos conocemos... Hablemos!!!!

He consultado en las redes sociales y me ha gustado lo que he visto sobre esta organización (hospital, AP, etc)	3,6	72%	65
Desearía que me ayudaran a encontrar piso	3,6	72%	65
La calidad de esta organización supera lo que yo esperaba	3,9	79%	71
La seguridad clínica de esta organizaciones supera lo que yo esperaba	4,2	84%	76
Esta organización me ofrece mucho más de lo que esperaba antes de estas Jornadas			0
Nos recomendarías entre tus compañer@s para realizar la especialización Si 1 No (2)	1,0	100%	18
Ahora que nos puedes evaluar, en general, ¿qué nota nos pones?	4,2	84%	76

¿Qué te gustaría decirnos y no te hemos preguntado?

ANEXO Programa Higiene de Manos. Evaluación respecto a estándar por año citado y referencia

Tabla. Programa Higiene de Manos. Evaluación respecto a estándar por año citado y referencia

	REFERENCIA					EVALUACION 2019			
	estándar	2018	2019	n	%	2018	2019	n	%
% adherencia total ob-servación	50%	35%	37%	1,9%	5%	36%	37%	1,2%	3,2%

Los resultados SERGAS, muestran los porcentajes de adherencia al programa de higiene de manos similar al año 2018,

Tabla. Evaluación de la adherencia al programa de Higiene de manos según referencias citadas

	2018	2019	201vs2018
CHOP	8,7	23,4	169%
HOSPITAL DO SALNÉS	11,1	17,7	59%
SERGAS	17,4	26,1	50%

Porcentaje de adherencia a Higiene de manos (con producto de base alcohólica o agua y jabón) en las áreas sanitarias en 2018 y 2019 evaluando el uso de joyas y / o uñas inapropiadas

	2018	2019	0%
ASPS	9,6	20,5	114%
SERGAS	17,4	26,1	50%

Porcentaje de adherencia con PBA o agua y jabón evaluado por el total de las observaciones registradas

49

	2018	2019	2019VS2018
ASPS	34,5	32,3	-6%
SERGAS	35,8	37,7	5%

Fuente de datos: Informe de resultados da auditoría observacional de hixiene de mans 2019. Subdirección xeral de Atención Hospitalaria

ANEXO HOSPITALES SIN HUMO. RESULTADOS EVALUCION

- Primera: **Ámbito de aplicación:** Se ha aplicado en centros de salud, centros hospitalarios, Puntos de Atención Continuada y Centro de Especialidades de Mollabao
- Segunda: **Grupos de Acción:** Se decide nombrar un solo grupo de acción para toda la EOXI, por los siguientes motivos: más del 50% de los componentes de los equipos de apoyo eran comunes (prensa, mantenimiento, gestión personal, etc.). Mantener un equipo, refuerza la idea de EOXI, por otra parte, ante situaciones sobrevenidas en el H Salnés, también hacían recomendable mantener un solo Grupo de Acción para toda la EOXI. **Señalización:** Se ha aplicado la señalización de acuerdo a las instrucciones, tanto en Centro de Especialidades Mollabao, Centros de Atención Primaria, CHOP y H Salnés. Se ha situado en los límites de la finca de Hospitales y en zonas de acceso visible en Atención Primaria (Ver archivo fotográfico)
- Cuarta: **Vigilancia:** Se han identificado los “puntos calientes”y los posibles cambios. Ahora bien, las limitaciones de vigilancias en horas y determinadas áreas, no permitía una supervisión exhaustiva (p.ej. HM un vigilante noche). Se han establecido nuevos recorridos por las zonas identificadas y nuevas alternativas.

Calidad y seguridad clínica hacia el nuevo Montecelo

- Quinta: Publicidad de prohibición de fumar: La Dirección informo a todos sus trabajadores a través de la intranet de la campaña, la prohibición de fumar, y el ejemplo necesario que debemos dar como profesionales sanitarios.
- En cuanto, a la información de prohibición de fumar en la documentación que se facilita al ingreso a los pacientes, así como recordar la ayuda para cesar el hábito, se realizará cuando dispongamos de la web corporativa que nos permita evitar más documentación adicional. Se ha realizado un manual de acogida nuevo, pendiente de su validación en comité de dirección y que prevé combinar la información tanto de web como en papel.
- Sexta: Otras medidas::
 1. Ofertar ayuda a los trabajadores del centro: en las comunicaciones en intranet, se ha recordado la existencia de este consulta. También en PRL se ha indicado que se realice la recomendación a todo profesional.
 2. Acciones de vigilancia. a. Se han identificado las zonas calientes (Ver Anexo) b. Se han evaluado los posibles cambios c. Se han establecido los cambios de ronda como mecanismo disuasorio
 3. Se ha establecido puntos de test para vigilancias; también se han establecido los puntos supervisoros así como las acciones
 - La intervención en el área sanitaria H. Ha contribuido a disminuir el 6% de usuarios y un 20% de trabajadores fumando en áreas indebidas.
 - En el HP se ha incrementado un 18% en el número de usuarios, mientras que en el HM se constata una reducción del 13% en usuarios.

50

%variación semanal número fumadores (set-dic 2019) por área citada					
	AREA	HM	HP	CHP	HS
Usuarios	-6%	-13%	18%	-7%	-2%
Trabajadores	-20%	-15%	0*	-20%	0*

Fuente Datos:

- El número de fumadores semanales detectados ha pasado de 167 usuarios por semana a 165, en el conjunto del area sanitaria hospitalaria evaluada, que equivale a 24 diarios en el conjunto del HP, HM y HS
- En trabajadores se ha pasado de 17 a 15 semanal, que equivale a 2 detectados fumando por día

Número de fumadores detectados total y por semana en los meses SET aDiC y total agredado (set-dic)											
AREA SANITARIA	SET		OCT		NOV		DIC		2019		
	N	SEM	N	SEM	N	SEM	N	SEM	N	SEMANA	DIA
Fumadores / Semana											
Usuarios	694	174	668	167	795	159	653	163	2810	165	24
Trabajadores	66	17	64	16	67	13	55	14	252	15	2

- **La evolución por centro se señala a continuación. Destaca el HS, sin ningún trabajador detectado.**

	SET		OCT		NOV		DIC		2019		
H. MONTECELO											
	N	SEM	N	SEM	N	SEM	N	SEM	N	SEMANA	DIA
Usuarios	504	126	480	120	547	109	445	111	1976	116	17
Trabajadores	61	15	53	13	55	11	53	13	222	13	2
H. PROVINCIAL											
Usuarios	89	22	101	25	140	28	109	27	439	26	4
Trabajadores	5	1	11	3	12	2	2	1	30	2	0
CHOP											
Usuarios	593	148	581	145	687	137	554	139	2415	142	20
Trabajadores	66	17	64	16	67	13	55	14	252	15	2
H. SALNÉS											
Usuarios	101	25	87	22	108	22	99	25	395	23	3
Trabajadores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BIBLIOGRAFIA

- Servizo Galego de Saúde. Estrategia Sergas 2020. Ed. Sergas 2018 https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRALEXIA_2020_280316_cas.pdf
- <https://elmedicointeractivo.com/la-evolucion-de-la-calidad-asistencial-en-el-sector-salud/>
- Carpio López D, Martínez Pillado M, Salgado Barreira Á, Daponte Angueira S, Díez Lage R, Castro Ortiz E,
- Fernández Salgado E, Pérez Galindo P, Turnes Vázquez J. Efectividad del plan de contingencia de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal ante la infección de Covid-19. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 16 de junio e202006061
- <https://eventos.redaccionmedica.com/iii-premios-redaccion-medica-a-la-sanidad-de-galicia/>
- <https://www.congresocronicos.org/premios-a-los-mejores-trabajos-del-congreso/>
- Gordo C, Mateo R, Labiano J, Núñez-Córdoba JM. Ranking Quality and Patient Safety Challenges: A Nationwide Survey of Healthcare Quality Experts From General Hospitals in Spain. J Patient Saf. 2020 Mar 10. doi: 10.1097/PTS.0000000000000675. Epub ahead of print. PMID: 32168284.
- Ramos Martínez A et al. Optimización del tratamiento antibiótico mediante la participación de expertos en antibióticos AN. MED. INTERNA (Madrid), 2007. Vol. 24(8):375-378
- Taconelli E. et al. ESCMID guidelines Clin Microbiol Infect 2014; 20 (Suppl. 1):1-55
- Ramón Limón-Ramírez. Diseño de una estrategia multimodal incluyendo marketing sanitario para la mejora del cumplimiento de la higiene de manos Med Clin (Barc). 2014;142(11):505-511

14. Merino J, Grupo RISS-Lleida. Registro de infección sociosanitaria-Lleida, estudio multicéntrico de la infección nosocomial de la Región Sanitaria Lleida. Primera fase del estudio RISS. Lleida. Revista multidisciplinar de gerontología. 2003, 13(1):7-14
15. <https://www.ecdc.europa.eu/en>
16. <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/eventos/jornadas-talleres-reuniones/2019/dia-mundia-seguridad-del-paciente/>
17. http://www.parcdesalutmar.cat/es_noticies/view.php?ID=509
18. <http://www.hhea.info/cps/rde/xchg/om-higieneaward-en-int/hs.xsl/7820.html>
19. http://intranetxxips.sergas.local/Varios/ISO9k/20190425_PX_Xestion_e_control_informacion_documentada.pdf
20. <https://goo.gl/forms/dvJqVdrDHkb8ogrB2>
21. <https://goo.gl/forms/dvJqVdrDHkb8ogrB2>
22. <https://goo.gl/forms/9iNkMsjMYHoh9zEf1>
23. <https://goo.gl/forms/kOI2Xm13KdDt3WiM2>
24. <https://ados.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtxt&idContido=6&idLista=6>
25. <https://www.sefh.es/mapex/index.php>
26. <https://www.congresocronicos.org/premios-a-los-mejores-trabajos-del-congreso/>
27. https://www.21congresohospitales.org/fuentes/21_CONGRESO_HOSPITALES_COMUNICACIONES.pdf

