

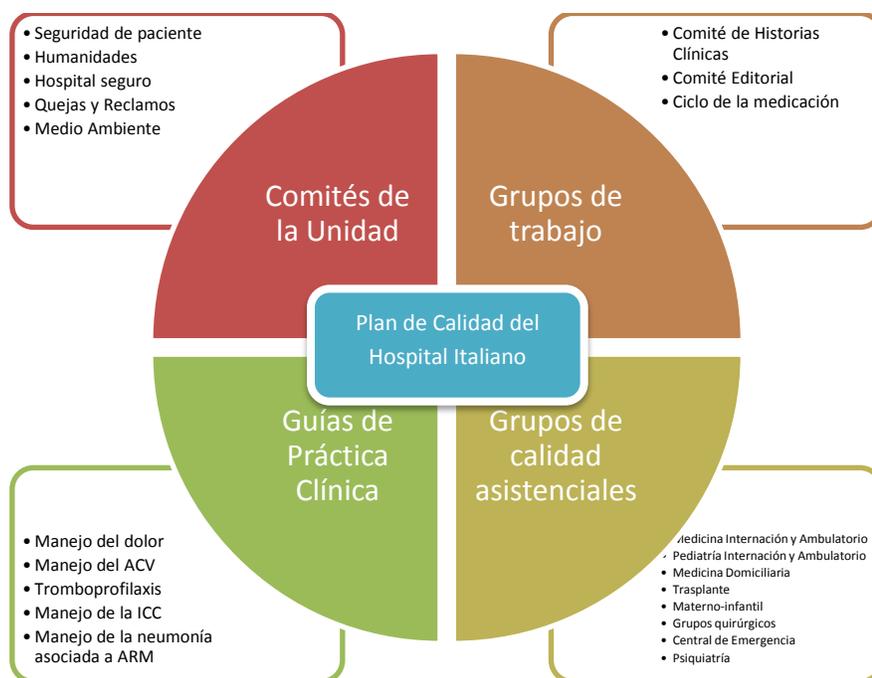
Plan de Calidad del Hospital Italiano

1. Introducción

Como se definió en el Manual de Calidad, es tarea de la Unidad de Calidad definir el contenido y las acciones a realizar en el Plan de Calidad del Hospital. En tal sentido, en el presente documento se da cuenta de la manera a través de la cual la Unidad en acuerdo con la Dirección del Hospital, definieron llevar adelante el presente Plan de Calidad.

2. Grupos de trabajo

El Plan de Calidad del Hospital se organizó sobre aspectos centrales a la seguridad de paciente y a la calidad de la atención; en el gráfico que se adjunta se puede observar los distintos grupos que de manera coordinada trabajan con la intención de cumplir los objetivos definidos en el Manual de Calidad.



3. Modalidad de trabajo de los mismos

La Dirección del Hospital, en conjunto con los Jefes de Departamentos y la Unidad de Calidad, planteó una serie de áreas prioritarias:

- Gestión de calidad de registros asistenciales
- Gestión de generación de piezas de información

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	1 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

- Hospital seguro. Gestión de la respuesta rápida
- Gestión de riesgo y cultura de seguridad
- Cuidado del medio ambiente
- Escucha activa del usuario. Gestión de los reclamos y las quejas
- Metas seleccionadas por los grupos asistenciales
 - Documentación asistencial
 - Gestión de la medicación
 - Control de Infecciones
 - Registros profesionales. Legajos
 - Metas Internacionales
 - ✓ Identificación de Pacientes
 - ✓ Comunicación efectiva
 - ✓ Mejorar la seguridad de medicamentos
 - ✓ Cirugía correcta
 - ✓ Reducir el riesgo de infecciones
 - ✓ Reducir el riesgo de caídas
- Guías de Práctica Clínica
- Gestión global del ciclo de la medicación
- Gestión de prestadores externos seleccionados

Se planteó que las diferentes áreas priorizadas , trabajaran siguiendo el siguiente ciclo de acción (Figura 1):

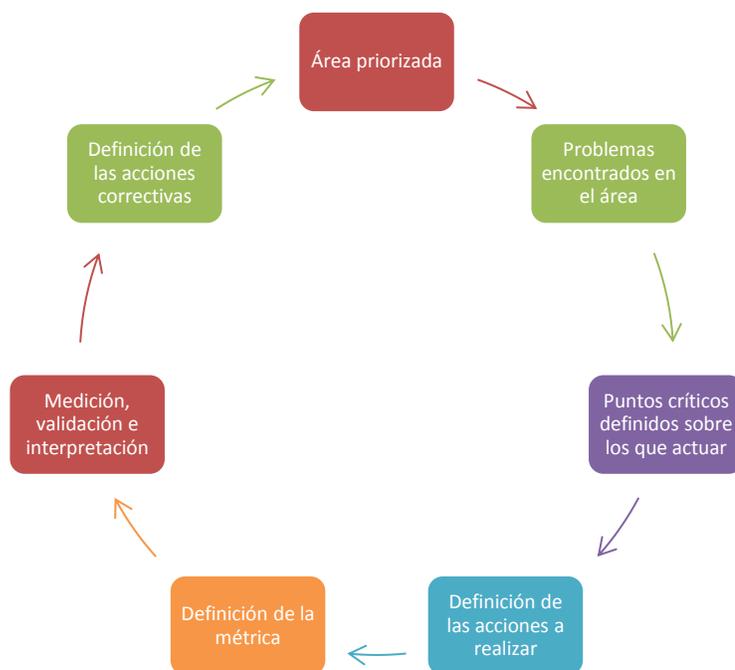


Figura 1: Ciclo de acción

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	2 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

A continuación se presentan los grupos de trabajo y sus funciones.

3.1 Calidad de la Documentación Clínica

Un aspecto central a la hora de mejorar la seguridad de la atención médica, es contar con registros médicos y de enfermería de calidad, que sean funcionales a los procesos asistenciales y que contengan los elementos necesarios a la hora de tener que tomar decisiones en el manejo de los pacientes.

Las evaluaciones realizadas sobre el contenido de los registros médicos en el ámbito de la internación, arroja una marcada variabilidad en las mismas, más allá de una falta de registros de aspectos importantes tanto en la apertura del episodio (historia clínica de admisión), evoluciones diarias y cierre del episodio (carta de alta o epicrisis).

Algunos aspectos salientes de los registros médicos incluyen:

- Consentimientos
 - Consentimiento General
 - Consentimiento quirúrgico o de procedimientos invasivos
 - Consentimiento de anestesia
 - Consentimiento de transfusión de sangre y hemoderivados
 - Consentimiento de tratamientos y procedimientos de alto riesgo
 - Consentimiento de ensayos, investigación e investigación clínica
 - Riesgos, beneficios y alternativas de anestesia
 - Riesgos, beneficios, potencial complicaciones y alternativas de cirugías
- Valoraciones
 - Necesidades Médicas del paciente
 - Necesidades de Enfermería del paciente
 - Evaluación médica en 24 horas
 - Evaluación de enfermería en 24 horas
 - Evaluación de los hallazgos documentados dentro de las 24 horas del ingreso (médico y enfermería)
 - Evaluación médica documentada antes de la cirugía
 - Screening nutricional
 - Screening de dolor en el momento de la admisión
 - Valoración y reevaluación de las necesidades especiales
 - Modificación de valoración por necesidades especiales
 - Planificación temprana de alta
 - Reevaluación medica diaria
 - Valoración de las necesidades de educación
 - Valoración de pre sedación
 - Monitoreo durante la sedación
 - Criterios de recuperación
 - Valoración de pre anestesia y pre-inducción
 - Plan de anestesia
 - Horas de llegada y alta de cuidados post anestésicos
 - Planificación de la atención quirúrgica de acuerdo a los resultados de la evaluación
 - Diagnóstico pre quirúrgico
 - Planificación del procedimiento quirúrgico
 - Informe quirúrgico con
 - Diagnostico post operatorio
 - Nombre del cirujano que realizo la cirugía y los ayudantes
 - Nombre del procedimiento
 - Muestras quirúrgicas enviadas a analizar
 - Mención específica a las complicaciones o la ausencia de complicaciones durante el procedimiento, incluyendo la pérdida de sangre
 - Fecha, hora y firma del médico responsable
 - Plan médico post quirúrgico
 - Plan de cuidados de enfermería post quirúrgico
 - Lista actualizada de medicamentos que toma el paciente al momento de la admisión
 - Los medicamentos recetados y administrados están registrados en la historia clínica del paciente

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	3 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

- Efectos Adversos
- Para la planificación de la educación del paciente y su familia se evalúa:
 - Creencias y valores del paciente y su familia
 - Nivel de alfabetización, nivel educativos y manejo del idioma
 - Barreras emocionales y motivacionales
 - Limitaciones físicas y cognitivas
 - Predisposición del paciente y su familia para recibir información
- Identificación del autor, la fecha y el horario (cuando es requerido) de cada ingreso de información en la historia clínica
- Plan de atención del paciente
- El informe de alta contiene la siguiente información
 - Motivo de ingreso, diagnósticos y comorbilidades
 - Hallazgos significativos, físicos y de otra índole
 - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados
 - Medicamentos al alta
 - Estado del paciente al momento del alta
 - Instrucciones de seguimiento
- El proceso de traslado del paciente se documenta con la siguiente información
 - Nombre de la organización y el nombre de la persona que acuerda recibir al paciente
 - El o los motivos de traslado
 - Cualquier circunstancia especial para el traslado
 - Cambio de condición o estado del paciente durante el traslado

Estos contenidos explican la complejidad que significa el cambio necesario en la calidad de los registros; se puede decir que muchas de estas variables se encuentran en nuestras historias, otras tantas son conocidas por los grupos tratantes pero no son volcadas en los registros y otras están claramente ausentes.

Buena parte de los registros médicos, son completados por médicos en formación sin existir un control de los contenidos existentes por los médicos de planta de los distintos servicios.

La calidad de los registros médicos no es solo un ítem a cumplir en el proceso de la acreditación por la Joint Commission, sino es una necesidad absoluta a fin de contribuir en garantizar la seguridad de la atención.

Objetivo

- Definir los contenidos mínimos que los registros médicos deben tener
- Garantizar el control de calidad de los mismos por los respectivos grupos médicos
- Auditar en forma periódica los registros con una herramienta conocida por los grupos médicos (actividad a realizar por evaluadores externos)
- Dar a conocer los resultados de esas evaluaciones

Planificación estratégica

El planteo es diagramar y posicionar este proyecto dentro del Programa de Mejora de las Residencias Médicas, trabajando el grupo del PROARES conjuntamente con los jefes de servicio, los instructores y jefes de residentes, el grupo de acreditación hospitalaria, el departamento de informática médica y el comité de calidad.

Se plantea un trabajo en etapas:

- Plantear la situación actual y los objetivos a alcanzar
- Definir los contenidos mínimos que las historias clínicas deben tener
- Redefinir la HCE sobre la base de estos contenidos

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	4 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

- Capacitar a todas las residencias médicas en el uso correcto de los registros
- Auditar la calidad de los registros médicos

De esta forma éste es el flujograma definido para empezar a trabajar:



3.2 Información para pacientes y familiares

Uno de los aspectos que hace a la calidad y seguridad en el manejo de los pacientes, tiene que ver con brindar una educación apropiada. Por otro lado, son muchos los contactos que los pacientes tienen con la organización, y por ende, muchas las oportunidades para aprovechar esa interacción en pos de una educación positiva.

Son muchas las formas que el Hospital ha encarado para lograr alcanzar esta meta educacional, los videos de HIBA Tv, los contenidos de la revista Aprender Salud, las herramientas volcadas en el portal personal, la información de la revista entre nosotros, etc. Pero hay algunos lugares y algunos momentos, en donde llegar con esa información es más difícil.

Uno de esos momentos es al alta de la internación. Un análisis de los distintos modelos de externación que los servicios tienen, muestran la enorme variabilidad existente en cuanto a la información que los pacientes reciben, a la comprensión que logran sobre los contenidos tratados en la misma, al registro existente de los mismos, etc.

Por otro lado, es el tema de educación a pacientes, un capítulo trascendente en la evaluación que recibiremos de parte de la Joint Commission International. Considerando estas variables, es necesario optimizar el estado actual, en estos ámbitos del cuidado.

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	5 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

Objetivo

- Cumplir con los estándares fijados por la JCI
 - Lograr que los pacientes y sus familias conozcan los cuidados que deberán tener acorde a los problemas de salud presentados
 - Evaluar la comprensión de la información recibida
- Disponer de un conjunto de medidas de cuidado, agrupado por problemas médicos, prácticas realizadas, tratamientos indicados; a modalidad de ejemplo:
 - Cuidados a tener en el paciente anticoagulado
 - Manejo del paciente con reemplazo de cadera
 - Cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca

Planificación estratégica

La estrategia propuesta para conseguir encaminar este objetivo es posicionarla en el marco del Comité Editorial del Hospital Italiano, comprometiéndolo a los servicios asistenciales a que identifiquen los contenidos de información que consideran trascendentes, a fin de, previa adaptación de los mismos que posibiliten una fácil comprensión, volcarlos a los pacientes y sus familias, utilizando todos los canales habilitados, incluyendo en los mismos, el momento del alta, ya que éste es el primer punto que intentamos optimizar.

El trabajo se plantea dividirlo en dos etapas:

- Generación de los contenidos y organización de los mismos
- Volcar esos contenidos en el momento en el que se genera la carta de alta
 - Evaluación de la comprensión de los contenidos entregados e informados

Flujograma de generación y organización de los contenidos



Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	6 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

3.3 Comité de Hospital Seguro

Este Comité trabaja en dos aspectos centrales: la preparación del hospital ante la respuesta rápida, tanto de pacientes internados como externos, y la acción ante situaciones emergentes, ya sea internas como externas. Para el presente Plan de Calidad se priorizará la respuesta rápida.

Los objetivos del Comité son:

- Diagramar la respuesta hospitalaria ante situaciones de alarma
- Disponer de la asistencia en el lugar apropiado y en el momento oportuno
- Mantener al hospital operativo los 365 días del año ante situaciones emergentes
- Disponer de simulacros de acción ante los desencadenantes potenciales
- Analizar la vulnerabilidad hospitalaria en un sentido integral determinando el grado de predisposición al daño, con el fin de detectar debilidades
- Ofrecer al personal hospitalario, los conocimientos necesarios para reconocer la necesidad de conformar el comité hospitalario ante desastres
- Reforzar la metodología para diseñar sus propios planes de respuesta

Modalidad de acción de los Equipos de Respuesta Rápida

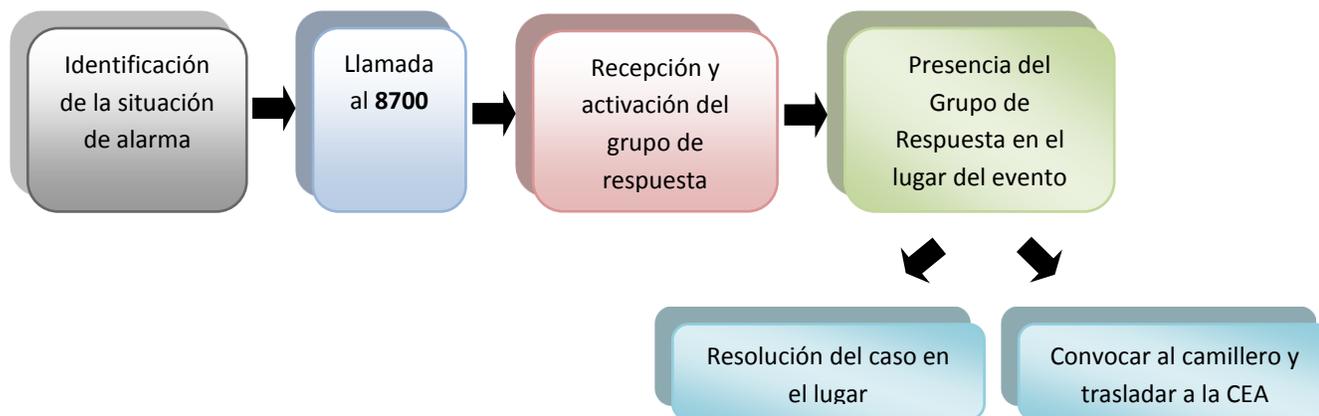
- **Ámbito de aplicación:** la totalidad del Hospital Italiano, las veredas perimetrales del mismo, la totalidad de la manzana, incluyendo el edificio administrativo de Pringles y el anexo del Plan de Salud.
- **Población con potencialidad de ser asistida:** la totalidad de la población en tránsito o bien personal del Hospital que requiera ser asistido con carácter de urgencia.
- **Alarmas que activan la respuesta rápida:** el trabajo de los equipos de respuesta rápida se deberá activar en caso de que se presenten las siguientes situaciones observadas por cualquier trabajador del Hospital Italiano, a saber:
 - Paro cardio-respiratorio
 - Pérdida de conocimiento (sincope, lipotimia)
 - Politraumatismos
 - Pacientes en tránsito, familiares o personal que refiera sentirse mal con o sin dificultades de movilización
 - Accidentes en vía pública
- **Población que activa el sistema:** el equipo de respuesta rápida podría ser activado por cualquier personal del hospital, ya sea por estar presenciando la alarma o bien por haber sido alertado por personas en tránsito. Para ello se requiere comunicar principalmente al personal de seguridad (amplia distribución edilicia tanto en contacto con el interior como el

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	7 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

exterior al visualizar los ingresos y egresos), al personal administrativo (dominio de las áreas de mayor volumen de personas en tránsito) y a todas las personas de la organización.

- **Equipos de Respuesta Rápida:** ante la identificación de una alarma se debe activar la respuesta rápida a través de la línea telefónica 8700, esta es la línea de urgencias del Hospital Italiano. La misma desencadenará:
 - La recepción por parte de un equipo entrenado en tomar la información necesaria para desencadenar la respuesta necesaria
 - Esto requerirá el entrenamiento del equipo de bomberos que recibe la llamada
 - El mismo estará a cargo del equipo de enfermeros que hacen el triage
 - El 8700 contará con una planilla de registros de las activaciones del sistema y los motivos que la generan
 - El grupo que recibe la llamada, activará al equipo de la respuesta rápida
 - Esto se hará a través del *23932 (Cel. del equipo de triage)
 - Este se dirigirá al lugar del evento junto con un médico de la CEA
 - Para la atención inicial contará con:
 - Una caja con suero fisiológico, dextrosa, glucosados hipertónicos, abocath, guías de suero, medicación para la urgencia, equipo de intubación, oxímetro digital, tensiómetro, etc.
 - En caso de necesidad se convocará al camillero para el traslado del paciente. El contará con:
 - Oxígeno, equipos de inmovilización (tabla y cuello)

Flujograma de funcionamiento: se presentan dos situaciones de acuerdo a la condición observada al evaluar el paciente que activo el sistema.



3.4 Comité de Humanidades

Este Comité debería generar información central para el trabajo de los otros grupos; es absolutamente cierto que siempre se debe tener en cuenta al usuario o receptor final del servicio, a la hora de diseñar o rediseñar procesos. Por

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	8 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

tal motivo es fundamental poder conocer las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias. Esta es la principal actividad del Comité de Humanidades.

Objetivo del Comité de Humanidades

- Desarrollar las herramientas necesarias que posibiliten conocer las necesidades y expectativas de los clientes/pacientes
- Disponer de evaluaciones estructuradas y no estructuradas, cuali y cuantitativas que traigan a los grupos que toman decisiones en la organización, la voz de usuario, tanto interno como externo

Metodología de trabajo

El Comité deberá trabajar contribuyendo al rediseño de estructuras ya existentes (centros de recepción de quejas), y diseñar herramientas cuali y cuantitativas sobre la base del conocimiento de las expectativas de la población.

En ese sentido, se deberá trabajar intentando capturar información tanto solicitada como no solicitada al usuario, ponderando las siguientes herramientas:

- Encuesta de usuarios internos (evaluación del Clima Organizacional)
- Encuesta de clientes externos (evaluación de la satisfacción)
 - ✓ Ambulatorio
 - ✓ Internación

La totalidad de la información generada por este Comité deberá ser comunicada a los distintos grupos, ya que es central el conocimiento de estos temas a la hora de ejercer un liderazgo participativo, una adecuada gestión estratégica, un desarrollo de procesos que generen un valor apropiado a las necesidades, y un diseño de calidad orientado a disminuir las quejas y reclamos.

Los informes de la encuesta de satisfacción tanto en internación como en el ambulatorio, así como la encuesta de clima laboral serán subidas a diferentes fuentes de difusión que la organización tiene.

3.5 Comité de seguridad del paciente

Si bien los avances en el conocimiento y la tecnología de atención médica han sido enormes, han surgido numerosos problemas entre los que se destacan los efectos adversos que sufren aquellos que reciben atención médica, aunque esta sea asumida como de buena calidad.

En países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños como resultado de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	9 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

la atención. La frecuencia de errores o eventos adversos evitables ha sido medida en diversos países desarrollados. Estos errores dan cuenta por ejemplo de más de 3% del gasto del presupuesto asignado a la salud en EEUU y más de 90 mil muertes por año en ese país. La detección del problema llevó a que varios países inicien tareas para reducir sus consecuencias. Por otro lado no solo los pacientes se ven perjudicados por errores en la atención médica sino que los profesionales de salud pueden ser considerados como las segundas víctimas.

Objetivos del sub-comité de Seguridad del Paciente

- Fomentar el incremento de una cultura de la seguridad positiva
- Integrar las actividades de gestión de riesgos
- Promover que se informe sobre los incidentes de seguridad del paciente
- Involucrar y comunicarse con los pacientes
- Aprender y compartir lo aprendido sobre seguridad
- Promover las buenas prácticas para la seguridad del paciente

Metodología de trabajo

- Fomentar el incremento de una cultura de la seguridad positiva
 - Continuar con los **ateneos de seguridad del paciente**
 - Realizar **recorridos periódicos de seguridad**
 - Involucrar a todo el personal en contacto con los pacientes
 - Desmitificar el concepto de error pasando del enfoque individual al enfoque sistemático
 - Continuar con la **medición del clima de seguridad de la organización**
 - Seguir organizando y ampliando las **jornadas de seguridad del paciente**
 - Involucrar a todo el personal en el relato de errores
- Integrar las actividades de gestión de riesgos
 - Colaborar con las distintas implementaciones hospitalarias que interactúen con el manejo de pacientes
 - Adquirir habilidades en el desarrollo de la principal herramienta estratégica en gestión de riesgos: **el Análisis de Modos de Fallas y sus Efectos (AMFE)**
 - Identificar situaciones que entrañan daño potencial
 - Formar equipos para su análisis
 - Acotar el proceso y describirlo gráficamente
 - Realizar análisis de riesgos
 - Diseñar la intervención y los indicadores para comprobar su efectividad
- Promover que se informe sobre los **incidentes de seguridad del paciente**

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	10 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

- Poner énfasis en el aprendizaje
- Asegurar confidencialidad
- Utilizar una terminología unificada
- Carácter no punitivo y voluntario
- Poder notificar todo tipo de incidentes
- Notificar preferiblemente a través de la intranet
- Dar un análisis y un feedback rápido
- Difundir recomendaciones
- Armar un listado eventos centinela y “trigger”
- Hacer análisis **causa-raíz**
- Armar listado de eventos centinelas
 - Utilizar como base los indicadores centinela de la JCAHO o los “Never events” del NQF
- Armar listado de indicadores “trigger”
 - Alertan sobre la ocurrencia potencial de incidentes de seguridad
- **Análisis causa-raíz**
 - Adquirir habilidad en la realización de un análisis causa-raíz
 - Realizar al menos dos análisis causa-raíz al año
 - Utilizar en la elección del tema eventos centinelas
- Involucrar y comunicarse con los pacientes
 - Incluir a los pacientes en el acto médico
 - Hacer participar a los mismos en la notificación de errores
 - Incrementar la participación de los mismos en las jornadas de seguridad hospitalarias
 - Pensar en una jornada de seguridad de pacientes para los pacientes
 - **Promover el desarrollo de información para la participación activa de los pacientes**
- Aprender y compartir lo aprendido sobre seguridad
 - **Establecer vínculos con otros grupos que trabajan en seguridad**
 - Compartir experiencias
 - Intentar establecer consensos
 - Organizar jornadas con otros establecimientos hospitalarios
- Promover las buenas prácticas para la seguridad del paciente
 - Adecuar la capacidad del hospital a las necesidades del paciente
 - Informar al paciente sobre los riesgos
 - **Asegurar la formación en seguridad del personal de salud**
 - Empoderar al personal de la farmacia en los procesos de dispensación de medicamentos
 - Adecuar la transferencia de información
 - **Generar informes claros para los pacientes**

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	11 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

- Asegurar la comprensión de los consentimientos informados
- Asegurar la preferencia de los pacientes para cuidados especiales
- **Evaluar la seguridad en las prescripciones computarizadas**
- **Ampliar y mejorar el check list en las prácticas hospitalarias**
- Mejorar la seguridad en situaciones específicas
 - **Implementar y extender el desarrollo de prácticas de seguridad**
 - Evaluar y prevenir úlceras por decúbito
 - Evaluar y prevenir patología tromboembólica
 - Gestión específica de la anticoagulación
 - Evaluar y prevenir el riesgo de aspiración
 - Utilizar protocolos para prevenir daño por contraste
 - Evaluar riesgo de malnutrición y prevenir su aparición
- **Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos**
 - Zona de preparación de medicación segura
 - Estandarización para el etiquetado y almacenamiento de medicamentos
 - Identificación de medicación de “alta alerta”
 - Dispensación en unidosis

Se resaltan las principales actividades del Comité, las cuales se centran en los siguientes aspectos:

- ✓ Docencia en seguridad en el pregrado y el postgrado
- ✓ Facilitar los reportes de incidentes
- ✓ Analizar los mismos
- ✓ Unificar en el análisis los reportes y las sugerencias de los pacientes y familiares
- ✓ Identificar los eventos centinelas
- ✓ Realizar ACR sobre los mismos
- ✓ Realizar al menos un AMFE para los nuevos diseños o rediseños
- ✓ Mantener los ateneos de seguridad
- ✓ Medir periódicamente el clima de seguridad institucional
- ✓ Mantener actividades conjuntas (que serán delineadas más adelante) con:
 - Servicio de Farmacia
 - Departamento de Informática Médica
 - Departamento de Cirugía

3.6 Comité de cuidado del medio ambiente

En el mundo actual nadie pone en duda que nuestras acciones ocasionan cambios que repercuten en el medio ambiente. Algunas prácticas hospitalarias, como por ejemplo la mala gestión de los residuos, el uso de sustancias

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	12 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

químicas tóxicas, y la dependencia de tecnologías contaminantes, tienen un impacto negativo en la salud de las personas y el ambiente.

La preservación del medio ambiente es un tema que nos atañe a todos: gobiernos, empresas, instituciones, y fundamentalmente a cada uno de nosotros. Desde el hospital queremos contribuir a su conservación, y estamos comenzando a dar los primeros pasos para poner en marcha alternativas ambientalmente amigables para fortalecer las condiciones de salud de nuestra población, de los pacientes y de toda la comunidad. Los trabajadores de la salud tienen un rol reconocido socialmente que puede contribuir a la resolución de estos problemas y fomentar la cooperación con diversos actores de su comunidad en la adquisición de prácticas ambientales responsables.

Funciones del Comité de cuidado del medio ambiente

Tener un sistema de gestión ambiental supone para la organización una serie de beneficios de mercado, económicos, de mejora de la imagen de la empresa y también de su situación reglamentaria, como por ejemplo:

- la eliminación de barreras en los mercados internacionales (existe la potencialidad que medidas tales como las ISO 14001 sean solicitadas por los clientes previo a algún contrato)
- el cumplimiento de requisitos de algún cliente
- la posibilidad de captar clientes sensibles al tema ambiental
- reducción del gasto en energía eléctrica, combustibles, agua y materias primas
- ahorro en el tratamiento de emisiones, vertidos o residuos mediante planes de reducción
- aseguramiento del control y cumplimiento del gran número de requisitos legales relacionados con temas ambientales
- disminución de importes de determinados seguros

Para que estos beneficios lleguen, es importante que el sistema de gestión esté bien planteado desde el inicio, habiéndose identificado exhaustivamente todos los aspectos ambientales de la organización, y estableciendo unos criterios que permitan evaluarlos de manera objetiva, y que sean sensibles a las mejoras que se vayan produciendo a lo largo del tiempo. Así obtendremos aquellos aspectos ambientales significativos sobre los cuales establecer procedimientos de control operacional.

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	13 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

El control operacional es esencial para el funcionamiento del sistema en el día a día de la organización: cada operación debe estar planificada para realizarse dentro de condiciones que permitan el control de los impactos adversos que tenga asociados. Es importante no olvidar las operaciones de mantenimiento, ya que generalmente llevan muchos aspectos ambientales ligados.

En esencia, el sistema de gestión ambiental debe proporcionar una sistemática de trabajo estandarizada orientada a obtener los resultados ambientales planificados. Para ello, una cuestión vital es que el personal se implique, y esto se consigue evitando que el sistema de gestión suponga una carga adicional de trabajo. Simplemente, debe formar parte de su pauta de trabajo habitual. Si se consigue esto, el control operacional establecido funcionará, y esto permitirá que el sistema siga rodando.

Acciones iniciadas por el Comité de cuidado del medio ambiente

El Comité de cuidado del medio ambiente, trabaja principalmente en las siguientes líneas:

- Adecuada **segregación de residuos**
- Disminuir el **uso de papel**
- Retiro del **mercurio** en la organización
- Aumentar el **reciclado** de material
- Comunicar los conceptos de **alimentación y vida saludable**

3.7 Comité de quejas, sugerencias y reclamos

La presencia de centros de recepción de quejas y reclamos existe en la mayoría de las instituciones sanitarias con una finalidad casi exclusivamente legal. En cambio, no está generalizada la utilización sistemática y positiva para la gestión de la calidad de la información contenida en las mismas. Sería ideal utilizar las quejas y los reclamos como fuente de identificación de oportunidades de mejora, de forma tal que incremente la satisfacción y la lealtad de los usuarios.

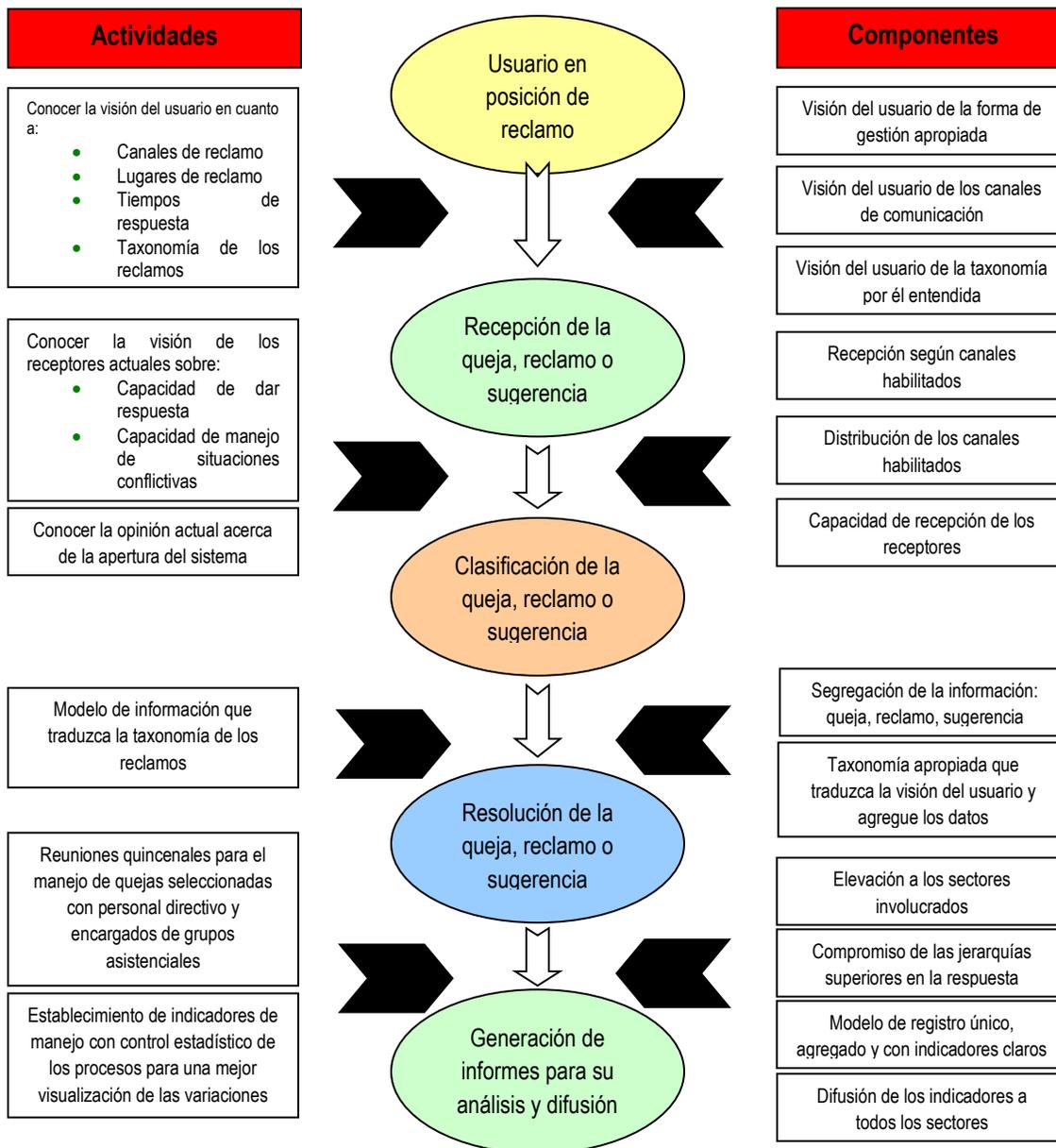
Objetivos del Comité

- Facilitar e incrementar la recepción de quejas y reclamos
- Orientar el sistema a las necesidades de los usuarios

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	14 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

- Capacitar a los receptores de las quejas y sugerencias generándoles canales rápidos y efectivos de respuesta
- Llevar las quejas y reclamos a todos los niveles jerárquicos de la organización
- Contar con un análisis agregado de la información

Metodología de trabajo del Comité



Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	15 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

Funciones del Comité de quejas, sugerencias y reclamos

Este Comité centraliza sus actividades en la recepción, análisis, agregación y respuesta, ante la voz del usuario. Dentro de las actividades realizadas, se priorizan:

- Capacitar todos los lugares en **repcionar** quejas, sugerencias y reclamos
- **Clasificar** las quejas recibidas por los distintos medios
- **Agregarlas** a fin de poder informar la evolución de las mismas
- Definir y desarrollar el **software de trabajo**
- Dar una **devolución** a la totalidad de los casos
- Encontrar dentro de las quejas, **incidentes de seguridad**
- **Participar** en el **grupo de análisis** de los reportes de incidentes
- Aportar **información** para los **diseños** y rediseños de procesos

3.8 Metas seleccionadas por los grupos asistenciales

Con la finalidad de comprometer a los grupos asistenciales en los procesos de mejora, la dirección del hospital priorizó aspectos sobre los cuales los distintos equipos de trabajo deben diagramar ciclos de mejora. Con la idea de ampliar los grupos de mejora y de esa forma, optimizar la cultura de seguridad de la organización y amplificar los equipos con un compromiso de los mismos en materia de seguridad y calidad asistencial, cada equipo decidió formar subgrupos de trabajo. Los mismos analizaron los temas elegidos:

- Documentación asistencial
- Gestión de la medicación
- Control de Infecciones
- Registros profesionales. Legajos
- Metas Internacionales

Asistiendo de manera transversal a cada uno de los grupos y subgrupos, e integrando los mismos como actores trascendentes se encuentran:

- Áreas asistenciales
 - Departamento de Enfermería
 - Servicio de Farmacia
 - Comité de Control de Infecciones
- Áreas de soporte
 - Epidemiología
 - Informática Médica

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	16 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

- Unidad de Calidad

Para diagramar ciclos de mejora sobre los temas priorizados, se conformaron diferentes grupos, atendiendo a ciertas características de trabajo en común de los diferentes grupos asistenciales. De esta forma quedaron conformados los siguientes grupos, con sus respectivos coordinadores:

- Medicina Internación. Dr. Adrián Gadano, Dr. Rodolfo Pizarro
- Medicina Ambulatorio. Dra. Karin Kopitosky
- Pediatría Internación. Dr. Julián Llera
- Pediatría Ambulatoria. Dr. Julio Busaniche
- Materno-infantil. Dr. Lucas Otaño, Dr. Gonzalo Mariani
- Psiquiatría. Dr. Daniel Matucevich
- Cirugía. Dr. Miguel Ciardulo, Dra. Victoria Ardiles
- Central de Emergencias. Dr. Bernardo Martinez, Dr. Hugo Peralta
- Transplantes. Dr. Luis Aponte
- Medicina Domiciliaria. Dr. Javier Saimovici

Cada grupo analizó los temas seleccionados y planteó que aspectos de cada tema, iba a encarar, siguiendo el siguiente flujograma de análisis.

Los grupos de trabajo de los sectores asistenciales, dispusieron la formación de los siguientes subgrupos:

- **Medicina Internación**

El área de medicina internación priorizó los siguientes temas:

1. Plan de Cuidado
2. Cuasi-errores y errores de medicación. Se priorizó la gestión de dos antibióticos
3. Lavado de manos
4. Comunicación inapropiada de valores críticos
5. Guías de Práctica Clínica. Este grupo trabaja de manera conjunta con los gestores de las guías de dolor, tromboprofilaxis, insuficiencia cardiaca y accidente cerebrovascular

- **Pediatría internación**

El área de pediatría internación priorizó los siguientes temas:

1. Registro incompleto de evaluación de riesgo nutricional en pacientes pediátricos internados



Figura. Variables a incluir

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	17 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

2. Falta de confección y documentación del plan de cuidado al ingreso
3. Comunicación inapropiada de valores críticos
4. Todos los grupos se encuentran trabajando con el control de lavado de manos
5. Control de infecciones asociadas al cuidado médico. Infecciones asociadas a catéter y sonda vesical en todas las unidades pediátricas y neumonía en la Terapia Intensiva Pediátrica
6. Guías de Práctica Clínica. Este grupo trabaja de manera conjunta con los gestores de las guías de dolor

- **Grupo Materno-Infantil**

El grupo materno-infantil priorizó los siguientes temas:

1. Cirugía correcta / Paciente correcto
2. Documentación clínica. Consentimiento informado
3. Prevención de caídas
4. Comunicación efectiva en la transferencia de la madre y el niño
5. Lavado de manos, vestimenta y circulación segura en quirófano
7. Guías de Práctica Clínica. Este grupo trabaja de manera conjunta con los gestores de las guías de dolor y de tromboprofilaxis
8. Ciclo de medicación. Monitoreo de los efectos del sulfato de magnesio
9. Identificación del recién nacido. Inclusión de los RN al indicador del COGNOS

- **Medicina Ambulatoria**

El grupo de medicina ambulatoria priorizó los siguientes temas:

1. En el tema de documentación clínica se priorizó trabajar sobre los pacientes complejos. Se definió para empezar a trabajar en este tema a los pacientes trasplantados, que serán manejados post trasplante por los grupos clínicos
2. Ciclo de la medicación. Se priorizó el trabajo en los efectos adversos, comunicando a los grupos clínicos el uso de la herramienta de registro de los mismos
3. Lavado de manos. Las acciones en este tema son llevadas adelante conjuntamente con el Comité de Control de Infecciones y el Departamento de Enfermería
4. Comunicación efectiva. El grupo adhirió a los trabajos en comunicación de los valores críticos y registro de lo comunicado
5. Prevención de caídas. En este tema el trabajo es con las áreas de kinesiología

- **Pediatría ambulatoria**

El grupo de pediatría ambulatoria priorizó los siguientes temas:

1. En documentación clínica, el registro de la vacunación en el sitio apropiado de la historia clínica
2. En cuanto al lavado de manos, las acciones en este tema son llevadas adelante conjuntamente con el Comité de Control de Infecciones y el Departamento de Enfermería
3. Lugar seguro de la medicación. Identificadas las áreas que guardan medicamentos, se amplía el control de las mismas manteniendo la lógica del control que estas tienen en la internación
4. Comunicación efectiva. El grupo decidió trabajar en la comunicación efectiva del problema que genera la solicitud e una interconsulta, incluyendo las evoluciones que justifican el pedido de las mismas
5. Identificación apropiada de los pacientes en aquellos casos en los cuales se realizan procedimientos. Se seguirá la misma lógica que en la internación

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	18 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

6. Ciclo de la medicación. Se priorizó el trabajo en los efectos adversos, comunicando a los grupos clínicos el uso de la herramienta de registro de los mismos

- **Grupo Quirúrgico**

El grupo quirúrgico priorizó los siguientes temas:

1. Consentimiento informado. Nuevos formularios. Circuito de entrega y guardado. Evaluación de su correctitud y completitud
2. Adecuación al uso del check-list quirúrgico. Incluye la identificación correcta del paciente y la cirugía correcta en paciente y sitio correcto
3. Parte quirúrgico. Redefinición del mismo con agregado del plan de cuidado y la primera evaluación post-quirúrgica.
4. En control de infecciones, la indicación del baño y la antisepsia pre-quirúrgica
5. Prevención de caídas en el ámbito de la UCA

- **Grupo de Psiquiatría**

El grupo de psiquiatría priorizó los siguientes temas:

1. En relación al ciclo de la medicación, el grupo decidió realizar el monitoreo del efecto del litio
2. Mejorar la gestión asistencial de los pacientes en la Central de Emergencia. Disminuir los tiempos de estadía de los pacientes en la CEA
3. Adherencia de los pacientes a los talleres geriátricos
4. Gestión asistencial de los pacientes pediátricos que requieren asistencia en la sala de internación
5. En la sala de psiquiatría, el departamento de enfermería trabaja con la gestión de las sujeciones y la prevención del riesgo de caídas

- **Central de Emergencias**

El grupo de la Central de Emergencias priorizó los siguientes temas:

1. Gestión de las ITU asociadas al uso de sondas vesicales
2. Lavado de manos. Sigue la lógica de las observaciones realizadas en el resto del hospital
3. Identificación de los pacientes con la misma lógica que se están usando en el resto del hospital
4. Documentación apropiada del triage al ingreso de los pacientes en los sectores A y B
5. Registro en la HCE de los pases de guardia de manera estandarizada

- **Grupo de Trasplante**

El grupo de Trasplantes priorizó los siguientes temas:

1. Evaluación del donante vivo por un miembro independiente del equipo de trasplante
2. Habilitación de los profesionales de trasplante tanto en el HIBA como en el INCUCAI
3. Adherir a las acciones del grupo quirúrgico
4. Participar junto con el grupo de medicina ambulatorio en la gestión de los registros de los pacientes complejos ya que son población trasplantada

- **Grupo de Medicina Domiciliaria**

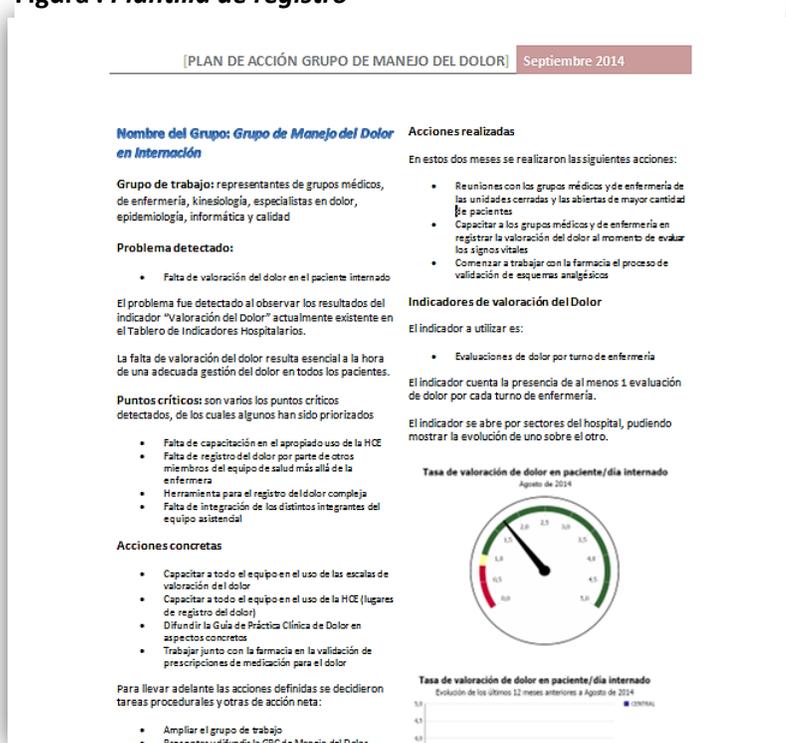
El grupo de Medicina Domiciliaria priorizó los siguientes temas:

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	19 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

1. Identificación de pacientes. Utilizando la misma lógica que en el hospital
2. Comunicación efectiva de los valores críticos con la misma gestión estratégica que los otros grupos
3. Gestión de la medicación de alto riesgo
4. Manejo junto con el CCI de las infecciones asociadas al uso de catéteres
5. Prevención de las caídas. Evaluación del riesgo de las mismas
6. Evaluación de los registros asistenciales de evolución de pacientes
7. Educación del RRHH del área

Como se ve, más de 50 líneas de mejora fueron delineadas en el presente Plan de Calidad, por lo cual es importante que las mismas sean comunicadas y conocidas por todas las personas que trabajan en el hospital, en parte porque el verdadero cambio cultural es aquel que se logra con el apoyo de la organización en su conjunto, pero principalmente porque cualquiera que vea las acciones encaradas por un grupo, puede unirse a las mismas o bien, aportar mejoras a las actividades iniciadas. En la figura, se adjunta una plantilla para la presentación de los resultados de cada uno de los

Figura . Plantilla de registro



subgrupos; en la misma y de una manera simple se grafican una serie de variables que si las estandarizamos para todas las líneas de mejora, nos permitirán:

- Facilitar una rápida lectura de las acciones iniciadas
- Unificar para quienes nos evalúen un formato común
- Poder ubicar las plantillas, e inclusive indexarlas para un posterior seguimiento práctico

Otro punto de vital importancia es no sólo contar con un formato de registro común, sino también con un lugar en el cual los integrantes de cada uno de los grupos, e inclusive, todas las personas de la organización, puedan encontrar la información de las distintas acciones emprendidas. En tal sentido, es posible contar con un sitio en el cual se vayan depositando estos documentos, e inclusive otro que le permita a cada uno de los grupos y subgrupos ir trabajando en el día a día. Con estas

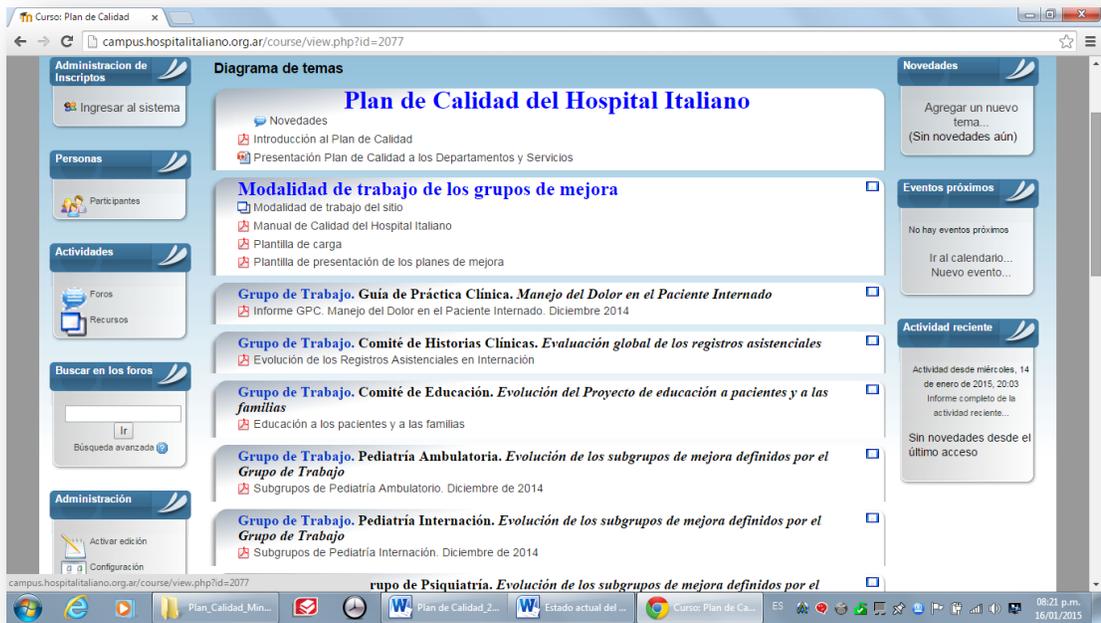
consideraciones, y teniendo en cuenta que la idea no sería que el sitio sea un lugar en el cual trabajar sino uno en el que informar, se construyó un link en el campus virtual en el cual se volcarán en forma periódica los avances de cada uno de los grupos.

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	20 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

En las figuras que se adjuntan se proyecta como podría generarse este sitio dentro del campus.



Figura. Sitio del Plan de Calidad en el Campus Virtual. Visualización de los grupos y subgrupos de trabajo. Plantillas de los subgrupos



Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	21 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

3.9 Gestión de la medicación

Para analizar las mejores actividades en relación al ciclo de la medicación, se dispuso la realización de un Análisis a Modo de Fallas y Error (AMFE).

La utilización del AMFE para analizar los riesgos de procesos relacionados con el sector no sanitario está ampliamente extendida, sin embargo existen pocas publicaciones en las que esta metodología haya sido aplicada para la evaluación de procesos del uso de medicamentos en los que se incorporen nuevas tecnologías.

Este trabajo es uno de los primeros que describe un AMFE aplicado al proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos, en el que se analizan los posibles riesgos o “modos de fallo”, las consecuencias o “efectos” y los factores de riesgo asociados a la implantación de nuevas tecnologías. La Joint Commission insta a las organizaciones sanitarias a proceder a la evaluación de estas tecnologías a fin de conocer su aportación a la seguridad del paciente. El hecho de contar en el Hospital con un Reporte de Incidentes, nos permitió observar las distintas etapas en el ciclo de la medicación en la cual se producían fallas, y esto nos sirvió de referencia para aplicar el AMFE puesto que a raíz de los resultados obtenidos pudimos conocer cuáles eran los riesgos asociados a nuestro proceso de dispensación-validación, con qué frecuencia se producían errores y qué medidas podíamos adoptar para evitarlos o reducirlos, incluyendo además la etapa de prescripción y la de administración, con el fin de detectar las áreas vulnerables del proceso completo, y tomar medidas para evitar o reducir la frecuencia de los fallos, minimizar sus consecuencias, y con todo esto, mejorar la seguridad de los pacientes.

Los modos de fallo que fueron seleccionados y sobre los que se trazaron actividades de mejora fueron:

- Los ambientes en el que se circula el ciclo de la medicación no son adecuados; para intervenir en estos puntos se decidió:
 - ✓ Modificación de los offices de enfermería
 - ✓ Modificación de los offices médicos
 - ✓ Rediseño del Centro de Distribución
 - ✓ Diseño de todas las Unidades de Preparación de Medicación en los sectores abiertos
 - ✓ Diseño de todas las Farmacias en los sectores cerrados
- Muchas de las indicaciones no son completas; para optimizar este punto se decidió:
 - ✓ Trabajar junto con el área de informática médica en la capacitación del uso correcto de la HCE
 - ✓ Se definieron los campos que deben ser completados a la hora de realizar una prescripción correcta
 - ✓ Se definió prescribir por la dosis asistencial, es decir, prescribir por mg, gr, UI, µg, etc.
 - ✓ Se determinó que el intervalo entre las dosis sea definido por el médico, ya sea a una determinada hora del día, o ante un evento
- En la HCE, existe imposibilidad de seleccionar una prescripción como urgente, ante este punto se definió:
 - ✓ Modificar la prescripción de manera que el médico pueda determinar como otro campo a la hora de indicar un medicamento, si la administración debe ser como urgente (15 minutos), como emergencia (30 minutos) o bien, programada
- La falta de una adecuada validación médica de la prescripción; ante este fallo se marcó:
 - ✓ La necesidad de trabajar sobre los grupos médicos buscando que las indicaciones cuenten con un doble chequeo médico antes de ser validados
- La falta de validación por farmacéuticos de algunas prescripciones, fue el principal modo de fallo que se priorizó en relación al segundo paso del ciclo de la medicación; en este modo de fallo se definió como acción de mejora:
 - ✓ Capacitar a los farmacéuticos que recién inician su tarea en la validación
 - ✓ Elaborar y comunicar una Guía de Validación tanto para la población adulta como para la pediátrica
 - ✓ Analizar validaciones utilizando la Guía diseñada con la finalidad de disminuir la variabilidad entre las mismas

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	22 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

- ✓ Distribuir el RRHH de farmacia de forma tal que los distintos turnos estén adecuadamente cubiertos acorde al número de prescripciones
- ✓ Medir el porcentaje de prescripciones validadas
- La falta de comunicación apropiada de los rechazos aplicados a la prescripción, es un modo de fallo que implica a varios grupos involucrados en el ciclo de la medicación; para accionar este fallo se propone:
 - ✓ Comunicar los rechazos a la prescripción utilizando los canales de comunicación habilitados para el circuito de los valores / hallazgos críticos
 - ✓ Con esta acción, se busca mejorar la calidad de la prescripción al mostrarle a los médicos los rechazos secundarios a cuasi-errores
 - ✓ Evitar gracias a la comunicación, que los pacientes se queden sin medicación
- En relación a la dispensación y distribución, el modo de fallo priorizado ha sido la falta de control de la misma; para lograr la mejora se propuso:
 - ✓ Diagramar un proceso de control de la dispensación previo a la salida de la farmacia
 - ✓ Medir los cuasi-errores de la dispensación, como estrategia de mejora en el trabajo de los técnicos de la farmacia
 - ✓ Control de la recepción de medicación por parte de enfermería, como manera de evaluar la distribución de los mismos
 - ✓ Ampliar la presencia de estaciones neumáticas en la totalidad de los sectores, de manera de contar con una ruta rápida
- En cuanto a la administración, se ponderó fuertemente a la omisión en el registro de la medicación dada a los pacientes; la acción planteada para la mejora incluyó:
 - ✓ Que cada enfermero pueda ver el profiling de registros de administración por áreas de trabajo
 - ✓ Que localmente se planteen acciones de mejora
 - ✓ Avanzar con una propuesta de competencia entre los distintos sectores
- Otro aspecto priorizado como modo de fallo fue la inexistencia de un sistema que alerte al enfermero sobre los tiempos de sus tareas; este aspecto se alertó al observar la gran cantidad de tareas que el enfermero realiza, y por otro lado, entender que muchas de ellas requieren una respuesta rápida:
 - ✓ Desarrollar e implementar la herramienta del work-list para enfermería
 - ✓ Con la misma enfermería buscará dar respuesta a aquellos casos complejos, que requieren de una intervención con mayor celeridad
- Finalmente, fueron las acciones de monitoreo, las consideradas como el aspecto más vulnerable, tanto las planteadas para medir los tiempos de la administración, para aprender de los errores y cuasi-errores, y para registrar los efectos adversos asociados a la medicación empleada; las acciones a implementar fueron:
 - ✓ Medir los tiempos de entrega tanto para aquellos fármacos definidos como urgente, como para aquellos definidos como de emergencia
 - ✓ Listar los errores y cuasi-errores; publicarlos; hacer llegar un documento por la Intranet a todas las personas, hacer llegar los errores y cuasi-errores a los jefes de residentes
 - ✓ Listar los efectos adversos, abrirlo por el tipo de efecto adverso, quien lo reporta y la herramienta a utilizar para la clasificación. Análisis del efecto adverso por un grupo de farmacología clínica y farmacéutico. Subir el efecto adverso sea como probable, posible o definido a la HCE del paciente

Sobre la base del análisis AMFE, se definieron los planes de mejora del ciclo de la medicación que incluyen los aspectos involucrados en los modos de fallo. De esta forma se crearon los siguientes subgrupos de trabajo:

- Subgrupo de trabajo de la prescripción-validación
- Subgrupo de trabajo de los registros de la administración
- Subgrupo de trabajo del análisis de los errores y cuasi-errores
- Subgrupo de trabajo del análisis de los efectos adversos
- Subgrupo de trabajo de la medición de tiempos a la administración de los medicamentos
- Subgrupo de trabajo para el monitoreo de los efectos de la medicación

Cada uno de estos subgrupos ha definido sus integrantes, sus objetivos, su plan de acción y su métrica. Los resultados del trabajo de las acciones de cada uno de los subgrupos, será la manera a través de las cuales se medirá la implementación de las mejoras definidas en el AMFE.

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	23 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

Una de las estrategias actuales para la promoción de la seguridad de la asistencia sanitaria, radica en que los profesionales y las organizaciones adopten una actitud “proactiva” frente a los errores, esto es, que se anticipen a que se produzcan, desarrollando medidas para evitarlos. En este contexto y con el fin de evaluar nuestras nuevas tecnologías, seleccionamos la metodología del AMFE porque, a diferencia del ACR que es la técnica habitualmente usada para analizar errores, analiza riesgos y puede ser utilizada antes de la implantación de procesos para detectar las áreas vulnerables y tomar medidas que eviten o reduzcan la frecuencia de los fallos o minimicen sus consecuencias.

Dada la novedad que supone la aplicación del método AMFE para el análisis de fallos en el proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos, creemos que el resultado de este estudio puede servir de ayuda a otros profesionales para detectar y prevenir los riesgos asociados a este mismo proceso.

3.10 Delegados de Calidad

Con los delegados de calidad de los distintos sectores la Unidad de Calidad trabaja intentando realizar distintas acciones:

- Bajar y hacer **operativas** las **acciones** definidas por el Comité de Gestión y la Unidad de Calidad en los respectivos servicios
- Planificar **procesos asistenciales** con los distintos servicios a través de sus delegados
- Definir el proceso de **traslados de pacientes**
- Hacer extensiva el cumplimiento de las **metas internacionales**
 - **Correcta identificación** de pacientes
 - **Comunicación efectiva** entre los grupos
 - Estratificar el **riesgo de caídas**
 - Gestión **segura** de la medicación

En conjunto con el Comité de Control de Infecciones, la Unidad de Calidad colabora con otra de las metas internacionales:

- **Reducir el riesgo de infecciones** asociadas al cuidado asistencial

Con los delegados del Área Quirúrgica y el Comité de Seguridad de Pacientes, se trabaja en la otra meta internacional:

- Garantizar la **cirugía** en el **paciente, lugar** y con el **procedimiento correcto**

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	24 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

4. GUIAS DE PRACTICA CLINICA

La Unidad de Calidad coordina el desarrollo de Guías de Práctica Clínica; las mismas son elaboradas por los distintos grupos hospitalarios, sobre la base de la librería propuesta por la JCI.

Siguiendo esa lógica, el Hospital elaboró las siguientes Guías:

- Manejo del accidente cerebro vascular
- Manejo del Síndrome Coronario Agudo
- Manejo de la Insuficiencia Cardíaca
- Tromboprofilaxis apropiada
- Manejo de la neumonía asociada a la ventilación mecánica

El Comité de Monitorización, elabora los indicadores para evaluar el adecuado cumplimiento de las Guías. Estos indicadores son incluidos en el Tablero de Comando hospitalario.

Cada una de las Guías cuenta con un Grupo que la coordina. El mismo plantea la misma estrategia de manejo que los grupos asistenciales, vale decir, prioriza un punto a intervenir, propone las intervenciones de mejora, define la manera con la cual se realizarán las mediciones y reevalúa para valorar la necesidad de cambios en la estrategia de la mejora.

5. Presentación de los resultados y seguimiento

El Plan de Calidad se presentará una vez al año en el Comité de Gestión, más allá de las presentaciones mensuales a los Jefes de Departamento y trimestrales a los Jefes de Servicio. Tras la presentación anual, se definirán los cambios necesarios en las acciones, acorde a los resultados que se van obteniendo.

Una vez cumplidos los objetivos pautados por los grupos, representados a través de los problemas priorizados, los equipos de mejora continuarán definiendo nuevos puntos críticos sobre los que posicionarán ciclos de mejora.

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N°	Fecha: / /	Fecha: / /	25 de 26
Modificación N°	Firma:	Firma	

Reemplaza	Revisor - Servicio / Sector	Aprobación departamento	Página
Versión N° Modificación N°	Fecha: / / Firma:	Fecha: / / Firma	26 de 26