

TESIS DOCTORAL

**IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD EN BASE A LA NORMA ISO
9001:2015 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS QUIRÚRGICA**



**UNIVERSITAT
JAUME • I**

Dra. María Mercader Alarcón

Directora: Dra. Ana Pérez Carbonell

Julio 2021



Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

Título de la tesis

Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en base a la Norma ISO 9001:2015 en una Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica

Memoria presentada por María Mercader Alarcón para optar al grado de
doctora por la Universitat Jaume I

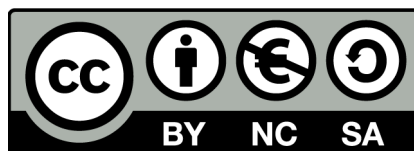
Doctoranda

Dra. María Mercader Alarcón

Directora

Dra. Ana Pérez Carbonell

Elche, Julio 2021



Licencia CC Reconocimiento - No comercial - Compartir igual

ÍNDICE

ABREVIATURAS	11
ÍNDICE DE IMÁGENES, TABLAS Y FIGURAS	15
RESUMEN	17
ABSTRACT	18
INTRODUCCIÓN	19
LA ORGANIZACIÓN	19
PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	19
PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE	19
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE	20
MISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA	21
VISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA	22
VALORES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA	23
EL PERSONAL Y LA ESTRUCTURA DE LA UCI QUIRÚRGICA	23
NORMA ISO 9001:2015	26
INTRODUCCIÓN	26
PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	27
ENFOQUE POR PROCESOS	28
CICLO PLANIFICAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR	29

PENSAMIENTO BASADO EN RIESGOS	31
RELACIÓN CON OTRAS NORMAS DE SISTEMAS DE GESTIÓN	31
HIPÓTESIS	32
OBJETIVOS	33
OBJETIVO PRINCIPAL	33
OBJETIVOS SECUNDARIOS	33
METODOLOGÍA	34
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: APLICACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015	34
1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	34
2. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	35
1. Compresión de la organización y de su contexto	35
2. Compresión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	36
3. Determinación del alcance del SGC	38
4. SGC y sus procesos	39
3. LIDERAZGO	41
1. Liderazgo y compromiso	41
2. Política de calidad	42
3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización:	43

4. PLANIFICACIÓN	46
1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades	46
2. Objetivos de la calidad y la planificación para alcanzarlos	47
3. Planificación de los cambios	49
5. APOYO	49
1. Recursos	49
2. Competencia	55
3. Toma de conciencia	56
4. Comunicación	56
5. Información documentada	57
6. OPERACIÓN	59
1. Planificación y control operacional	59
2. Requisitos para los productos y servicios	60
3. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	62
4. Producción y provisión del servicio	64
5. Control de las salidas no conformes	66
7. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	67
1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación	67
2. Auditoría interna	69
3. Revisión por la Dirección	70

8. MEJORA	72
1. Generalidades	72
2. No conformidad y acción correctiva	73
3. Mejora continua	75
RESULTADOS	77
ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	78
1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN	78
2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS	78
3. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SGC	81
1. Satisfacción del paciente y las partes interesadas	82
2. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad	85
3. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios	89
4. Las no conformidades y acciones correctivas	95
5. Los resultados de seguimiento y medición	99
6. Los resultados de las auditorías	106
7. El desempeño de los proveedores externos	110
4. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS	110
5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	111
6. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	116

SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	116
DISCUSIÓN	119
CONCLUSIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	132
ANEXOS	135
ANEXO 1. PE.01 Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico	135
ANEXO 2. Manual del Sistema de Gestión de la Calidad en la UCI Quirúrgica	146
ANEXO 3. PE.03 Gestión de la Información Documentada	224
ANEXO 4. PE.06 Gestión de Riesgos y Oportunidades	238
ANEXO 5. PE.02 Definición de Objetivos y Planes de acción	250
ANEXO 6. PE.04 Comisión de Calidad	257
ANEXO 7. PS.03 Gestión de Equipos	266
ANEXO 8. PS.02 Logística y Almacén	278
ANEXO 9. PS.01 Gestión de Compras	289
ANEXO 10. PE.09 Satisfacción de los profesionales	301
ANEXO 11. PE.10 Gestión de competencias y formación de los profesionales	306
ANEXO 12. PE.07 Gestión de comunicación interna y externa	319
ANEXO 13. PE.03 Gestión de la información documentada	323
ANEXO 14. PE.08 Satisfacción de los pacientes	337

ANEXO 15. PC.01 Ingreso y valoración inicial del paciente	346
ANEXO 16. PC.02 Estabilización del paciente	364
ANEXO 17. PC.03 Seguimiento del paciente	382
ANEXO 18. PC.04 Pruebas complementarias del paciente	401
ANEXO 19. PC.05 Interconsultas interdisciplinarias	418
ANEXO 20. PC.06 Traslados del paciente	426
ANEXO 21. PC.07 Alta del paciente	449
ANEXO 22. PE.05 Gestión de las no conformidades y acciones de mejora	469
ANEXO 23. PE.11 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	482
ANEXO 24. PE.13 Auditoría interna	496
ANEXO 25. RI-016 Encuesta satisfacción del paciente y familia	507
ANEXO 26. RI-081 Encuesta de satisfacción de los profesionales	508
ANEXO 27. PE.12 Humanización	509
ANEXO 28. RI-002 Check-list equipamiento box	538
ANEXO 29. DI-004 Equipamiento de un box	539
ANEXO 30. DI-035 Listado de sesiones clínicas y bibliográficas ENF/TCAE	540
ANEXO 31. DI-020 Carro de curas	542
ANEXO 32. DI-019 Carro de técnicas	543
ANEXO 33. RI-017 Check-list de seguimiento	544
ANEXO 34. DI-002 Hoja Información Familiares	545

ANEXO 35. R-002 PE.05 Informe de Incidencias, Detección de Problemas y Oportunidades	549
ANEXO 36. R-004 PE.05 Registro de No Conformidad y Acción Correctiva	550
ANEXO 37. Certificado ISO 9001:2015	551
ANEXO 38. RI-055 Modelo de solicitud material no inventariable	552
ANEXO 39. Certificado de Inscripción en el Registro Autonómico de Certificaciones en Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Valenciana	553

ABREVIATURAS

UCI-Q: Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica

HGUE: Hospital General Universitario de Elche

URPA: Unidad de Recuperación Post-Anestésica

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad

ISO: International Organization for Standardization

PHVA: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar

AMFE: Análisis Modal de Fallos y sus Efectos

PSI: Plan de Seguridad Integral

DAFO: Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades

CAME: Corregir las debilidades-Afrontar las amenazas-Mantener las fortalezas-Explotar las
oportunidades

PC: Procedimiento Clave

PRO: Protocolo

PE: Procedimiento Estratégico

PS: Procedimiento de Soporte o Apoyo

DI: Documento interno

IT: Instrucciones técnicas

RI: Registro interno

DE: Documento externo

HIPEC: Quimioterapia hipertérmica intraperitoneal

SAIP: Servicio de Atención e Información al Paciente

HUCI: Humanización de la UCI

TCAE: Técnicos/as en Cuidados de Enfermería

MIR: Médico Interno Residente

NC: No Conformidad

AM: Acción de Mejora

SCA: Síndrome Confusional Agudo

VMI: Ventilación Mecánica Invasiva

TET: Tubo Endotraqueal

ENVIN: Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva

EVPP: Estrategia de Ventilación de Protección Pulmonar

NT: Neumotaponamiento

TCE: Traumatismo Craneoencefálico

PIC: Presión Intracraneal

CVC: Catéter Venoso Central

CDC: Center Disease Control

ITU: Infección del Tracto Urinario

NAV: Neumonía Asociada a Ventilación

SARM: Staphilococcus Aureus Resistente a Meticilina

PAMR: Pseudomonas Aeruginosa Multiresistente

NE: Nutrición Enteral

FRA: Fracaso Renal Agudo

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes

TCDE: Terapias Continua de Depuración Extrarrenal

CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CI: Consentimiento Informado

CH: Concentrado de Hematíes

SMI: Servicio de Medicina Intensiva

EVRUPP: Úlceras por Presión mediante Escala Validada

UPP: Úlceras por Presión

LTSV: Limitación Terapéutica del Soporte Vital

PA: Plan de Acogida al profesional

EA: Efectos adversos

SINEA: Sistema de Notificación y Registro de Eventos Adversos

SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

TAC: Tomografía Axial Computerizada

SCI-SEDAR: Sección de Cuidados Intensivos de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación

ÍNDICE DE IMÁGENES, TABLAS Y FIGURAS

Imagen 1. Hospital General Universitario de Elche	19
Figura 1. Elementos de la Calidad	20
Imagen 2. Control de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica	24
Tabla 1. Clasificación de los niveles de asistencia hospitalaria(5)	25
Figura 2. Organigrama del personal de la UCI Quirúrgica	25
Tabla 2. Cartera de Servicios de la UCI Quirúrgica	26
Figura 3. Representación esquemática de los elementos de un proceso(6)	29
Figura 4. Representación de la estructura de esta Norma Internacional con el ciclo PHVA(6)	30
Figura 5. Mapa de procesos de la UCI Quirúrgica	41
Figura 6. Política de Calidad de la UCI Quirúrgica	43
Imagen 3. Bancada de preparación de medicación de la UCI Quirúrgica	51
Imagen 4. Ejemplo de box de la UCI Quirúrgica	51
Imagen 5. Almacén de fungible de la UCI Quirúrgica	52
Imagen 6. Farmacia de la UCI Quirúrgica	53
Tabla 3. Procesos Clave de la UCI Quirúrgica	66

Tabla 4. Esquema de presentación de los resultados de la implementación del SGC	77
Imagen 7. Acuerdos de Gestión del servicio de Anestesiología y Reanimación con la Dirección	78
Tabla 5. Registro de la Matriz DAFO para el análisis del contexto	80
Tabla 6. Análisis general Cuestionario de Satisfacción del Paciente al Alta	82
Tabla 7. Registros SAIP por tipo de gestión y motivo	83
Tabla 8. Análisis general Cuestionario de Satisfacción de los Profesionales	83
Tabla 9. Análisis estadístico Cuestionario de Satisfacción de los Profesionales	84
Tabla 10. Procedimientos clave, estratégicos y de soporte del SGC de la UCI Quirúrgica	90
Tabla 11. Protocolos médicos y de enfermería/TCAE de la UCI Quirúrgica	93
Figura 7. Análisis de los riesgos con la herramienta AMFE	111
Tabla 12. Nuevos objetivos a desarrollar como salidas por la Dirección	118

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) es uno de los elementos fundamentales y de futuro para la mejora de los sistemas sanitarios modernos. El objetivo de la implementación de un SGC de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 es llevar a cabo de manera eficaz sus actividades, abarcando tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, garantizando la satisfacción de las necesidades y expectativas de todas sus partes interesadas, así como el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios. Debe contemplar todos aquellos aspectos que tengan incidencia en la calidad final del producto o servicio que presta la organización.

OBJETIVO. Mejorar la calidad asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche mediante la implementación de un SGC bajo la Norma ISO 9001:2015, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, controlar los riesgos asociados a los procesos asistenciales mediante el análisis modal de fallos y sus efectos, y promover y fortalecer la cultura del Plan de Seguridad Integral en el trabajo diario.

METODOLOGÍA. Realización e implementación de un SGC en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche aplicando los puntos de la Norma ISO 9001:2015. El SGC ha seguido el referente de la gestión por procesos, identificando desde su núcleo estratégico de misión, visión y valores, los diferentes procesos implicados y su interrelación plasmado en el mapa de procesos. A partir del mismo, se han desarrollado los documentos necesarios para describir el funcionamiento de la Unidad tanto a nivel operativo mediante los procesos clave (ingreso y valoración inicial del paciente, estabilización, seguimiento, pruebas complementarias, interconsultas, traslados y alta) como en lo que se refiere a procedimientos de tipo estratégico o de soporte.

CONCLUSIONES. La UCI Quirúrgica, bajo la implementación y el asentamiento de su SGC basado en la Norma ISO 9001:2015, proporciona un servicio de la más alta calidad para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y garantizar su seguridad, con un proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente crítico de alta calidad científico-técnica, cumpliendo requisitos y normativas vigentes con eficiencia y con el compromiso de la mejora continua.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The implementation of Quality Management Systems (QMS) is one of the fundamental and future-oriented elements for the improvement of modern health systems. The objective of implementing a QMS in accordance with the requirements of the ISO 9001:2015 Standard is to effectively carry out its activities, covering both technical and management aspects, guaranteeing the satisfaction of the needs and expectations of all its stakeholders, as well as compliance with legal and regulatory requirements. It must contemplate all those aspects that have an impact on the final quality of the product or service provided by the organization.

TARGET. Improve the quality of care in the Surgical Intensive Care Unit of General University Hospital of Elche through the implementation of a QMS under the ISO 9001:2015 Standard, reduce the variability of clinical practice, control the risks associated with healthcare processes through modal analysis of failures and its effects, and promote and strengthen the culture of the Comprehensive Safety Plan in daily work.

METHODOLOGY. Carrying out and implementing a QMS in the Surgical Intensive Care Unit of the General University Hospital of Elche applying the points of the ISO 9001: 2015 Standard. The QMS has followed the reference of management by processes, identifying from its strategic core of mission, vision and values, the different processes involved and their interrelation reflected in the process map. Based on it, the necessary documents have been developed to describe the operation of the Unit both at an operational level through the key processes (admission and initial assessment of the patient, stabilization, follow-up, complementary tests, inter-consultations, transfers and discharge) as well as in what refers to procedures of a strategic or support type.

CONCLUSIONS. The Surgical ICU, under the implementation and establishment of its QMS based on the ISO 9001:2015 Standard, provides a service of the highest quality to satisfy the needs and expectations of patients and guarantee their safety, with a process of diagnosis and treatment of critical patients of high scientific-technical quality, complying with current requirements and regulations efficiently and with a commitment to continuous improvement.

INTRODUCCIÓN

LA ORGANIZACIÓN

PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Quirúrgica presta sus servicios en el Hospital General Universitario de Elche (HGUE), aunque para algunas situaciones y patologías es también centro de referencia de otros departamentos de salud.

El Hospital General Universitario de Elche se encuentra en el Departamento de Salud Elche - Hospital General (Departamento de Salud 20). El Hospital da cobertura asistencial a los municipios de Elche y Santa Pola con una población global de 163.576 habitantes que se incrementa considerablemente en periodo estival, sobre todo en enclaves turísticos como Santa Pola, La Marina y Arenales del Sol.



Imagen 1. Hospital General Universitario de Elche

PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

El Departamento de Salud Elche - Hospital General, en su compromiso con la calidad de la asistencia y siguiendo las líneas estratégicas marcadas por las diferentes instituciones y organismos a nivel comunitario, nacional e internacional, desarrolló e implementó su primer “Plan de Calidad” en 2008-2009, fruto del consenso de los profesionales mediante su participación activa en las Comisiones de Calidad y Dirección del Departamento.

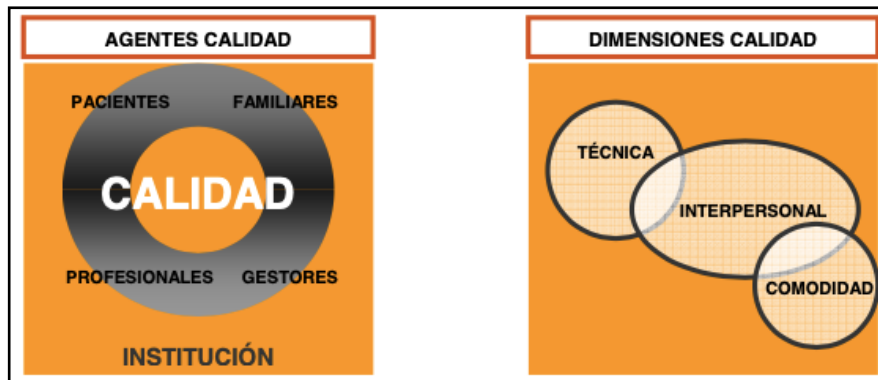


Figura 1. Elementos de la Calidad

En la actualidad, de nuevo se apuesta por un modelo orientado hacia la “Calidad Total” y la Excelencia, como base para una atención de calidad y en continuo proceso de mejora.

Mediante el actual Plan de Calidad de 2014-2015, los retos que se plantean son:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de pacientes y sus familiares.
- Aportar el máximo nivel de prestaciones asistenciales, docentes y de investigación.
- Fidelizar a la población de referencia.
- Difundir y establecer una cultura de calidad y seguridad, potenciando una “cultura evaluativa”.
- Garantizar la accesibilidad a los servicios, impulsando iniciativas dirigidas a mejorar el conocimiento sanitario de la población y a facilitar el conocimiento del funcionamiento y prestaciones del Departamento.
- Consolidar y proyectar la imagen y el trabajo desarrollado en el Centro entre la población, los profesionales y las organizaciones.

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

1. MISIÓN ¿Cuál es nuestra tarea? Mejorar y mantener el nivel de salud de la población de referencia satisfaciendo sus necesidades y expectativas mediante la prestación de una atención sanitaria de calidad en un entorno asistencial confortable y seguro: acorde con la evidencia científica y los recursos disponibles, y mediante el compromiso y actualización constante de nuestros profesionales.
2. VISIÓN ¿A qué aspiramos? A constituirnos en una organización innovadora, competitiva y reconocida tanto interna como externamente, ocupando un puesto de referencia para la población y el Sector Salud por una gestión excelente caracterizada por el compromiso y satisfacción, tanto de los propios profesionales como de pacientes y familiares.
3. VALORES ¿Qué nos identifica?
 1. Orientación al ciudadano como eje central de la asistencia, ofreciendo un trato personalizado y de calidad.
 2. Profesionalidad, eficiencia y eficacia en el desarrollo de la actividad asistencial gracias a la actualización de conocimientos de acuerdo a las evidencias científicas y a una utilización adecuada de los recursos.
 3. Continuidad asistencial y coordinación interniveles.
 4. Compromiso hacia la mejora continua mediante la asunción de responsabilidades, el trabajo en equipo y el desarrollo de mecanismos de control y seguimiento.
 5. Innovación e iniciativa de los equipos y profesiones de la organización en cuanto a docencia e investigación.

La UCI Quirúrgica se suma a esta definición del núcleo estratégico del HGUE prestando sus servicios en el área de atención al paciente crítico que incluye desde la detección hasta la finalización de su situación crítica ofreciendo una asistencia de calidad e integradora.

MISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA

Su misión específica más prioritaria es el cuidado del paciente en todas las etapas de su proceso asistencial atendiendo a sus necesidades individuales como paciente y como persona humana.

Es también misión esencial ofrecer la mejor calidad en sus actividades con el fin de lograr la excelencia en el servicio a la sociedad, además de trabajar estrechamente para la consecución de los acuerdos de gestión departamentales.

La UCI Quirúrgica presta especial atención a las personas que lo componen, y de manera especial al desarrollo científico, profesional, personal, y de su motivación y satisfacción. Esto requiere un compromiso activo y la implicación de todo el equipo.

Tiene también una misión fundamental de docencia de la especialidad a todos los niveles: pregrado, postgrado, de especialidad y formación continuada de los especialistas.

Es también su misión la investigación básica, clínica y de evaluación de tecnologías, desarrollando las líneas de investigación que tiene asentadas y potenciando nuevas líneas de interés científico haciendo hincapié en la originalidad, calidad metodológica y el interés científico y clínico de los resultados.

VISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA

La visión que se plantea para la UCI Quirúrgica es la de un Servicio de referencia de la Sanidad Valenciana en el que el cuidado del paciente constituya el centro de nuestra actividad. Deseamos el reconocimiento de nuestros pacientes y de la sociedad para que seamos y se nos considere un Servicio:

1. De excelencia en su actividad y preocupado por la mejora continua de la calidad.
2. Compuesto por un equipo de personas identificadas y comprometidas con nuestra misión, valores y objetivos. Satisfechos y orgullosos de ser un Servicio en el que se participa activamente en su gestión y que favorece su desarrollo humano y profesional.
3. Capaz de lograr una mejora continua en su actividad mediante el conocimiento de los procesos y el análisis de sus resultados y el esfuerzo permanente para mejorarlos.
4. Preparado para la incorporación permanente de innovaciones, metodologías y tecnologías de eficacia probada.
5. Eficaz y eficiente en la gestión de los recursos asignados, aprovechando al máximo los beneficios para el Servicio, para el HGUE y la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
6. Con vocación investigadora a todos los niveles, de referencia en líneas de investigación asentadas, y que produzca resultados de interés que logren reconocimiento e impacto internacional.
7. De acreditada capacidad y elevado prestigio en la docencia de la especialidad, que trascienda al ámbito local, sirviendo de referencia y motivo de intercambio de conocimientos

con otros Servicios de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor de cualquier comunidad o país.

8. Unificar la docencia de la especialidad con los criterios de la Academia Europea ofreciendo a los especialistas en formación los recursos adecuados para desarrollar su aprendizaje al más alto nivel.
9. Que esté integrado o mantenga convenios de cooperación y alianzas con otros Servicios, Instituciones, Redes y Sociedades, locales, nacionales e internacionales.

VALORES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA

Los valores propuestos son:

1. El compromiso con el cuidado del paciente y la humanización de la asistencia, traducción clínica de los valores esenciales de la bioética. El paciente es el centro de referencia y actuación en la organización.
2. La profesionalidad y dedicación.
3. El respeto, confianza, lealtad y unidad en el grupo, es decir, los valores resumidos como “sentido de equipo”.
4. Aportar experiencia y conocimientos científicos y tecnológicos.
5. La orientación hacia una Medicina Basada en la Evidencia y en la mejora de los resultados.
6. La capacidad para la enseñanza (docencia) y el aprendizaje (estudio e investigación), compartiendo los conocimientos.
7. Vocación, compromiso y dedicación.
8. La creatividad, innovación y capacidad de adaptación al cambio.
9. “Calidad Total” para lograr resultados excelentes.
10. Respeto al medio ambiente.

En resumen, la misión, visión y valores de la UCI Quirúrgica del HGUE confluye en un gran objetivo que es resolver las necesidades de salud del ciudadano con un elevado nivel científico-técnico y que genere satisfacción tanto en el paciente como en el profesional.

EL PERSONAL Y LA ESTRUCTURA DE LA UCI QUIRÚRGICA

La UCI Quirúrgica se encuentra situada próxima al bloque quirúrgico con el fin de facilitar el acceso de pacientes desde quirófano. También tiene proximidad con la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA) lo que confiere mayor seguridad para los pacientes ante una complicación postquirúrgica inmediata.

La Unidad consta con un total de 9 boxes, todos ellos con medidas de aislamiento y orientados hacia el control de enfermería, lo que confiere una capacidad mayor de control de los pacientes. Dispone de los medios humanos y materiales necesarios para atender a cualquier paciente en situación crítica independientemente de su nivel de gravedad y el nivel de cuidados que precise.

En esta Unidad es posible administrar todas las medidas de soporte vital de las que dispone el Hospital: monitorización y soporte hemodinámico, respiratorio, neurológico, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, técnicas de depuración extrarrenal continuas o intermitentes, nutrición artificial enteral y parenteral, entre otras.

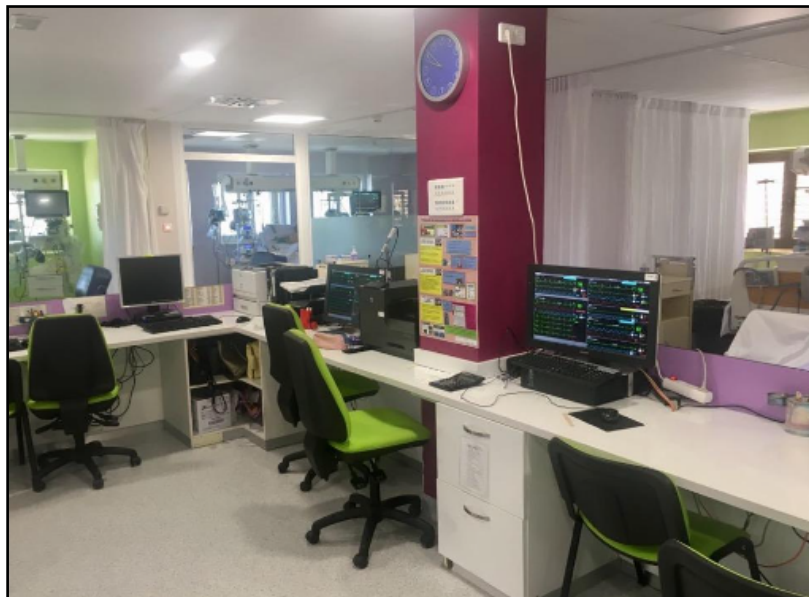


Imagen 2. Control de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica

De acuerdo con la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) se define la Unidad de Cuidados Intensivos como aquella destinada a la atención de enfermos que requieren cuidados y monitorización elevada o intensiva⁽⁴⁾. En estas unidades puede atenderse a los pacientes que se sitúan en los niveles 2 y 3 de cuidados críticos, de acuerdo con la clasificación del Departamento de Salud del Reino Unido⁽⁵⁾.

Nivel	Descripción de los cuidados
0	Pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.
1	Pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.
2	Pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados.
3	Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todos los pacientes complejos requiriendo soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Comprehensive Critical Care. DH (2000).

Tabla 1. Clasificación de los niveles de asistencia hospitalaria⁽⁵⁾

En cuanto al personal, la UCI Quirúrgica está compuesta por:

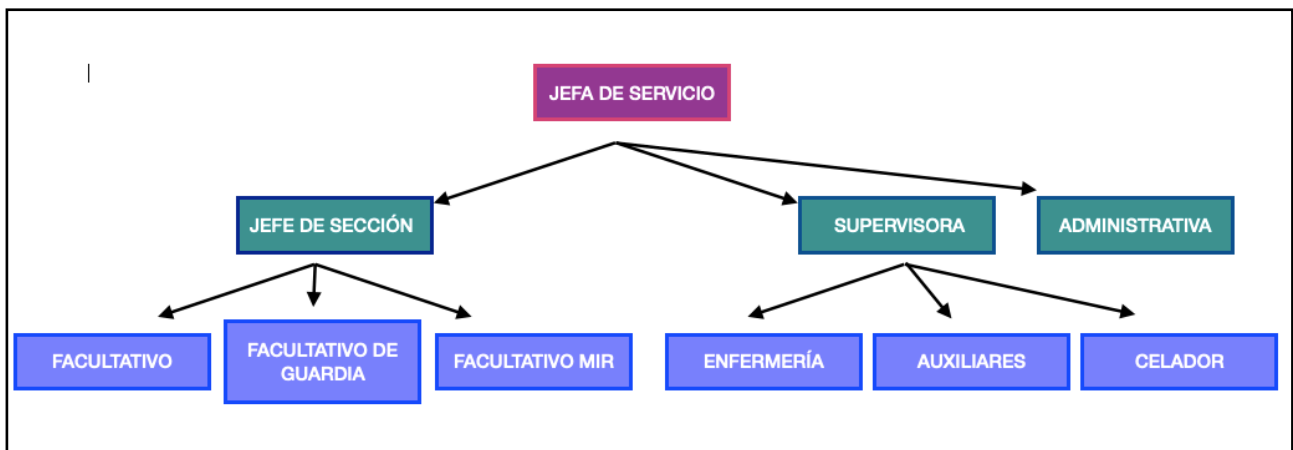


Figura 2. Organigrama del personal de la UCI Quirúrgica

En cuanto a la cartera de servicios, la UCI Quirúrgica incluye:

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)	RCP básica, avanzada y asistencia avanzada postRCP. Formación y simulación.
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	Monitorización hemodinámica avanzada. Centro de formación en optimización hemodinámica.
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	Monitorización, asistencia invasiva, no invasiva y alto flujo, técnicas diagnósticas y terapéuticas.
TÉCNICAS DE SEDOANALGESIA Y BLOQUEO NEUROMUSCULAR	Sedación profunda y superficial. Tratamiento del dolor agudo y crónico.

NUTRICIÓN Y METABOLISMO	Nutrición enteral, parenteral y suplementaria-complementaria.
DEPURACIÓN EXTRARRENAL	Técnicas continuas e intermitentes.
ATENCIÓN INTEGRAL AL TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA	Centro de referencia de Neurocirugía.
ASISTENCIA Y CONTROL DEL POSTOPERATORIO DEL PACIENTE DE ALTO RIESGO	Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Neurocirugía, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología, Cirugía Urológica, Cirugía Vasculat.
ASISTENCIA AVANZADA EN EL PACIENTE CON FALLO ORGÁNICO GRAVE	Monitorización hemodinámica y neurológica avanzada, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, terapia de reemplazo renal, etc.
DETECCIÓN Y MANTENIMIENTO DEL DONANTE DE ÓRGANOS	
ASISTENCIA AVANZADA EN LAS COMPLICACIONES DEL PACIENTE TRASLANTADO DE ÓRGANOS SÓLIDOS	Centro de referencia del trasplante renal.
TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO ASISTIDO	
DOCENCIA	Formación de especialistas en Anestesiología, grado de Medicina, especialidades MIR, grado de Enfermería y Técnico en Cuidados de Enfermería.
PARTICIPACIÓN EN COMITÉS HOSPITALARIOS	Comité de Trasplantes, Quirófano, Hematología, Calidad, etc.

Tabla 2. Cartera de Servicios de la UCI Quirúrgica

NORMA ISO 9001:2015

INTRODUCCIÓN

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos (humanos y otros) de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”. En definitiva, la calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias y de hacer bien lo correcto.

La calidad es uno de los elementos fundamentales para la mejora de los Sistemas Sanitarios modernos. Se trata de un concepto complejo cuyo abordaje implica considerar los

intereses, necesidades e interacciones de los diferentes agentes que participan: clientes externos (pacientes y familiares) e internos (profesionales y gestores), así como las dimensiones de la calidad.

0.1 La adopción de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) es una decisión estratégica para una organización que puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

Los beneficios potenciales para una organización de implementar un SGC basado en la Norma ISO son:

- 1. La capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.*
- 2. Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente.*
- 3. Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos.*
- 4. La capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del SGC especificados.*

Esta Norma Internacional emplea el enfoque por procesos, que incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos.

El enfoque por procesos permite a una organización planificar sus procesos y sus interacciones. El ciclo PHVA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.

El pensamiento basado en riesgos permite a una organización determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su SGC se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades a medida que surjan.

El cumplimiento permanente de los requisitos y la consideración constante de las necesidades y expectativas futuras, representa un desafío para las organizaciones en un entorno cada vez más dinámico y complejo. Para lograr estos objetivos, la organización podría considerar necesario adoptar diversas formas de mejora además de la corrección y la mejora continua, tales como el cambio abrupto.

PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

0.2 Esta Norma Internacional se basa en los principios de la Gestión de la Calidad descritos en la Norma ISO 9000:

- *Enfoque al cliente.*
- *Liderazgo.*
- *Compromiso de las personas.*
- *Enfoque en procesos.*
- *Mejora.*
- *Toma de decisiones basada en la evidencia.*

ENFOQUE POR PROCESOS

0.3.1 Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque por procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un SGC, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

La comprensión y gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus resultados previstos. Este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones e interdependencias entre los procesos del sistema, de modo que se pueda mejorar el desempeño global de la organización.

El enfoque por procesos implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de la calidad y la dirección estratégica de la organización. La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA con un enfoque global de pensamiento basado en riesgos dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados.

La aplicación del enfoque a procesos en un SGC permite:

- A. La comprensión y la coherencia en el cumplimiento de los requisitos.*
- B. La consideración de los procesos en términos de valor agregado.*
- C. El logro del desempeño eficaz del proceso.*
- D. La mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos y la información.*

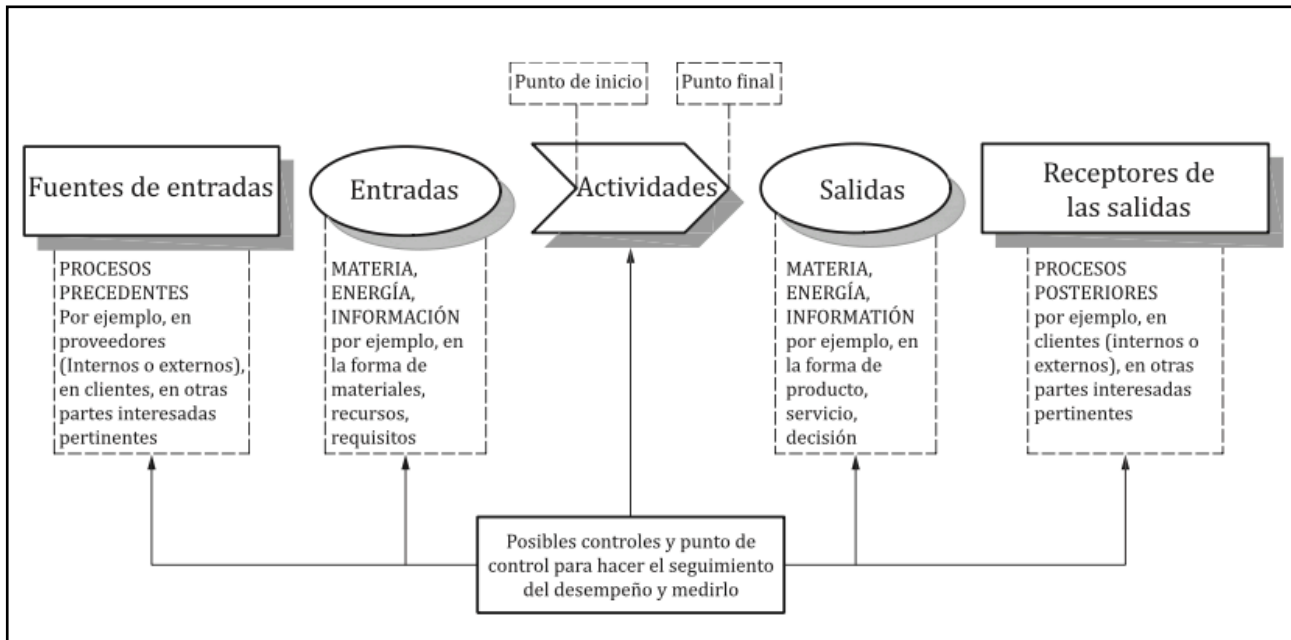


Figura 3. Representación esquemática de los elementos de un proceso⁽⁶⁾

La representación esquemática de cualquier proceso muestra la interacción de sus elementos. Los puntos de control del seguimiento y la medición que son necesarios para el control, son específicos para cada proceso y variarán dependiendo de los riesgos relacionados.

CICLO PLANIFICAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR

0.3.2 El ciclo PHVA puede aplicarse a todos los procesos y al SGC como un todo.

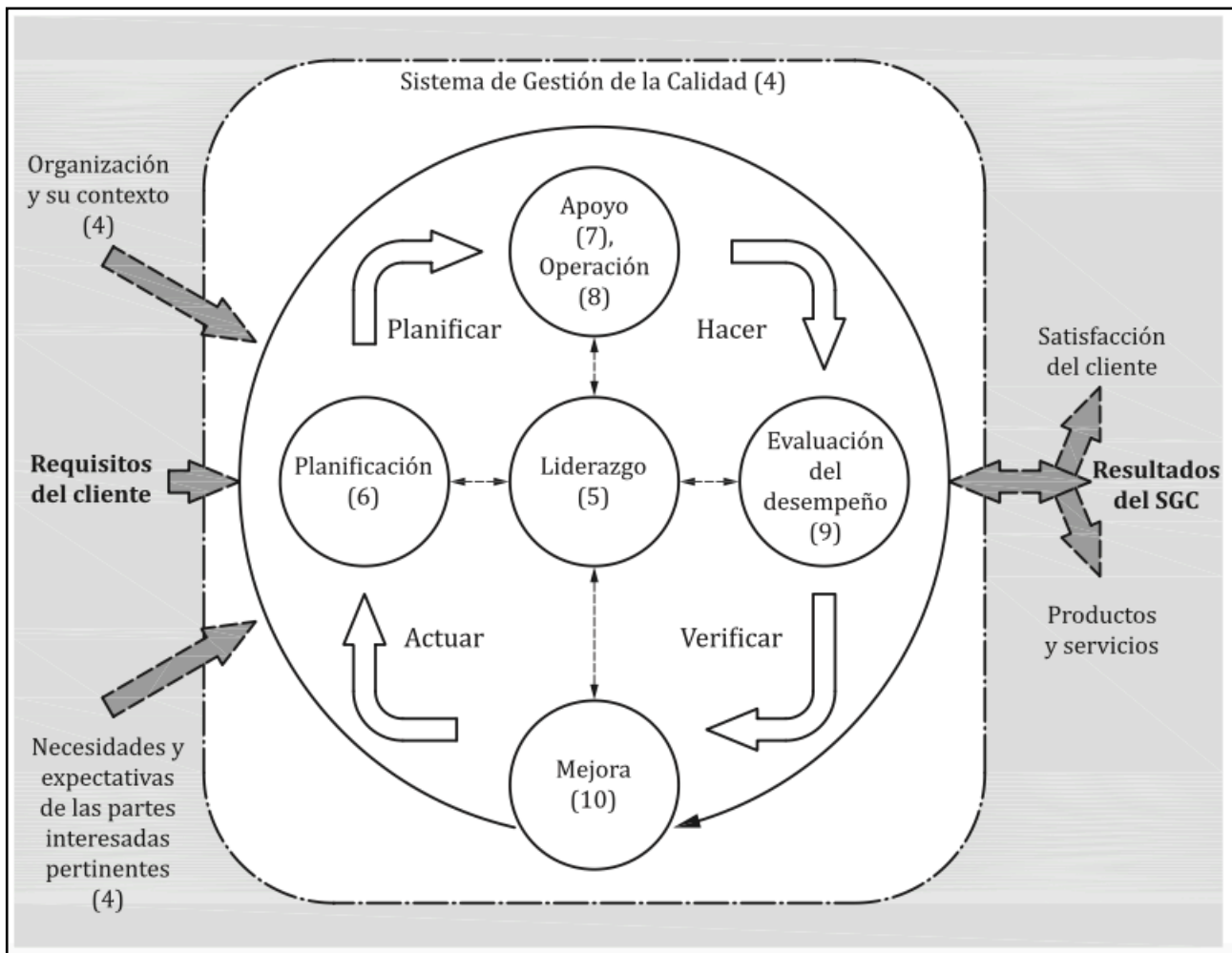


Figura 4. Representación de la estructura de esta Norma Internacional con el ciclo PHVA⁽⁶⁾

El ciclo PHVA puede describirse brevemente como:

- *Planificar*: establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades.
- *Hacer*: implementar lo planificado.
- *Verificar*: realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados.
- *Actuar*: tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

PENSAMIENTO BASADO EN RIESGOS

0.3.3 El pensamiento basado en riesgos es esencial para lograr un SGC eficaz. Para ser conforme con los requisitos de esta Norma Internacional, una organización puede desarrollar acciones que sean apropiadas para los efectos de la no conformidad para prevenir su recurrencia.

Para ser conforme con los requisitos de esta Norma Internacional, una organización necesita planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades. Abordar tanto los riesgos como las oportunidades establece una base para aumentar la eficacia del SGC, alcanzar mejores resultados y prevenir los efectos negativos.

Las oportunidades pueden surgir como resultado de una situación favorable para lograr un resultado previsto, por ejemplo, un conjunto de circunstancias que permita a la organización atraer clientes, desarrollar nuevos productos y servicios, reducir los residuos o mejorar la productividad. Las acciones para abordar las oportunidades también pueden incluir la consideración de los riesgos asociados. El riesgo es el efecto de la incertidumbre y dicha incertidumbre puede tener efectos positivos o negativos. Una desviación positiva que surge de un riesgo puede proporcionar una oportunidad, pero no todos los efectos positivos del riesgo tienen como resultado oportunidades.

RELACIÓN CON OTRAS NORMAS DE SISTEMAS DE GESTIÓN

0.4 Esta Norma Internacional permite a una organización utilizar el enfoque por procesos, en conjunto con el ciclo PHVA y el pensamiento basado en riesgos, para alinear o integrar su SGC con los requisitos de otras normas de sistemas de gestión.

Esta Norma Internacional se relaciona con la Norma ISO 9000 y la Norma ISO 9004 como sigue:

- ISO 9000 Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario, proporciona una referencia esencial para la comprensión e implementación adecuadas de esta Norma Internacional.*
- ISO 9004 Gestión para el éxito sostenido de una organización - Enfoque de Gestión de la Calidad, proporciona orientación para las organizaciones que elijan ir más allá de los requisitos de esta Norma Internacional.*

HIPÓTESIS

Los Sistemas de Gestión de la Calidad son la herramienta sobre la que se basa el buen funcionamiento de una organización. Conociendo la complejidad de las organizaciones sanitarias, consideramos que la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en una norma internacional, como la ISO 9001:2015, es fundamental para mejorar la calidad asistencial y los resultados de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Mejorar la calidad asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche mediante la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma ISO 9001:2015.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Definir la estructura y el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche.
- Controlar los riesgos asociados a los procesos mediante el análisis modal de fallos y sus efectos (AMFE).
- Promover y fortalecer la cultura del Plan de Seguridad Integral en el trabajo diario de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche, tanto para el paciente y su familia, como para los trabajadores implicados en su cuidado.
- Asentar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma ISO 9001:2015 en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche.

METODOLOGÍA

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: APLICACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015

1 La Norma ISO 9001:2015 especifica los requisitos para un SGC cuando una organización:

- 1. Necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y*
- 2. Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del Sistema, incluidos los procesos para la mejora del Sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales reglamentarios aplicables.*

1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

3 Los términos utilizados se toman de la ISO 9000 Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario. En el formato de los procedimientos documentados se ha establecido siempre un apartado que se refiere a los términos y definiciones que son mas oportunos para el SGC.

- Sistema de Calidad: estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar la gestión de la calidad (ISO 8402:1994. Quality management and quality assurance – Vocabulary).*
- Manual de la Calidad: conjunto de documentos que describen el Sistema de Calidad implantado. Es un documento propio que enuncia la política de calidad y define las responsabilidades y relaciones de trabajos que tienen incidencia en la calidad.*
- Política de Calidad: documento que expresa los objetivos generales concernientes a la calidad expresado formalmente por el más alto nivel de la Dirección.*
- Dirección: se refiere a la persona o personas que gobiernan al más alto nivel una organización.*
- Ambiente de trabajo: conjunto de condiciones laborales bajo las que se desempeñan las actividades objetivo de la organización. Se incluyen factores físicos, ambientales o de cualquier otro tipo que puedan afectar al producto o servicio final que la empresa ofrece a sus clientes.*

- *Auditoría: proceso por el que se obtienen evidencias y se evalúan objetivamente, por un tercero, para indicar el grado en el que se están cumpliendo los criterios de auditoría. Se puede considerar como un examen orientado a comprobar si las acciones llevadas a cabo para la calidad y sus resultados son acorde a lo esperado o planteado inicialmente.*
- *Cliente: parte interesada que recibe el producto o servicio de la organización. Define a una persona o entidad que adquiere un producto o servicio de otra. También puede hacer referencia a ciudadanos, usuarios, pacientes... o cualquiera que sea receptor de una organización.*
- *Evidencia objetiva: pruebas que ponen de manifiesto la existencia o veracidad de cualquier asunto.*
- *Mejora continua: instrumento para contribuir a la capacidad de lograr los objetivos de la organización.*
- *Parte interesada: persona u organización que puede afectar, verse afectada, o percibirse como afectada por una decisión o actividad.*
- *Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman los elementos de entrada en salidas (resultados).*
- *Producto: un producto es el resultado de un proceso dado en la organización. Pueden ser productos físicos o bienes, pero también servicios.*
- *Revisión: actividad que garantiza la conveniencia, adecuación y eficacia de la cuestión objeto de revisión, para lograr los objetivos establecidos.*

2. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

1. Compresión de la organización y de su contexto

4.1 La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su SGC.

La UCI Quirúrgica ha analizado la situación externa de la población y el entorno para poder disponer de un marco referencial. Ha realizado un análisis de las fortalezas y debilidades internas, y de las amenazas y oportunidades externas, de forma que esto le ha permitido mediante la metodología DAFO-CAME plantear una serie de líneas estratégicas para orientar el desarrollo del servicio.

El análisis DAFO es una metodología de estudio de la situación de una empresa que analiza sus características internas (debilidades y fortalezas) y su situación externa (amenazas y oportunidades), entendiendo cómo tal lo siguiente:

- Debilidades: Puntos débiles. Son aquellos aspectos de la empresa que constituyen obstáculos internos para el desarrollo de la idea de negocio o que limitan o reducen la capacidad de crecimiento de la empresa.
- Amenazas: nos referimos a las fuerzas del entorno de la organización que, o bien podrían afectar negativamente las posibilidades de implantar una estrategia empresarial y de conseguir los objetivos empresariales, o bien incrementan sus riesgos empresariales.
- Fortalezas: Puntos fuertes. Son ventajas competitivas de la organización o proyecto, es decir, las características propias que facilitan o favorecen el logro de los objetivos empresariales y que le permiten aprovechar las oportunidades del mercado.
- Oportunidades: son aquellas situaciones que se encuentran en el entorno de la organización y que podrían favorecer el logro de sus objetivos o bien representar una posibilidad de mejorar su rentabilidad o de aumentar su cifra de negocio.

Las oportunidades y las amenazas son elementos externos a la empresa que afectan por igual a todas las empresas del sector de actividad y cuya identificación proviene del análisis externo realizado. Por el contrario, las fortalezas y las debilidades, son elementos específicos de la organización cuya identificación proviene del análisis interno realizado.

Por lo tanto, el primer paso que debemos dar es describir la situación actual de la organización analizando el análisis interno y externo. A partir de los datos extraídos de este análisis DAFO se establecen las estrategias a desarrollar para corregir las debilidades, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y explotar las oportunidades (CAME). Por lo tanto, la identificación de estos factores combinados en una matriz darán lugar a los riesgos (combinación de fortalezas y amenazas) y a los desafíos (combinación de debilidades y oportunidades) que determinarán las acciones que marcarán el rumbo que la organización y que deberá asumir hacia un futuro deseable, definiendo su estrategia.

2. Compresión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

4.2. Debido a su efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente, y los legales y reglamentarios aplicables, la organización debe determinar:

A. Las partes interesadas que son pertinentes al SGC;

B. Los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el SGC.

La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.

Con el enfoque de gestión por procesos, la UCI Quirúrgica debe aplicar y aplica sus esfuerzos en la optimización de los procesos que aportan valor a las partes interesadas o que están relacionados con la identificación y satisfacción de sus necesidades. Es decir, nos enfocamos en la comprensión de las necesidades de las partes interesadas y evolucionamos dinámicamente conforme cambian dichas necesidades con el fin de comprender y cumplir al máximo las expectativas de las todas las partes.

Las partes interesadas de esta organización se identifican y clasifican en dos tipos:

- Partes interesadas internas:
 - Profesionales del Servicio.
 - Facultativos/as del Departamento que solicitan interconsultas.
 - Dirección del Servicio.
 - Personal de enfermería, técnicos/as en cuidados de enfermería y celadores/as.
- Partes interesadas externas:
 - Pacientes y familiares.
 - Proveedores.
 - Sociedad.
 - Facultativos/as de otros hospitales.

Las necesidades, demandas, expectativas y satisfacción de las partes interesadas, sobre todo de los pacientes, se convierten en objetivos fundamentales del servicio, dado que el paciente es el centro del Sistema Sanitario. La calidad percibida por las partes interesadas va a depender de que queden satisfechas sus necesidades y expectativas. Para lograrlo, no solo es necesario tener claro qué servicios precisan los pacientes, sino también transmitirles cómo utilizarlos eficazmente, favoreciendo su participación en las decisiones relativas a su asistencia.

La UCI Quirúrgica, como organización, ha identificado sus procesos clave que componen la cadena de valor partiendo de los requisitos de todas las partes interesadas hasta la entrega del servicio con unas características que los satisfagan.

Concretamente, el enfoque a las partes interesadas implica un compromiso de la organización en dos aspectos:

1. Asegurar que el servicio cumple con los requisitos y necesidades especificados por las partes interesadas, incluyendo los requisitos para las actividades de prestación del servicio y posteriores a la misma.
2. Realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del paciente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización para cumplir al máximo sus expectativas. Este punto de la Norma se describe en los procedimientos que se refieren a la evaluación del desempeño, concretamente al análisis de la satisfacción y expectativas de los pacientes y otras partes interesadas: tanto externos como internos o de otros departamentos, de los profesionales de la organización, y el análisis de las reclamaciones de ambos tipos.

La UCI Quirúrgica ha desarrollado este análisis y en referencia al requisito anterior ha seguido las directrices de un proceso documentado denominado “PE.01 Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico” (**anexo 1**) que se revisará de forma periódica y en cada ocasión que se entienda que han sucedido cambios significativos.

3. Determinación del alcance del SGC

4.3. La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del SGC para establecer su alcance.

Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar:

- A. *Las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado de comprensión de la organización y de su contexto (4.1 de la Norma);*
- B. *Los requisitos de las partes interesadas pertinentes indicados en el apartado de comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (4.2 de la Norma);*
- C. *Los productos y servicios de la organización.*

El objetivo de la implantación de un SGC de acuerdo a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 es llevar a cabo de manera eficaz sus actividades, abarcando tanto los

aspectos técnicos como los aspectos de gestión, garantizando la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos sus partes interesadas, así como el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.

El alcance del SGC se aplica a los procesos de:

- Ingreso y valoración inicial del paciente atendido en la UCI Quirúrgica.
- Estabilización del paciente atendido en la UCI Quirúrgica.
- Seguimiento del paciente atendido en la UCI Quirúrgica.
- Pruebas complementarias del paciente atendido en la UCI Quirúrgica.
- Interconsultas entre profesionales en la UCI Quirúrgica.
- Traslados del paciente atendido en la UCI Quirúrgica.
- Alta del paciente atendido en la UCI Quirúrgica.

El alcance del SGC está disponible y se mantiene como información documentada en el “Manual del Sistema de Gestión de la Calidad en la UCI Quirúrgica” (**anexo 2**). El alcance establece los tipos de productos y servicios cubiertos para el momento actual en el SGC.

4. SGC y sus procesos

4.4.1 La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un SGC, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

La organización debe determinar los procesos necesarios para el SGC y su aplicación a través de la organización, y debe:

- A. *Determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos;*
- B. *Determinar la secuencia e interacción de estos procesos;*
- C. *Determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos;*
- D. *Determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad;*
- E. *Asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos;*

- F. *Abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado acciones para abordar riesgos y oportunidades (6.1 de la Norma);*
- G. *Evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos;*
- H. *Mejorar los procesos y el SGC.*

4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe:

- A. *Mantener la información documentada para apoyar la operación de sus procesos;*
- B. *Conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.*

La UCI Quirúrgica define en su “Mapa de Procesos” una descripción de la interacción entre los procesos del SGC. Los procesos propios de la organización cubren las actividades contempladas en el alcance del sistema y han sido planteados para satisfacer los requisitos de las partes interesadas y cumplir con los requisitos reglamentarios.

Los procesos se han clasificado de la siguiente forma:

- **Procesos estratégicos:** procesos que conforman la estrategia de la Dirección hacia la satisfacción del paciente o partes interesadas.
- **Procesos clave:** procesos de prestación del servicio que son claves para el desempeño de la organización.
- **Procesos de apoyo:** procesos que complementan y desarrollan la actividad principal de la prestación del servicio y que sirven de apoyo a los procesos clave.

Cada uno de estos procesos se encuentra detallado en el “Mapa de Procesos” de la UCI Quirúrgica que se representa de forma gráfica a continuación:

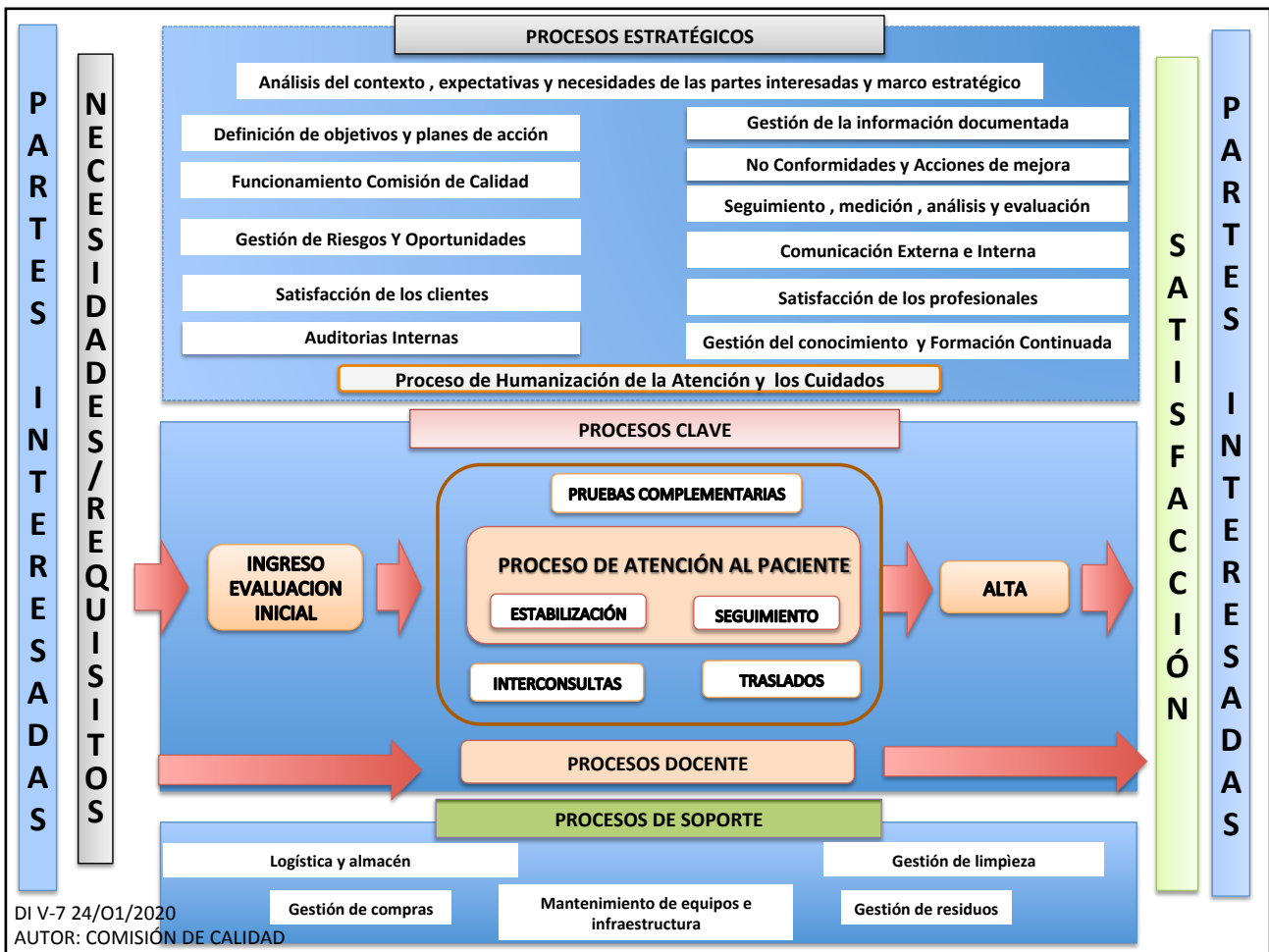


Figura 5. Mapa de procesos de la UCI Quirúrgica

Puesto que la UCI Quirúrgica se gestiona como un sistema de procesos interrelacionados, la organización es controlable, en la medida en que es posible controlar cada uno de los procesos que la componen. Se elabora una serie de documentos, procedimientos y protocolos que constituyen información documentada y controlada según el “PE.03 Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada” (**anexo 3**) donde se detalla cómo se evidencia y se conserva la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.

3. LIDERAZGO

1. Liderazgo y compromiso

5.1.1 *La alta Dirección debe demostrar su compromiso y liderazgo con respecto al SGC:*

- A. *Asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del SGC;*
- B. *Asegurándose que se establezcan políticas de calidad y los objetivos de la calidad para el SGC, y que éstos sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización;*
- C. *Asegurándose la integración de los requisitos del SGC en los procesos de negocio de la organización;*
- D. *Promoviendo el uso del enfoque por procesos y pensamiento basado en riesgos;*
- E. *Asegurándose de que el SGC logre los resultados previstos;*
- F. *Comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del SGC;*
- G. *Promoviendo la mejora;*
- H. *Apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en que aplique a sus áreas de responsabilidad.*

5.1.2 La alta Dirección debe demostrar su compromiso y liderazgo con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que:

- A. *Se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;*
- B. *Se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente;*
- C. *Se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.*

2. Política de calidad

5.2.1 La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política de la calidad que:

- A. *Sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye su dirección estratégica;*
- B. *Proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de calidad;*
- C. *Incluya un compromiso de cumplir los requisitos aplicables;*
- D. *Incluya un compromiso de mejora continua del SGC.*

5.2.2 La política de la calidad debe:

- A. *Estar disponible y mantenerse como información documentada;*
- B. *Comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización;*
- C. *Estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según corresponda.*

La política de calidad de la UCI Quirúrgica se define como:

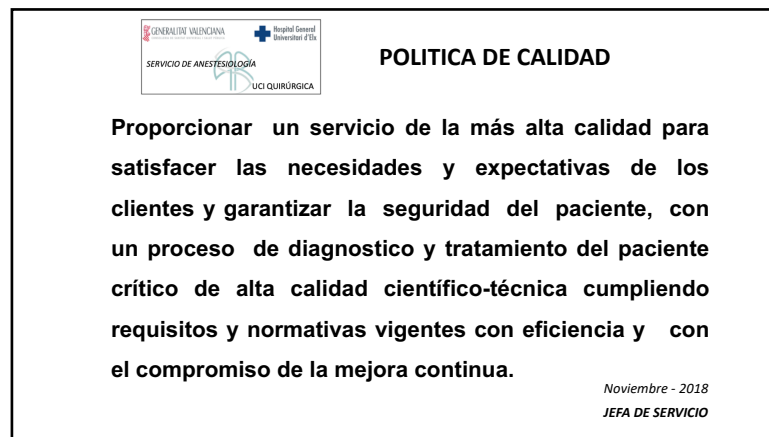


Figura 6. Política de Calidad de la UCI Quirúrgica

Esta política de calidad se apoya en una serie de valores como son:

- Un comportamiento ético con los pacientes y sus familiares basado en el Plan de Humanización de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana⁽⁷⁾, considerando al paciente en el centro de nuestro servicio.
- Respeto, sensibilidad y consideración por y para todas las personas que trabajan en la organización.
- Comunicación vertical, horizontal y transversal abierta, sincera, recíproca y continua.

3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización:

5.3 La alta Dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización.

La alta Dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para:

- A. *Asegurarse de que el SGC es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional;*
- B. *Asegurarse e que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas;*

- C. *Informar, en particular, a la alta Dirección sobre el desempeño del SGC y sobre las oportunidades de mejora;*
- D. *Asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en toda la organización;*
- E. *Asegurarse de que la integridad del SGC se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el SGC.*

La UCI Quirúrgica dispone de un SGC de acuerdo a la Norma ISO 9001:2015 que documenta la organización, procesos, procedimientos y recursos:

- Trabaja con personal legalmente autorizado para el desempeño de sus funciones que conoce y aplica el contenido de la documentación del Sistema de Calidad, para ello cuenta con personal altamente capacitado y especializado, comprometido y concienciado con las buenas prácticas profesionales y el desarrollo del sistema.
- Implementa continuamente nuevas técnicas y métodos con recursos tecnológicos punteros.
- Promueve el uso del enfoque en procesos y el pensamiento basado en riesgos.
- Promueve la actitud de mejora continua del desempeño.
- Mejora e incrementa la confianza y satisfacción de los usuarios en relación a las investigaciones y servicios especializados ofrecidos.
- Fomenta la implicación de la Dirección y Gerencia y todo el personal.

La implantación de un SGC basado en la Norma ISO 9001:2015 se deriva de las líneas estratégicas y del compromiso con la mejora continua de sus procesos en general y de la seguridad clínica de los pacientes en particular.

La Dirección es la responsable de la implementación del SGC así como de la aprobación y autorización de los documentos necesarios para la obtención de los objetivos de esta organización y de que esta política sea entendida, implantada y mantenida al día en todos los niveles. Debe hacer saber a todos los componentes de la organización que es de obligado cumplimiento. Cada empleado debe asumir, en consecuencia, la responsabilidad de la calidad de su propio trabajo. Asimismo, la Dirección debe asegurarse que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.

La Dirección designa un miembro como coordinador, quien, independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:

- Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el SGC en colaboración con el personal del mismo.
- Informar a la Dirección sobre el desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del paciente en todos los niveles de la organización.

La responsabilidad del representante de la Dirección puede incluir relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el SGC.

La Jefa de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor del HGUE, como la alta Dirección del SGC de la UCI Quirúrgica, asume la obligación de facilitar los recursos adecuados para que todo el personal pueda desarrollar su trabajo tal y como se haya planificado. La implantación del SGC es competencia directa del coordinador y en última instancia de la Jefa del Servicio.

Todo el personal adscrito a la UCI Quirúrgica de forma permanente o temporal tiene la obligación de conocer los requisitos del Sistema de la Calidad implantado y llevar a cabo las tareas de su puesto de trabajo de acuerdo con las directrices establecidas en el Plan de Calidad.

La Jefa de Servicio se asegura de que las responsabilidades y autoridades para las funciones relevantes se asignen, comuniquen y entiendan dentro del servicio y para ello ha elaborado la definición de sus funciones y responsabilidades:

- La UCI Quirúrgica dispone de políticas, procesos, programas, procedimientos e instrucciones documentadas. Todo el personal conoce y aplica en su trabajo diario los documentos que conforman el SGC.
- La UCI Quirúrgica ha descrito y evaluado todas las actividades desarrolladas por ellos y por la organización superior en que se encuadran con el fin de identificar posibles conflictos de interés, no detectándose la existencia de ningún tipo de conflicto ni en las actividades desarrolladas ni en las responsabilidades del personal.

- Todo el personal profesional de la UCI Quirúrgica está obligado por los códigos éticos de su propia profesión y debe tratar a todos los pacientes equitativamente y sin discriminación.

4. PLANIFICACIÓN

1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

6.1.1 Al planificar el SGC, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado de comprensión de la organización y de su contexto (4.1 de la Norma) y los requisitos referidos en el apartado de comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (4.2 de la Norma), y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:

- A. *Asegurar que el SGC puede lograr sus resultados previstos;*
- B. *Aumentar los efectos deseables;*
- C. *Prevenir o reducir efectos no deseados;*
- D. *Lograr la mejora.*

6.1.2 La organización debe planificar:

- A. *Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;*
- B. *La manera de:*
 - A. *Integrar e implementar las acciones en sus procesos del SGC;*
 - B. *Evaluar la eficacia de estas acciones.*

Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios.

Una buena gestión de riesgos consiste en prevenir, comenzando por conocer los riesgos e identificarlos, estimar la posibilidad de que ocurran y cuál serían sus consecuencias. El conocimiento profundo de cada componente de la atención del servicio permite identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales fuentes de error con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente. A continuación, se deben clasificar para poder desarrollar acciones que hagan frente a estos riesgos.

Al identificar los riesgos potenciales correctamente, se pueden y deben determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales e incidencias, de forma que se pueda prevenir su ocurrencia. Estas acciones de mejora deben ser

apropiadas a los efectos de los problemas. Para ello, tendrá en cuenta los siguientes requisitos:

- Determinar las no conformidades e incidencias potenciales y sus causas.
- Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de las mismas.
- Determinar e implementar las acciones necesarias.
- Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- Revisar las acciones tomadas.

La gestión del riesgo consistirá en reconocer los riesgos dentro del servicio, analizarlos y llevar a cabo actuaciones para abordarlos y evitar que se produzcan con el objetivo de obtener la satisfacción de los pacientes y otras partes interesadas. Se determinan los pasos necesarios para abordar cualquier posible riesgo incluido los que requieran acciones de mejora, para ello:

- Uso de las fuentes de información adecuadas para detectar, analizar y eliminar las causas potenciales de las no conformidades.
- El inicio de las acciones para prevenir y la aplicación de los controles para asegurar que aquéllas son eficaces.
- El asegurarse que la información pertinente sobre las acciones realizadas se remite a la Dirección a efectos de revisión.

Una vez determinados y analizados los riesgos y oportunidades que deben abordarse, se realiza un seguimiento de ellos para asegurar que el SGC puede lograr los resultados deseados o bien prevenir o reducir los efectos no deseados. Todo este proceso queda documentado en el “PE.06 Procedimiento Estratégico de Gestión de Riesgos y Oportunidades” (**anexo 4**).

En caso que se requiera la adopción de algún tipo de acciones, se deben desarrollar, implementar y establecer planes de acción para reducir la posibilidad de que se produzcan no conformidades y aprovechar las oportunidades de mejora. Para ello, se realiza una planificación de los cambios o se adoptan acciones correctivas acordes al origen del problema.

2. Objetivos de la calidad y la planificación para alcanzarlos

6.2.1 La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el SGC.

Los objetivos de la calidad deben:

- A. Ser coherentes con la política de la calidad;*
- B. Ser medibles;*
- C. Tener en cuenta los requisitos aplicables;*
- D. Ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente;*
- E. Ser objeto de seguimiento;*
- F. Comunicarse;*
- G. Actualizarse, según corresponda.*

6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:

- A. Qué se va a hacer;*
- B. Qué recursos se requerirán;*
- C. Quién será responsable;*
- D. Cuándo se finalizará;*
- E. Cómo se evaluarán los resultados.*

La UCI Quirúrgica ha definido este proceso de definición de objetivos y planificación en “PE.02 Procedimiento Estratégico de Definición de Objetivos y Planes de acción” **(anexo 5)**.

La UCI Quirúrgica, con el fin de asegurarse que la planificación del Sistema de la Calidad se realiza acorde con los requisitos del paciente y con los objetivos definidos, establece qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse. Para ello, el Servicio desarrolla y pone en funcionamiento una Comisión de Calidad como órgano adjunto a la Dirección, constituido por la participación de los profesionales de la misma, como instrumento facilitador y controlador del SGC en el proceso de planificación de los objetivos.

La misión de la Comisión de Calidad es la de colaborar en la planificación, desarrollo, mantenimiento y mejora del SGC, ayudando a tomar acciones para abordar riesgos y oportunidades, realizar la planificación de los cambios y aprobar acciones de mejora. Todo este proceso está detallado en el “PE.04 Procedimiento Estratégico de Comisión de Calidad” (**anexo 6**).

3. Planificación de los cambios

6.3 Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el SGC, estos cambios deben llevarse a cabo de manera planificada.

La organización debe considerar:

- A. *El propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;*
- B. *La integridad del SGC;*
- C. *La disponibilidad de recursos;*
- D. *La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.*

Durante la revisión por la Dirección, a la que asiste la Jefa del Servicio y los coordinadores y todos los que se considere oportuno, se revisa el SGC y se toman decisiones para el próximo periodo en base a los resultados obtenidos en el ciclo que concluye. Incluye la planificación de los cambios que podrían afectar al SGC pero también otros datos como los resultados de auditorías, la información sobre la satisfacción del paciente y profesionales, el estado de las acciones correctivas, etc.

5. APOYO

1. Recursos

1. Generalidades

7.1.1 La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC.

La organización debe considerar:

- A. *Las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes;*
- B. *Qué se necesita obtener de los proveedores externos.*

En este apartado de la Norma ISO 9001:2015, la UCI Quirúrgica determina y proporciona los recursos de la organización (tanto materiales como humanos), la competencia, la toma de conciencia, la comunicación y la información documentada.

2. Personas

7.1.2 La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su SGC y para la operación y control de sus procesos.

Los recursos humanos deber ser los necesarios en cantidad y cualificación para el desarrollo adecuado de los servicios y el cumplimiento de la misión. Para ello, hace uso de la dirección económico-administrativa que gestiona estos recursos y sus necesidades.

La UCI Quirúrgica tiene 5 facultativo/as especialistas: siendo una de ellos la Jefa de Servicio, otro el Jefe de Sección y 1 médico/a interno residente de la especialidad. Por otro lado, el servicio cuenta con 18 enfermero/as, 14 técnico/as en cuidados de enfermería, 1 auxiliar administrativa y 1 celador.

3. Infraestructura

7.1.3 La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.

La infraestructura de la UCI Quirúrgica es adecuada para lograr los objetivos de calidad definidos y prestar los servicios incluidos dentro del alcance del sistema definido acordes con los requisitos exigidos por los pacientes:

- Instalaciones en el edificio del Hospital con todos los equipos e infraestructura necesaria para el desarrollo de los servicios.
- Hardware y software necesario para el desarrollo del sistema informático.

La UCI Quirúrgica cuenta con una superficie total de 320 m² y dispone de 9 boxes individuales dotados de aislamiento y presión negativa. La disposición de los boxes es en abierto de forma concéntrica con el control de enfermería en la zona central. Además, cuenta con diferentes espacios para el almacenamiento de aparataje y material fungible así como almacenes para farmacia.



Imagen 3. Bancada de preparación de medicación de la UCI Quirúrgica



Imagen 4. Ejemplo de box de la UCI Quirúrgica

La UCI Quirúrgica ha definido sus procesos de apoyo de acuerdo a la logística de la Unidad. Para el control de equipos ha diseñado el “PS.03 Procedimiento de Soporte de Gestión de Equipos” (**anexo 7**).

La UCI Quirúrgica cuenta con un almacén de material fungible y farmacia.



Imagen 5. Almacén de fungible de la UCI Quirúrgica



Imagen 6. Farmacia de la UCI Quirúrgica

Los detalles del funcionamiento de los procesos de almacén y las responsabilidades del personal implicado se describe en el “PS.02 Procedimiento de Soporte de Logística y Almacén” (**anexo 8**).

El proceso de compras se realiza de acuerdo al “PS.01 Procedimiento de Soporte de Gestión de Compras” (**anexo 9**). Es el departamento de Suministros del Hospital y no la organización quien gestiona las compras. A la organización le corresponden los pedidos y la evaluación y aceptación de los proveedores y de los productos.

4. Ambiente para la operación de los procesos

7.1.4 La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.

La organización proporciona los recursos necesarios para que, tanto las condiciones de trabajo como los factores físicos y ambientales, sean los adecuados.

Las condiciones ambientales en la que se realizan las actividades son adecuadas a las mediciones a efectuar y a los equipos que se utilizan para su realización. Aquellas que requieran condiciones ambientales específicas o en las que la manipulación del material

pueda crear ambientes nocivos que afecten a la seguridad del personal o puedan dañar los equipos, así como sus medios de control y registro, quedarán definidas en los correspondientes procedimientos y protocolos para su análisis.

Los coordinadores realizarán la investigación del clima laboral con el fin de detectar posibles áreas de mejora que faciliten el ambiente más adecuado para la prestación de unos servicios asistenciales de la más alta calidad, reflejándose en el “PE.09 Procedimiento Estratégico de Satisfacción de los Profesionales” (**anexo 10**).

La prevención de riesgos laborales y biológicos están recogidos en las normas establecidas por el Departamento, el cual implica a todas las personas que trabajan en el Servicio.

5. Recursos de seguimiento y medición

7.1.5.1 La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos.

La organización debe asegurarse de que los recursos proporcionados:

- A. Son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas;*
- B. Se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito.*

La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento son idóneos para su propósito.

Se lleva un control de los equipos mediante la estrategia descrita en el procedimiento de apoyo “PS.03 Procedimiento de Soporte de Gestión de Equipos”, además del subsiguiente control de los registros derivados de cada una de las actividades.

7.1.5.2 Cuando la trazabilidad de las mediciones es un requisito, o es considerada por la organización como parte esencial para proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, el equipo de medición debe:

- A. Calibrarse o verificarse, o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe conservarse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación;*

B. *Identificarse para determinar su estado;*

C. *Protegerse contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.*

La organización debe determinar si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto, y debe tomar las acciones adecuadas cuando sea necesario.

La UCI Quirúrgica dispone de los Servicios de Mantenimiento y Electromedicina del Hospital que son los responsables de los procesos relacionados en cuanto a la trazabilidad de las mediciones.

6. Conocimientos de la organización

7.1.6 La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.

Estos conocimientos deben mantenerse y ponerse a disposición en la medida en que sea necesario.

Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.

La UCI Quirúrgica tiene definidos en sus procesos las necesidades de conocimientos de cada uno de los puestos de trabajo para que el desarrollo sea el más adecuado a la misión de la organización.

Además, adquiere los conocimientos con la experiencia y se surte de información que se comparte para lograr los objetivos de la organización. Los conocimientos de la organización pueden basarse en fuentes internas (propias) o externas.

La gestión del conocimiento en la UCI Quirúrgica se determina y gestiona según lo establecido en el “PE.10 Procedimiento Estratégico de Gestión de competencias y formación de los profesionales” (**anexo 11**).

2. Competencia

7.2 La organización debe:

A. *Determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del SGC;*

- B. Asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas;*
- C. Cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;*
- D. Conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.*

La UCI Quirúrgica ha determinado la competencia necesaria de las personas que realizan trabajos que afectan al desempeño y la eficacia del SGC y medioambiente. Proporciona acciones para adquirir la competencia necesaria cuando se requiera, evalúa la eficacia de las acciones tomadas y se asegura mediante los justificantes oportunos (títulos oficiales, currículum vitae, etc.) que el personal que realice trabajos en la Unidad que afectan a la calidad cuenta con la educación, formación, habilidades y experiencia necesaria.

Para ello tiene definido en el “PE.10 Procedimiento Estratégico de Gestión de competencias y formación de los profesionales”, los requisitos necesarios relativos a la formación del personal.

3. Toma de conciencia

7.3 La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de:

- A. La política de calidad;*
- B. Los objetivos de la calidad pertinentes;*
- C. Su contribución a la eficacia del SGC, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño;*
- D. Las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del SGC.*

4. Comunicación

7.4 La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC, que incluyan:

- A. Qué comunicar;*
- B. Cuándo comunicar;*
- C. A quién comunicar;*
- D. Cómo comunicar;*

E. *Quién comunica.*

La UCI Quirúrgica ha elaborado el “PE.07 Proceso Estratégico de Gestión de comunicación interna y externa” (**anexo 12**) para aplicar este punto de la Norma. Cualquier comunicación interna, ascendente o descendente, realizada dentro de la organización en cuestiones referentes al SGC se canalizará a través de los coordinadores, quienes lo comunicarán a la Jefa de Servicio en caso de ser necesario.

5. Información documentada

7.5.1 El SGC de la organización debe incluir:

- A. *La información documentada requerida por esta Norma Internacional;*
- B. *La información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del SGC.*

7.5.2 Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:

- A. *La identificación y descripción;*
- B. *El formato y los medios de soporte;*
- C. *La revisión y la aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.*

7.5.3.1 La información documentada requerida por el SGC y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:

- A. *Esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite;*
- B. *Esté protegida adecuadamente.*

7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:

- A. *Distribución, acceso, recuperación y uso;*
- B. *Almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;*
- C. *Control de cambios;*
- D. *Conservación y disposición.*

La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del SGC, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar.

La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas.

La UCI Quirúrgica para asegurar que el control de la información documentada del SGC (documentos de origen interno, de origen externo y registros) se realizan en condiciones adecuadas, ha definido el “PE.03 Procedimiento Estratégico de Gestión de la información documentada” (**anexo 13**).

La información documentada en este SGC se clasifica en:

- Manual de Calidad
- Procedimientos
- Protocolos
- Documentos internos
- Registros

El “Manual de Calidad” es el documento básico del SGC, en el que se establece la política y líneas directrices de la gestión mediante la definición de lo que se debe hacer y por quién. Este manual puede distribuirse a todas las partes interesadas que así lo soliciten.

Los procedimientos clave (PC) son documentos complementarios al manual que desarrollan los procesos operativos o clave que se llevan a cabo en los servicios afectados por el alcance del sistema. En ellos se describe, con el nivel de detalle necesario en cada caso, quién, cómo, dónde, para qué y con qué debe realizarse una determinada actividad. Su objetivo es normalizar los procesos de actuación y evitar las indefiniciones e improvisaciones que pudieran dar lugar a problemas o deficiencias en la realización de la actividad. Son documentos de uso interno y, salvo excepciones, no serán conocidos por el personal ajeno a la organización.

Dada la naturaleza y características de los PC, en el que se describe el proceso en sí mismo, emanan otro tipo de documentos: los protocolos. Los protocolos (PRO) son documentos descriptivos de diferentes actuaciones a nivel de los procesos operativos y

que en el ámbito asistencial son de uso frecuente para conseguir la normalización de la atención y servicios prestados y disminuir en lo posible la variabilidad clínica.

Los procesos estratégicos (PE) y de apoyo o soporte (PS) van a describirse en el SGC en una serie de procedimientos y documentos internos que son los que definen las distintas actividades, recursos y registros para el aseguramiento y gestión de la calidad.

Los documentos internos (DI) e instrucciones técnicas (IT) son documentos complementarios a los procedimientos operativos y se aplican a una parte o actividad de un proceso. Tienen carácter eminentemente técnico.

Los registros (RI) son documentos que presentan los resultados obtenidos o proporcionan evidencia de las actividades desempeñadas. Los registros se mantendrán en su archivo durante un tiempo prefijado según lo descrito en el procedimiento.

La documentación externa (DE) es un conjunto de documentos, emitidos por organizaciones externas, tanto oficiales como privadas, para su aplicación en la organización.

La estructura informatizada de gestión del repositorio documental es una herramienta para facilitar al personal del servicio el acceso a la información. Para ello nos servimos de la herramienta de almacenaje en la nube de Google Drive®, además de estar facilitada en los ordenadores de la Unidad en la carpeta que lleva por nombre: Sistema Gestión de Calidad.

6. OPERACIÓN

1. Planificación y control operacional

8.1 La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en la planificación (capítulo 6 la Norma), mediante:

A. *La determinación de los requisitos para los productos y servicios;*

B. *El establecimiento de criterios para:*

1. *Los procesos;*

2. *La aceptación de los productos y servicios;*

C. *La determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios;*

- D. *La implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios;*
- E. *La determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para:*
 - 1. *Tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado;*
 - 2. *Demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.*

La salida de esta planificación debe ser adecuada para las operaciones de la organización.

La organización debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario.

La organización debe asegurarse de que los procesos contratados externamente estén controlados.

En la UCI Quirúrgica, tanto la planificación como el control operacional, se lleva a cabo según los PC que describen cómo realizar y controlar cada uno de los procesos.

2. Requisitos para los productos y servicios

1. Comunicación con el cliente

8.2.1 La comunicación con los clientes debe incluir:

- A. *Proporcionar la información relativa a los productos y servicios;*
- B. *Tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios;*
- C. *Obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes;*
- D. *Manipular o controlar la propiedad del cliente;*
- E. *Establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.*

La UCI Quirúrgica proporciona la información relativa a sus productos y servicios y comunica a sus usuarios cuáles son sus capacidades técnicas en referencia a los servicios realizados.

La comunicación que se establece con el paciente es muy amplia: consultas, atención personalizada, retroalimentación mediante encuestas y atención de las reclamaciones. Todo ello está descrito en diferentes procedimientos: "PE.08

Procedimiento Estratégico de Satisfacción de los pacientes” (**anexo 14**), “PE.09 Procedimiento Estratégico de Satisfacción de los profesionales” y “PE.07 Procedimiento Estratégico de Gestión de comunicación interna y externa”.

2. Determinación de los requisitos para los productos y servicios

8.2.2 Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que:

A. *Los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo:*

- 1. Cualquier requisito legal y reglamentario aplicable;*
- 2. Aquellos considerados necesarios por la organización;*

B. *La organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece.*

La UCI Quirúrgica garantiza que:

- Los requisitos, incluyendo los métodos a utilizar y los plazos estimados de los mismos, están adecuadamente definidos, documentados y comprendidos.
- El Servicio posee la capacidad para cumplir los requisitos.
- Los procedimientos apropiados seleccionados son capaces de cumplir los requisitos y las necesidades clínicas.

3. Revisión de los requisitos para los productos y servicios

8.2.3.1 La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes. La organización debe llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, para incluir:

- A. *Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma;*
- B. *Los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido;*
- C. *Los requisitos especificados por la organización;*
- D. *Los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios;*

E. *Las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.*

La organización debe asegurarse de que se resuelven las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.

La organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación, cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de sus requisitos.

8.2.3.2 La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable:

A. *Sobre los resultados de la revisión;*

B. *Sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.*

La UCI Quirúrgica asume la actualización de toda la información y los requisitos relacionados con productos y servicios.

3. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente

1. Generalidades

8.4.1 La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.

La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando:

A. *Los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización;*

B. *Los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización;*

C. *Un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización.*

La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.

El objetivo es asegurar que las compras que afectan directamente a la calidad de los productos y servicios suministrados al paciente estén conformes con los requisitos especificados.

Existe un procedimiento que detalla todos estos puntos referentes a la gestión de compras y proveedores que es el “PS.01 Procedimiento de Soporte de Gestión de Compras” donde se establecen las directrices generales para el control de estos servicios externos asegurando que los documentos de compra de productos y/o servicios recogen los requisitos de calidad especificados.

2. Tipo y alcance del control

8.4.2 La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes.

La organización debe:

- A. *Asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su SGC;*
- B. *Definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externos y los que pretende aplicar a las salidas resultantes;*
- C. *Tener en consideración:*
 - 1. *El impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente a los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;*
 - 2. *La eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo;*
- D. *Determinar la verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.*

El servicio se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la organización para entregar sus servicios a sus usuarios. Ésto se detalla en los documentos anteriormente citados.

3. Información para los proveedores externos

8.4.3 La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo.

La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para:

- A. *Los procesos, productos y servicios a proporcionar;*
- B. *La aprobación de:*
 - 1. *Productos y servicios;*
 - 2. *Métodos, procesos y equipos;*
 - 3. *La liberación de productos y servicios;*
- C. *La competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas;*
- D. *Las interacciones del proveedor externo con la organización;*
- E. *El control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización;*
- F. *Las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.*

El servicio se asegura de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo. Ésto se detalla en los documentos anteriormente citados.

4. Producción y provisión del servicio

8.5.1 La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.

Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:

- A. *La disponibilidad de información documentada que defina:*
 - 1. *Las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar;*
 - 2. *Los resultados a alcanzar;*
- B. *La disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados;*
- C. *La implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;*
- D. *El uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos;*

- E. *La designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida;*
- F. *La validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores;*
- G. *La implementación de acciones para prevenir los errores humanos;*
- H. *La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.*

8.5.2 La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario para asegurar la conformidad de los productos y servicios.

La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio.

La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.

8.5.3 La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma.

La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios.

Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar a esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.

8.5.4 La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.

8.5.5 La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.

Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar:

- A. *Los requisitos legales y reglamentarios*
- B. *Las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios;*

C. La naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios;

D. Los requisitos del cliente;

E. La retroalimentación del cliente.

8.5.6 La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos.

La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.

Todos estos puntos del apartado 8.5.1 de la Norma se pueden explicar en el contexto de los PC u operativos de la UCI Quirúrgica y se desprenden del “Mapa de Procesos” de su SGC.

Para la descripción de las operaciones que dan respuesta a la misión de la UCI Quirúrgica con el fin de mejorar la práctica clínica y disminuir la variabilidad, se pueden nombrar en los siguientes PC:

PROCEDIMIENTOS CLAVE		anexos
PC.01	Ingreso y valoración inicial del paciente	15
PC.02	Estabilización del paciente	16
PC.03	Seguimiento del paciente	17
PC.04	Pruebas complementarias del paciente	18
PC.05	Interconsultas interdisciplinarias	19
PC.06	Traslados del paciente	20
PC.07	Alta del paciente	21

Tabla 3. Procesos Clave de la UCI Quirúrgica

5. Control de las salidas no conformes

8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.

La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios.

La organización de tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras:

- A. Corrección;*
- B. Separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios;*
- C. Información al cliente;*
- D. Obtención de autorización para su aceptación bajo cesión.*

8.7.2 Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.

La organización debe conservar la información documentada que:

- A. Describa la no conformidad;*
- B. Describa las acciones tomadas;*
- C. Describa todas las concesiones obtenidas;*
- D. Identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.*

Todo lo referido a este punto de la Norma viene reflejado en el documento “PE.05 Procedimiento Estratégico Gestión de las no conformidades y acciones de mejora” **(anexo 22)**.

7. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación

1. Generalidades

9.1.1 La organización debe determinar:

- A. Qué necesita seguimiento y medición;*
- B. Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;*
- C. Cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;*

D. *Cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.*

La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del SGC.

La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.

La implantación de un SGC supone un esfuerzo importante que no tendría sentido si no fuera acompañado de los beneficios para el propio servicio y para sus usuarios. Cualquier SGC lleva implícito una evaluación: revisión de la eficacia de la Norma implantada, registro de incumplimientos, análisis de la situación y plan de mejora.

La descripción del proceso que se refiere a este punto de la Norma se plasma en el “PE.11 Procedimiento Estratégico de Seguimiento, medición, análisis y evaluación” (**anexo 23**). La UCI Quirúrgica realiza el seguimiento del grado en que se cumplen las necesidades y expectativas de los pacientes, y determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.

2. Satisfacción del cliente

9.1.2 La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.

Para poder obtener la información relativa a la percepción del paciente con respecto al cumplimiento de sus requisitos se realiza la evaluación de las reclamaciones y encuestas de satisfacción tal y como refleja el “PE.08 Procedimiento Estratégico de Satisfacción de los pacientes” además, se hace uso del Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) del Hospital.

3. Análisis y evaluación

9.1.3 La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:

A. *La conformidad de los productos y servicios;*

B. *El grado de satisfacción del cliente;*

C. *El desempeño y la eficacia del SGC;*

- D. *Si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;*
- E. *La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;*
- F. *El desempeño de los proveedores externos;*
- G. *La necesidad de mejoras en el SGC.*

El objetivo del análisis de los datos es identificar y describir las técnicas estadísticas utilizadas para controlar y verificar que los productos y servicios proporcionados por la UCI Quirúrgica cumplen con las especificaciones establecidas y satisfacen las expectativas esperadas. Todo ello viene definido en el “PE.11 Procedimiento Estratégico de Seguimiento, medición, análisis y evaluación”. Asimismo, se establece cómo se mide y analiza la evolución de los indicadores para los procesos del servicio. Los resultados obtenidos servirán de entrada al proceso de mejora continua.

Este punto de la Norma se aplica a los datos obtenidos a partir de aquellos procedimientos de trabajo que:

- Afectan directamente a la calidad del servicio.
- Proporcionan información sobre el grado en que los productos y servicios prestados por el servicio satisfacen las necesidades del paciente.

2. Auditoría interna

9.2.1 La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el SGC:

- A. *Es conforme con:*
 - 1. *Los requisitos propios de la organización para su SGC;*
 - 2. *Los requisitos de esta Norma Internacional;*
- B. *Se implementa y mantiene eficazmente.*

9.2.2 La organización debe:

- A. *Planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas;*
- B. *Definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;*

- C. *Seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;*
- D. *Asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente;*
- E. *Realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora justificada;*
- F. *Conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.*

La UCI Quirúrgica lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el SGC es conforme con los requisitos propios de la organización y con los requisitos de esta Norma Internacional ISO 9001:2015.

Los coordinadores preparan las planificaciones de las auditorías y realizar el seguimiento de las mismas. Asimismo, mantiene un listado de los informes de no conformidad surgidos de cada auditoría.

Las acciones a realizar se encuentran detalladas en el “PE.13 Procedimiento Estratégico de Auditoría interna” (**anexo 24**).

3. Revisión por la Dirección

1. Generalidades

9.3.1 La alta Dirección debe revisar el SGC de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.

La Jefa de Servicio y responsable del SGC junto con los coordinadores así como otro personal que se pueda requerir, realizará al menos con periodicidad anual, una revisión del funcionamiento del SGC para asegurarse de su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica del servicio, todo ello se recogerá en el “Acta de Revisión por la Dirección”.

2. Entradas de la revisión por la Dirección

9.3.2 La revisión por la Dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:

- A. *El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;*
- B. *Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC;*

C. *La información sobre el desempeño y la eficacia del SGC, incluidas las tendencias relativas a:*

1. *La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;*
2. *El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;*
3. *El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;*
4. *Las no conformidades y acciones correctivas;*
5. *Los resultados de seguimiento y medición;*
6. *Los resultados de las auditorías;*
7. *El desempeño de los proveedores externos;*

D. *La adecuación de los recursos;*

E. *La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades;*

F. *Las oportunidades de mejora.*

La revisión incluye como mínimo los siguientes apartados:

- Revisión de las políticas y procedimientos, incluyendo los procedimientos analíticos, con el fin de verificar si siguen siendo adecuados para el servicio.
- Revisión de plazos de respuesta a usuarios.
- Evaluación de las respuestas del usuario, generalmente resultados de encuestas, la satisfacción del paciente y la retroalimentación de las partes interesadas.
- Las recomendaciones del personal.
- Resultados de auditorías internas.
- Gestión del riesgo.
- Indicadores de calidad: se evalúa los resultados obtenidos y las tendencias de los indicadores medidos a lo largo del año. Asimismo, se planifican los indicadores a medir para el próximo año.
- Desempeño de los proveedores, de los procesos y conformidad de los productos y servicios.
- Valoración, identificación y control de las no conformidades, reclamaciones y acciones de mejora.

- Cambios en el volumen y tipo de trabajo: planificación de los cambios.
- Grado en que se han logrado los objetivos de la calidad.
- Cambios en las cuestiones externas e internas.
- Desempeño de los proveedores externos.
- Objetivos, metas y planes de acción para el año siguiente.
- Otros factores relevantes como actividades de formación del personal.
- Resultados de los procesos de mejora continua.
- Evaluación de la eficacia de las acciones formativas realizadas.
- Análisis de los cambio que podrían afectar al SGC.
- El estado de las acciones de las revisiones por la Dirección previas.
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades.

3. Salidas de la revisión por la dirección

9.3.3 Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con:

- A. *Las oportunidades de mejora;*
- B. *Cualquier necesidad de cambio en el SGC;*
- C. *Las necesidades de recursos.*

La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la Dirección.

Como resultado, la Jefa de Servicio junto con los coordinadores registrarán la revisión del sistema en un informe anual o “Acta de Revisión por la Dirección” indicando los puntos tratados, las conclusiones y las acciones a tomar. Asimismo, se incluirán los objetivos y planes de acción para el año siguiente, pudiendo elaborar un listado que incluya todas las acciones de mejora a realizar.

8. MEJORA

1. Generalidades

10.1 La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente.

Éstas deben incluir:

- A. Mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras;*
- B. Corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;*
- C. Mejorar el desempeño y la eficacia del SGC.*

La implantación y funcionamiento del SGC supone la necesidad de mejorar continuamente. Las fuentes de información para la mejora continua pueden provenir, entre otras, de: la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, de la identificación de riesgos, acciones de mejora o de la revisión por la Dirección, y en general, de toda la información derivada de la aplicación del sistema en el servicio.

Nuestro SGC es capaz de:

- Eliminar, o reducir, las causas reales o potenciales que originan problemas en la calidad.
- Producir mejoras en esas áreas de forma continuada.

Se identifica toda condición o circunstancia puntual o repetitiva que represente un riesgo para una no conformidad real o potencial o una incidencia repetitiva, respecto a los requisitos, especificaciones, normas o procedimientos del SGC y a todo servicio o proceso susceptible de mejora.

2. No conformidad y acción correctiva

10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquier originada por quejas, la organización debe:

A. Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable:

- 1. Tomar acciones para controlarla y corregirla;*
- 2. Hacer frente a las consecuencias;*

B. Evaluar la necesidad para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:

1. *La revisión y el análisis de la no conformidad;*
2. *La determinación de las causas de la no conformidad;*
3. *La determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir;*

C. Implementar cualquier acción necesaria;

D. Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;

E. Si fuera necesaria, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación;

F. Si fuera necesario, hacer cambios al SGC.

Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

10.2.2 La organización debe conservar información documentada como evidencia de:

A. La naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente;

B. Los resultados de cualquier acción correctiva.

La UCI Quirúrgica para asegurar que los productos y servicios que no alcancen sus especificaciones y características aplicables, se identificarán, segregarán y tratarán adecuadamente, evitando su utilización inadecuada en el proceso, elaborando y poniendo en marcha una serie de procedimientos que quedan descritos en el “PE.05 Procedimiento Estratégico de Gestión de las no conformidades y acciones de mejora” donde se describe el sistema que asegura que las no conformidades son identificadas, documentadas, evaluadas y tratadas de manera que sirvan de base para acometer acciones correctivas o de mejora en todo caso.

Este procedimiento se realiza con el fin de:

- Mejorar la sostenibilidad, adecuación y actividad del SGC.
- Tratar eficazmente las reclamaciones de los pacientes, las no conformidades internas y las quejas de los proveedores.
- Reaccionar ante la no conformidad, tomar acciones para controlarla y corregirla y hacer frente a las consecuencias.
- Investigar las causas de las no conformidades y mantener registro de dicha investigación, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte mediante la

revisión de la no conformidad, la determinación de las causas de la misma y la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente podrían ocurrir.

- Evaluar y determinar las acciones correctivas necesarias para eliminar las causas de las no conformidades.
- Aplicar los controles para asegurar la ejecución de las acciones correctoras y comprobar que son eficaces.
- Si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación o hacer cambios en el SGC, tal y como indica la Norma.

3. Mejora continua

10.3 La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.

La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.

La UCI Quirúrgica establece un proceso de mejora continua de la eficacia del SGC de manera que, utilizando los recursos obtenidos por los controles establecidos y con la participación de los responsables de las tareas, se puedan ir tomando acciones preventivas que reduzcan los errores.

Para ello, utiliza herramientas que proporciona el propio sistema como son: la política de calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de los datos, el análisis de los riesgos, las acciones correctivas y de mejora y la revisión por la Dirección.

La Dirección lleva a cabo una selección de los problemas o puntos de mejora que surgen de: los análisis estadísticos, el análisis de los riesgos o de propuestas de los responsables de las distintas áreas. Posteriormente, se confeccionan las acciones de mejora para analizar tales problemas y establecer las correspondientes medidas.

Además, la organización desarrolla y pone en funcionamiento una “Comisión de Calidad” como órgano adjunto a la Dirección y constituido por la participación de los profesionales de la Unidad como instrumento facilitador y controlador del SGC en el proceso de mejora continua de los servicios prestados. Su misión es, además de tomar

acciones para abordar los riesgos y las oportunidades y aprobar acciones de mejora, de colaborar en el desarrollo, mantenimiento y mejora continua del SGC. Todo ello viene recogido en el “PE.04 Procedimiento Estratégico de Comisión de calidad”.

RESULTADOS

Los resultados de la implementación del SGC en la UCI Quirúrgica en base a la Norma ISO 9001:2015 quedan plasmados en el análisis de revisión por la Dirección o “Acta de Revisión por la Dirección” que nos permite evaluar el rendimiento del sistema y los objetivos establecidos.

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN (punto 9.3 de la Norma)
ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
1. El estado de las acciones de las revisiones por la Dirección previas.
2. Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.
3. La información sobre el desempeño y la eficacia del SGC.
1. La satisfacción del paciente y la retroalimentación de las partes interesadas.
2. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad.
3. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.
4. Las no conformidades y acciones correctivas.
5. Los resultados de seguimiento y medición.
6. Los resultados de las auditorías.
7. El desempeño de los proveedores externos.
4. La adecuación de los recursos.
5. La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.
6. Las oportunidades de mejora.
SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
1. Las oportunidades de mejora.
2. Cualquier necesidad de cambio en el SGC.
3. Las necesidades de recursos.

Tabla 4. Esquema de presentación de los resultados de la implementación del SGC

ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN

Al tratarse del primer análisis tras la definición e implementación del SGC, se tienen en consideración los acuerdos de gestión con la Dirección del HGUE en el ejercicio anterior.

Acuerdos de Gestión 2018

UNIDAD FUNCIONAL	CATEGORIA	Código	INDICADORES DE LA UNIDAD FUNCIONAL	PESO	META 2018	COMENTARIOS	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	PUNTOS	
ANESTESIA Y REANIMACION	1. GANANCIA EN SALUD	9	PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA INTERVENIDOS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS	8	48	Maximizar	34,32	42,86	6	
	2. MEJORAR LA ATENCION PRESTADA	21	MINIMIZAR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE ATENCION ESPECIALIZADA	12	30	Minimizar	33	29	12	
		26	MEJORAR LA GESTIÓN DE QUEJAS POR TRATO	7	1	Minimizar	2	0	7	
		27	POTENCIAR LA NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS	7	16	Maximizar	18	63	7	
		22	REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (DM)	12	66	Minimizar	63	76	9	
	3. SOSTENIBILIDAD / EFICIENCIA	36	EVOLUCIÓN DEL IMPORTE DE LAS ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA	7	90%	Minimizar	82,94%	51	7	
		34	EFICIENCIA EN LA SELECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS (UDO)	7	97,50%	Minimizar		95,56%	7	
	4. HOSPITAL	H2	MINIMIZAR LA SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES	10	2,40%	Minimizar	2,36%	1,82%	10	
		H1	RENDIMIENTO DE LOS BLOQUES QUIRÚRGICOS	12	79,00%	Maximizar	79,88%	80,17%	12	
		H3	REALIZACIÓN O REVISIÓN DE PROTOCOLOS ASISTENCIALES Y DE CALIDAD	8	>3	Maximizar	6	8	8	
		H5	EVALUACIÓN POR LA UNIDAD DOCENTE	10	3	Maximizar	2,7	2,7	10	
	TOTAL				100					95

En Elche, Febrero 2019

Fdo: Dra. D^a. Ana Perez Carbonell

 Jefa de Servicio de Anestesiología y Reanimación

Fdo: Dr. D. Carlos J. Rosalbez Arnau

 Gerente del Departamento

Servicios Quirúrgicos HGU Elche

Imagen 7. Acuerdos de Gestión del servicio de Anestesiología y Reanimación con la Dirección

2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS

Dando respuesta a este punto de la Norma se ha realizado el análisis del contexto y las expectativas y necesidades de las partes interesadas, como revisión de aquellas situaciones y cuestiones internas y externas que tienen que ver con el SGC.

La UCI Quirúrgica ha realizado el siguiente análisis mediante la metodología DAFO: valorando las debilidades y fortalezas a nivel interno y las oportunidades y amenazas externas.

FORTALEZAS INTERNAS	DEBILIDADES INTERNAS	OPORTUNIDADES EXTERNAS	AMENAZAS EXTERNAS
Profesionales competentes con experiencia	Presión asistencial	Predisposición desde los equipos directivos para el desarrollo del Sistema de Gestión para la mejora continua	Recortes en recursos que no contemplen la importancia del Sistema de Calidad
Vocación y dedicación	Sistemas de monitorización de gestión clínica deficitarios	Coherencia con las líneas estratégicas de la Consellería en referencia a la calidad asistencial	Competencias de las diferentes especialidades por patología susceptibles de ser tratadas en la UCI Quirúrgica
Formación continuada	No definición de metodología de aseguramiento de los procesos (listas de comprobación)	Aceptabilidad por parte de otros profesionales del Hospital respecto a la normalización de los procesos	Modelo de UCI Quirúrgica definido en el Hospital, no estandarizado en otras organizaciones
Proceso docente (enfermería y medicina)	Incremento del número de pacientes pluripatológicos	Reconocimiento de la eficiencia de los procesos y, por tanto, la optimización de estos	Supresión de los días libres de formación para los profesionales
Cartera de servicios definida	Escasa continuidad asistencial fuera de la UCI Quirúrgica	Seguridad clínica como tema relevante en el Sistema Sanitario	Criterios no definidos en el proceso de selección para la realización de cursos de la EVÉS
Implicación profesional por la mejora continua	Escasa adherencia a la higiene de manos	Colaboración con otras unidades de críticos según necesidades	Aumento de la población en periodo estival
Disposición a cambios que incrementen la seguridad del paciente	Escaso desarrollo de la carrera profesional	Implantación del sistema Orion Clinic® para informatizar la historia clínica	Insuficiente definición de área asignada a nivel organizativo
Rápida respuesta ante picos de demanda asistencial	Informática poco desarrollada	Apoyo por parte de servicios quirúrgicos para desarrollo de nuevos protocolos y vías clínicas	Existencia de otra unidad similar con ubicación geográfica compartida y cercana
Readaptación a los nuevos procesos quirúrgicos	Deficitarios recursos para la prevención de UPP	Posible ampliación de la plantilla de facultativos	Incremento del coste ante actividades más complejas
Valoración clínica del paciente mediante sesiones diarias médicas	Deficiente sistema de plan de renovación de equipos	Proyecto de ampliación del área quirúrgica	Inestabilidad política que condiciona estabilización y ampliación de plantillas de facultativos
Prestigio con los usuarios	Escasa producción en investigación y publicaciones científicas		Oposiciones de enfermería que condiciona inestabilidad laboral y traslados

Especialización en técnicas quirúrgicas concretas	Falta de cultura de seguridad de los profesionales		Población de nuestra área dividida que condiciona menor aporte de recursos por Consellería
	Falta de sistematización de las sesiones clínicas de enfermería		

Tabla 5. Registro de la Matriz DAFO para el análisis del contexto

Respecto al análisis de las expectativas y necesidades de las partes interesadas, la UCI Quirúrgica ha planteado que las partes interesadas sean:

- Pacientes: pacientes y familiares que son atendidos por la UCI Quirúrgica.
- Personal de enfermería: enfermero/as, técnicos/as en cuidados de enfermería y celadores/as que trabajan en la UCI Quirúrgica.
- Anestesiólogos/as: médicos/as anestesiólogos/as que trabajan en la UCI Quirúrgica.
- Directivos/as: Gerencia, Dirección Médica y Dirección de Enfermería del HGUE.
- Proveedores: empresas internas o externas al Hospital que proveen de cierto material específico a la UCI Quirúrgica.
- Otros facultativos/as y enfermería: médicos/as y personal de enfermería que de alguna manera mantienen relación profesional con la UCI Quirúrgica.

Los resultados de este análisis de las expectativas y necesidades de las partes interesadas ha sido:

- Los pacientes esperan:
 - Tener una atención de calidad, adecuada a las necesidades de recuperación de la enfermedad.
 - Expresan la necesidad de ser atendidos en un lenguaje sencillo y sin tecnicismos que les haga comprender la realidad de su situación.
 - Los familiares desean pasar más tiempo con el paciente.
- El personal de Enfermería espera:
 - Contar con un medio adaptado en cuanto a estructura y recursos que faciliten la asistencia al paciente crítico.

- Refieren la necesidad de una formación continuada que dé mayor seguridad a los profesionales de forma que les permita adaptarse a los continuos cambios que el avance de la ciencia genera en estos servicios.
- Poder dar un servicio de calidad con un mayor control de los eventos adversos y con cuidados basados en la humanización.
- Los Anestesiólogos/as esperan:
 - Ofrecer un servicio de calidad que cubra las necesidades y expectativas de sus pacientes y familiares.
 - Necesitan que la plantilla de profesionales, médicos/as y personal de enfermería, sea lo más estable posible con el fin de tener un personal formado y con experiencia en el servicio.
 - Expresan la necesidad de formación y actualización continuas.
 - Refieren la necesidad de tener un aparataje actualizado y revisado con el fin de trabajar con la máxima seguridad posible ya que la UCI Quirúrgica es un servicio muy tecnificado.
- Los proveedores esperan:
 - Poder entregar todo el material solicitado en los tiempos estipulados, siendo éstos correctos desde un primer momento, no generando demoras o equivocaciones que supongan un impedimento para el correcto funcionamiento de la Unidad.
- La Dirección espera:
 - Que la UCI Quirúrgica sea un servicio que se adapte a las necesidades de los pacientes y profesionales obteniendo buenos resultados de la asistencia presentada.
 - Tener mayor control sobre todos los procesos realizados en la Unidad con el fin de controlar sus riesgos.
 - Humanización de los cuidados prestados al tratarse de un servicio muy tecnificado.
- Otros médicos/as y enfermería esperan:
 - La máxima colaboración cuando así lo precisen para desarrollar su labor dentro de la misma organización.
 - Mantener una relación y comunicación fluidas que facilite la colaboración interdisciplinar.

3. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SGC

1. Satisfacción del paciente y las partes interesadas

Se ha considerado la opinión y nivel de satisfacción del paciente y familiares como eje de trabajo prioritario. Se han revisado dos ámbitos en este sentido: análisis de la satisfacción de pacientes y familiares a partir de un cuestionario realizado al alta del paciente (**anexo 25**), y análisis de las quejas, reclamaciones y agradecimientos del SAIP.

RESULTADOS CUESTIONARIO SATISFACCIÓN DEL PACIENTE AL ALTA

Se han recogido un total de 48 cuestionarios de satisfacción.

		1. ¿Cómo valora la acogida y recepción en la UCI Quirúrgica?	2. ¿Cómo está de satisfecho con la confortabilidad de las instalaciones y equipamientos?	3. ¿Cómo considera la atención y el trato recibidos por parte de la enfermería?	4. ¿Cómo considera la atención y el trato recibidos por parte de los técnicos en cuidados de enfermería?	5. ¿Cómo considera la atención y el trato recibidos por parte de los médicos?	6. ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los celadores?	7. ¿Cómo valora la comunicación e información recibida sobre su tratamiento?	8. ¿Se ha sentido usted seguro en la Unidad?	9. ¿Cómo valora la posibilidad de acompañamiento continuo de sus familiares?	10. ¿Cómo valora en general su estancia en la UCI Quirúrgica?
Paciente	m	9,33	9,33	9,67	9,67	9,67	9,67	9,67	9,67	9,33	9,5
	DE	1,033	0,816	0,816	0,816	0,816	0,816	0,186	0,816	1,033	0,837
Familiar	m	9,89	9,56	9,89	9,89	9,89	9,67	9,44	9,89	9,22	9,78
	DE	0,33	1,104	0,333	0,333	0,333	0,500	0,726	0,333	1,394	0,441
Total n=15	m	9,67	9,47	9,80	9,80	9,80	9,67	9,53	9,80	9,27	9,67
	DE	0,724	0,915	0,561	0,561	0,561	0,617	0,743	0,561	1,223	0,617

Tabla 6. Análisis general Cuestionario de Satisfacción del Paciente al Alta

RESULTADOS DE LAS QUEJAS, RECLAMACIONES Y AGRADECIMIENTOS

Respecto a los resultados del SAIP del HGUE en relación a la UCI Quirúrgica durante el año 2018 tuvo un total de 52 registros.

Servicio de Atención al Paciente (SAIP)		
3-Gestión de casos		3
144-Descuido en la atención sanitaria		2
123-Retraso o no entrega de inf. clínicos o copia de la Hª Clínica (resultados, analíticas o pruebas)		1
5-Sugerencia		8
073-Comunicación telefónica intracentro		1
083-Habitabilidad de instalación (confortabilidad)		3

102-Falta de intimidad debida a las instalaciones	1
115-Disconformidad con normas internas de organización (intracentro)	3
7-Agradecimiento escrito	41
TOTAL	52

Tabla 7. Registros SAIP por tipo de gestión y motivo

Las gestiones con el servicio se han realizado mayoritariamente por:

- Problemas de comunicación percibida por los familiares con los facultativos.
- Falta de información respecto a alternativas de tratamiento quirúrgico.

Para la valoración de la satisfacción de los profesionales con su puesto de trabajo y el entorno laboral que integra la UCI Quirúrgica se ha utilizado una encuesta (**anexo 26**).

RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Se han obtenido un total de 48 cuestionarios de un total de 50 profesionales.

		1. Carga de trabajo y presión para desempeñarlo	2. Confortabilidad del puesto de trabajo	3. Seguridad en el puesto de trabajo	4. Relación con los compañeros	5. Apoyo del jefe de servicio / Unidad	6. Reconocimiento de mi esfuerzo	7. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	8. Mis propuestas son escuchadas	9. Recibo información para el desarrollo de mi trabajo	10. Recibo información de los resultados obtenidos	11. Repercusión de mi trabajo en la calidad del servicio	12. Facilidad para la formación (asistencia a cursos, congresos, etc.)	13. Valoración general del entorno laboral y satisfacción con el puesto de trabajo
Facultativo n=20	m	7,55	7,55	7,85	8,55	8,4	7,4	8,15	7,60	7,60	7,25	7,75	6,70	7,45
	DE	1,638	1,849	1,496	0,999	1,095	1,903	2,033	1,818	0,995	2,173	1,585	2,697	1,037
Enfermería n=15	m	5,33	4,4	5,20	8,40	7,57	4,67	6,27	5,67	6,13	5,60	7,33	3,47	5,87
	DE	2,895	2,530	2,007	1,595	1,989	2,380	2,492	2,820	2,900	3,180	1,877	2,588	2,326
TCAE n=13	m	4,69	5,62	5,15	6,54	8,54	3,85	5,38	3,62	5,85	4,15	6,15	2,92	6,4
	DE	3,25	2,844	2,703	2,665	1,713	2,911	3,404	3,355	2,478	2,410	2,544	2,314	1,776
Total n=48	m	6,08	6,04	6,29	7,96	8,19	5,58	6,81	6,67	6,67	5,90	7,19	4,70	6,69
	DE	2,812	2,689	2,396	1,935	1,597	2,797	2,811	3,045	2,263	2,838	2,039	3,064	1,829

Tabla 8. Análisis general Cuestionario de Satisfacción de los Profesionales

TABLA ANOVA			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1. Carga de trabajo y presión para desempeñarlo	Intergrupos	(combinadas)	76,614	2	38,307	5,842	0,006
	Intragrupos		295,053	45	6,557		
	Total		371,667	47			
2. Confortabilidad del puesto de trabajo	Intergrupos	(combinadas)	88,290	2	44,145	7,895	0,001
	Intragrupos		251,627	45	5,592		
	Total		339,917	47			
3. Seguridad en el puesto de trabajo	Intergrupos	(combinadas)	83,275	2	41,637	10,039	0,0001
	Intragrupos		186,642	45	4,148		
	Total		269,917	47			
4. Relación con los compañeros	Intergrupos	(combinadas)	36,136	2	18,068	5,817	0,006
	Intragrupos		139,781	45	3,106		
	Total		175,917	47			
5. Apoyo del jefe de servicio / Unidad	Intergrupos	(combinadas)	7,817	2	3,909	1,571	0,219
	Intragrupos		109,459	44	2,488		
	Total		117,277	46			
6. Reconocimiento de mi esfuerzo	Intergrupos	(combinadas)	117,841	2	33,376	4,931	0,0001
	Intragrupos		249,826	45	6,768		
	Total		367,667	47			
7. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	Intergrupos	(combinadas)	66,752	2	33,376	4,931	0,012
	Intragrupos		304,560	45	6,817		
	Total		371,313	47			
8. Mis propuestas son escuchadas	Intergrupos	(combinadas)	126,456	2	63,228	9,202	0,0001
	Intragrupos		309,201	45	6,871		
	Total		435,667	47			
9. Recibo información para el desarrollo de mi trabajo	Intergrupos	(combinadas)	30,441	2	15,221	3,258	0,048
	Intragrupos		210,226	45	4,672		
	Total		240,667	47			
10. Recibo información de los resultados obtenidos	Intergrupos	(combinadas)	77,437	2	38,718	5,788	0,006
	Intragrupos		301,042	45	6,690		
	Total		378,479	47			
11. Repercusión de mi trabajo en la calidad del	Intergrupos	(combinadas)	20,537	2	10,268	2,644	0,082
	Intragrupos		174,776	45	3,884		

servicio	Total		195,313	47			
12. Facilidad para la formación para la formación (asistencia a cursos, congresos, etc.)	Intergrupos	(combinadas)	140,980	2	70,490	10,664	0,0001
	Intragrupos		290,850	44	6,610		
	Total		431,830	46			
13. Valoración general del entorno laboral y satisfacción con el puesto de trabajo	Intergrupos	(combinadas)	22,678	2	11,339	3,823	0,003
	Intragrupos		124,558	42	2,966		
	Total		147,237	44			

Tabla 9. Análisis estadístico Cuestionario de Satisfacción de los Profesionales

2. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad

Se hace referencia a los objetivos que se han planteado en la definición y despliegue del SGC y al nivel de cumplimiento de los mismos:

OBJETIVO 1

R-001 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción							
Objetivo 1.1 2018: Aumentar la accesibilidad de los familiares con horarios más amplios							
Responsable: Jefa de Servicio							
Observaciones: Objetivo ligado a la estrategia de satisfacción del paciente y humanización							
Acciones a desarrollar	Responsable	Personas Implicadas	Recursos Necesarios	Cronograma / Secuencia	Indicadores	Fuente de Datos	Observaciones
Constitución de un grupo de mejora de humanización	Comisión de Calidad		Disponibilidad temporal	oct-17	Constitución del grupo de mejora	Acta Comisión de Calidad	Equipo de mejora formado por: Jaime Miralles, Beatriz Martínez, Concepción Martínez y Masun Antón
Revisión de bibliografía relacionada			Acceso a repositorios, bases documentales	oct-17-nov-17	Evidencias recogidas	Literatura	Documentos revisados: Proyecto MHUAC (Humaniza Más las Unidades de Atención Crítica, de GVA), Plan Humanización Comunidad de Madrid, Manual-Buenas-Practicas-HUCI, libro-comunicaciones-4JHUCI, Humanización-UCI-Povisa
Consenso sobre el documento final	Equipo de mejora de humanización	Profesionales del servicio	Disponibilidad temporal	dic-17-ene-18	Documento realizado	Acta Comisión de Calidad 19/12/17	Consenso de medidas según su aplicabilidad en UCIQ: Siguiendo 8 líneas estratégicas (siendo una de ellas la ampliación de horarios de acceso a familiares). Se expone y realiza un feed-back con el personal de la Unidad. Se elabora un borrador del Procedimiento Estratégico de Humanización de los Cuidados en la UCI-Q.

Aprobación				ene-18	Aprobado PE.12 Humanización (anexo 27)	Acta Comisión de Calidad 15/01/18	Aprobación del documento final del PE.12 Humanización de los cuidados por la Comisión de Calidad.
Puesta en marcha de los horarios ampliados		Silla familiar, Hoja informativa		feb-18	Cumplimentación de RI-001 Registro Acompañamiento Familiar	RI-001 Registro Acompañamiento Familiar archivados	Buena acogida por parte de profesionales y pacientes, obtenido de datos subjetivos tras un año de implantación. No se han registrado incidencias en las hojas de acompañamiento familiar.
Valoración consecución de objetivo		Disponibilidad temporal		2018	Indicador N° 133 de la SEMICYUC: existencia de horario extendido de visitas	Documento PE.12 Humanización de los cuidados	Cumplimiento: 100% ó SI

OBJETIVO 2

R-001 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción							
Objetivo 1.2 2018: Estandarización de los boxes de la UCI Quirúrgica							
Responsable: Supervisora de la Unidad							
Acciones a desarrollar	Responsable	Personas Implicadas	Recursos Necesarios	Cronograma / Secuencia	Indicadores	Fuente de Datos	Observaciones
Consenso de los profesionales respecto al contenido del box	Comisión de calidad	Profesionales del servicio	Disponibilidad temporal	1 mes	RI-002 Check-list equipamiento box (anexo 28)	Acta Comisión de Calidad 18/12/2018	DI-004 Equipamiento de un box (anexo 29)
Solicitud en Orion Logic® a mantenimiento para el cambio de lado de los monitores en boxes	Supervisora		Servicio de mantenimiento	2 semanas			Cumplimiento: 100%

OBJETIVO 3

R-001 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción							
Objetivo 1.3 2018: Sistematizar los diferentes procesos clave							
Responsable: Jefa de Servicio							
Observaciones: La sistematización y estandarización de los procesos deberá documentarse							
Acciones a desarrollar	Responsable	Personas Implicadas	Recursos Necesarios	Cronograma / Secuencia	Indicadores	Fuente de Datos	Observaciones
Constitución de un grupo de trabajo	Coordinadores de calidad	Profesionales del servicio	Disponibilidad temporal	oct-17	Constitución	Acta Comisión de Calidad 18/12/2018	Se identifican 7 procesos clave
Identificación y reparto de los procesos a sistematizar				oct-17	N° de procesos definidos		Se definen en el mapa de procesos de la UCI-Q

Tiempo de trabajo para el desarrollo de los procesos	Responsables de cada proceso		Acceso a repositorios, bases documentales	12 meses	% de procesos trabajados	Procedimientos	Se trabaja durante 12 meses en la elaboración y actualización de protocolos básicos
Revisión	Coordinadores de calidad		Disponibilidad temporal	jun-oct-18			Lectura y firma de los coordinadores de calidad
Aprobación	Jefa de Servicio	Comisión calidad		jun-nov-18			Lectura y firma de la Jefa de Servicio

OBJETIVO 4

R-001 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción							
Objetivo 1.4 2018: Definir y desarrollar las sesiones clínicas de Enfermería							
Responsable: Masun Antón							
Acciones a desarrollar	Responsable	Personas Implicadas	Recursos Necesarios	Cronograma / Secuencia	Indicadores	Fuente de Datos	Observaciones
Realización de un informe para explicitar la necesidad de sesiones clínicas de Enfermería en la UCI Quirúrgica	Coordinadora de calidad	Profesionales del servicio	Disponibilidad temporal	may-18	DI-035 Listado de sesiones clínicas y bibliográficas ENF/TCAE (anexo 30)	Fuentes documentales	Se presenta el informe de necesidad de sesiones clínicas de enfermería a la Dirección de enfermería del Hospital
Preparación de la planificación para 3 meses			Literatura, repositorio documental	oct-17		Fuentes documentales y cronograma	DI-035 Listado de sesiones clínicas y bibliográficas ENF/TCAE
Presentación a la Dirección del modelo de sesiones y planificación			Dirección enfermería	07/11/2017		Documento: registro de la actividad y firma de asistentes	Se han seleccionado los temas según los cambios en procedimientos y las necesidades formativas del equipo de enfermería
Aprobación por Dirección	nov-17						
Inicio de las sesiones clínicas	Coordinadora de calidad		Disponibilidad temporal	24/11/2017		Continuidad en las sesiones	A diciembre de 2018, se han realizado 15 sesiones clínicas con una asistencia media del 40%
Valoración consecución de objetivo			ene-19				

OBJETIVO 5

R-001 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción							
Objetivo 1.5 2018: Estandarización de los carros de curas y carro de técnicas							
Responsable: TCAE de la Comisión de Calidad							
Acciones a desarrollar	Responsable	Personas Implicadas	Recursos Necesarios	Cronograma / Secuencia	Indicadores	Fuente de Datos	Observaciones
Realización de unificar los carros de curas y el de técnicas	Supervisora	TCAE del servicio	Disponibilidad temporal	may-18		Acta de la reunión	Se presenta en la reunión la necesidad de estandarizar los 3 carros de curas y el carro de técnicas
Formación de un grupo de trabajo			Literatura, repositorio documental	jun-18		Fuentes documentales y cronograma	

Elaboración del documento del material estandarizado de los carros de curas y el de técnicas	TCAE Comisión de Calidad	Profesionales del servicio	Disponibilidad temporal	01/06/2018		DI-020 Carro de curas (anexo 31) DI-019 Carro de técnicas (anexo 32)
--	-----------------------------	----------------------------	-------------------------	------------	--	--

OBJETIVO 6

R-001 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción

Objetivo 1.6 2018: Protocolización del manejo del shock séptico de origen intraabdominal

Responsable: María Mercader Alarcón

Acciones a desarrollar	Responsable	Personas Implicadas	Recursos Necesarios	Cronograma / Secuencia	Indicadores	Fuente de Datos	
Revisión bibliográfica del manejo del shock séptico de origen intraabdominal	María Mercader	Facultativos	Disponibilidad temporal	sep-17		Internet. Revistas científicas. Máster de enfermedades infecciosas en el paciente crítico de la Universidad de Valencia	
Realización del protocolo de manejo del shock séptico de origen intraabdominal				oct-17			
Divulgación del nuevo protocolo			Sala de sesiones. Proyector. Disponibilidad temporal	nov-17			
Realización y colocación de póster			Póster. Impresora. Plastificación del póster				
Realización del protocolo de desescalamiento antibiótico			Disponibilidad temporal	sep-17			Internet. Revistas científicas. Máster de enfermedades infecciosas en el paciente crítico de la Universidad de Valencia
Divulgación dle protocolo de desescalamiento antibiótico			Sala de sesiones. Proyector. Disponibilidad temporal	oct-17			

OBJETIVO 7

R-001 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción

Objetivo 1.7 2018: Protocolización de la sistemática de seguimiento de los pacientes en la UCI-Q

Responsable: Jaime Miralles Sancho

Acciones a desarrollar	Responsable	Personas Implicadas	Recursos Necesarios	Cronograma / Secuencia	Indicadores	Fuente de Datos
Revisión bibliográfica de la sistemática de seguimiento de los pacientes	Jaime Miralles	Facultativos de la Unidad	Disponibilidad temporal	oct-17		Internet. Surgical Intensive Care Unit (libro). The ICU book (libro). Evidence Based Critical Care (libro)
Revisión de los aspectos específicos de nuestra Unidad		Ana Pérez Carbonell. Francisco Martínez Peñuela. María Mercader Alarcón	Disponibilidad temporal. Sala de sesiones	nov-17		
Establecimiento de la sistemática de seguimiento como proceso clave	Comisión de calidad	Todo el servicio	Disponibilidad temporal	oct-17	Acta de la reunión	
Realización del proceso clave de seguimiento	Jaime Miralles			ene-mar-17	Todos los indicadores del proceso clave	Internet. Surgical Intensive Care Unit (libro). The ICU book (libro). Evidence Based Critical Care (libro)
Realización del Check-list de seguimiento				Facultativos	abr-17	RI-017 Check-list de Seguimiento (anexo 33)

3. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios

El SGC acorde a las directrices de la Norma ISO 9001:2015 ha seguido el referente de la gestión por procesos, identificando desde su núcleo estratégico de misión, visión y valores los diferentes procesos implicados y su interrelación plasmado en el “Mapa de Procesos”. A partir del mismo se han desarrollado los documentos necesarios para describir el funcionamiento de la Unidad tanto a nivel operativo mediante los procesos clave como en lo que se refiere a procedimientos de tipo estratégico o de soporte.

PROCEDIMIENTOS CLAVE	
PC.01	Ingreso y valoración inicial del paciente
PC.02	Estabilización del paciente
PC.03	Seguimiento del paciente
PC.04	Pruebas complementarias del paciente
PC.05	Interconsultas interdisciplinarias
PC.06	Traslados del paciente
PC.07	Alta del paciente

PROCEDIMIENTOS ESTRATÉGICOS	
PE.01	Análisis del contexto, partes interesadas y marco estratégico
PE.02	Definición de objetivos y planes de acción
PE.03	Gestión de la información documentada
PE.04	Comisión de Calidad
PE.05	Gestión de las no conformidades y acciones de mejora
PE.06	Gestión de riesgos y oportunidades
PE.07	Gestión de comunicación interna y externa
PE.08	Satisfacción de los pacientes
PE.09	Satisfacción de los profesionales
PE.10	Gestión de competencias y formación de los profesionales
PE.11	Seguimiento, medición, análisis y evaluación
PE.12	Humanización
PE.13	Auditoría interna
PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE	
PS.01	Gestión de compras
PS.02	Logística y almacén
PS.03	Gestión de equipos
PS.04	Gestión de limpieza
PS.05	Gestión de residuos

Tabla 10. Procedimientos clave, estratégicos y de soporte del SGC de la UCI Quirúrgica

Los procesos clave además de ser descritos por los procedimientos generales del servicio u operativos se complementan con un número elevado de protocolos, tanto médicos como de enfermería buscando la normalización y estandarización del proceso asistencial.

PROCOLOS MÉDICOS	
PRO-001.02	Protocolo de manejo perioperatorio de la sepsis I. Resucitación inicial del shock séptico de origen intraabdominal
PRO-002.02	Protocolo de manejo perioperatorio de la sepsis II. Desescalamiento antibiótico
PRO-003.02	Protocolo del soporte del donante en muerte cerebral
PRO-003.03	Protocolo reanimación cardiopulmonar
PRO-004.02	Protocolo de cuidados postoperatorios en la cirugía de citorreducción + HIPEC
PRO-005.02	Protocolo de atención al postoperatorio de cirugía mayor abdominal
PRO-005.03	Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico y muerte digna
PRO-006.02	Protocolo de manejo ventilatorio en el distrés respiratorio agudo
PRO-007.02	Protocolo de manejo de la preeclampsia y la eclampsia
PRO-008.02	Protocolo de manejo de la vía aérea
PRO-009.02	Protocolo de manejo del politraumatizado grave
PRO-010.02	Protocolo de atención postoperatoria del paciente neuroquirúrgico
PRO-011.02	Protocolo de manejo de la neumonía asociada al ventilador
PRO-012.02	Protocolo de manejo de la sedación
PRO-013.02	Protocolo de manejo del traumatismo craneoencefálico
PRO-014.02	Protocolo de manejo perioperatorio de la sepsis III. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por microorganismos multirresistentes
PRO-015.02	Procedimiento quirúrgico cirugía de citorreducción + HIPEC
PRO-016.02	Procedimiento quirúrgico de cirugía bariátrica
PRO-017.02	Procedimiento quirúrgico de cirugía colorrectal
PRO-018.02	Procedimiento quirúrgico de cirugía esofágica
PRO-019.02	Procedimiento quirúrgico de cirugía de estómago
PRO-020.02	Procedimiento quirúrgico de hepática
PRO-021.02	Procedimiento quirúrgico de cirugía pancreática
PRO-022.02	Procedimiento médico-quirúrgico preeclampsia/eclampsia
PRO-023.02	Protocolo de terapia de reemplazo renal continua
PRO-024.02	Procedimiento quirúrgico cirugía transesfenoidal vía endonasal

PRO-025.02	Procedimiento quirúrgico tumores cerebrales
PRO-026.02	Protocolo de manejo clínico de COVID 19 en la UCIQ
PRO-027.02	Protocolo de manejo perioperatorio de la sepsis IV. Manejo de la sepsis urinaria.
PROCOLOS DE ENFERMERÍA/TCAE	
PRO-001.01	Protocolo de cumplimentación de la gráfica de cuidados de enfermería
PRO-001.03	Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica
PRO-002.01	Protocolo de prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Neumonía Zero
PRO-002.03	Protocolo de aislamiento
PRO-003.01	Protocolo de desconexión de la ventilación mecánica
PRO-004.01	Protocolo de colocación y manejo del drenaje torácico
PRO-005.01	Protocolo de cuidados de enfermería en las técnicas de reemplazo renal
PRO-006.01	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente traqueostomizado conectado a ventilación mecánica
PRO-007.01	Protocolo de cuidados de enfermería al postoperatorio de cirugía vascular
PRO-008.01	Protocolo de enfermería para la realización de bloqueos de nervios periféricos
PRO-009.01	Protocolo de manejo de la sedoanalgesia
PRO-010.01	Protocolo de enfermería y auxiliares de intubación orotraqueal
PRO-011.01	Protocolo de inserción y mantenimiento de vías centrales. Bacteriemia Zero
PRO-012.01	Protocolo de prevención y tratamiento de heridas crónicas y úlceras
PRO-013.01	Protocolo de funciones de la auxiliar de enfermería
PRO-014.01	Protocolo de manejo de la nutrición enteral
PRO-015.01	Protocolo de manejo de heridas del paciente posquirúrgico abdominal
PRO-016.01	Protocolo de manejo ventilador de transporte
PRO-017.01	Protocolo de manejo del drenaje ventricular externo
PRO-018.01	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente postoperado en URPA
PRO-022.01	Protocolo de administración de fármacos
PRO-024.01	Protocolo de organización del carro de curas
PRO-025.01	Protocolo de organización del carro de técnicas

PRO-026.01	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente con trasplante renal
PRO-027.01	Protocolo riesgos en el puerperio: hemorragia posparto, atonía uterina y cesárea
PRO-028.01	Protocolo de actuación y manejo de embarazadas con estados hipertensivos graves: preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP

Tabla 11. Protocolos médicos y de enfermería/TCAE de la UCI Quirúrgica

El control de la comunicación que requieren los procesos se ha llevado a cabo a través del registro asociado al “PE.07 Procedimiento Estratégico de Gestión de comunicación interna y externa”.

R-001 PE.07 Registro de Comunicación Interna y Externa					
Definición de los contenidos de gestión de la comunicación del SGC					
	QUÉ	CUÁNDO	A QUIÉN	CÓMO	QUIÉN
Valoración	Solicitar valoración URGENTE de un paciente por parte de un servicio con guardia FÍSICA en el Hospital: Cirugía, Ginecología, Traumatología, Neurología, Nefrología, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias, UCI médica	En cualquier momento	Al servicio que se considere en función de la patología del paciente	BUSCAS CORPORATIVOS: Cirugía 489004/489005; Ginecología 441200/441281; Traumatología 489020/489021; Neurología 489053; Nefrología 489014; Medicina Interna 489012/489013; UCAMI 489071; Pediatría 489015/489017/489059; UCI 489000/489079; Jefe Guardia 445794	Facultativo responsable del paciente
	Solicitar valoración URGENTE de un paciente por parte de servicios con guardia LOCALIZADA: Cirugía Vasculard, Neurocirugía, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología	En cualquier momento	Al servicio que se considere en función de la patología del paciente	Llamando a centralita (616900) y solicitando que se contacte al facultativo de guardia de la especialidad requerida	Facultativo responsable del paciente
	Solicitar valoración NO URGENTE por parte de cualquier servicio del Hospital	En cualquier momento	Al servicio que se considere en función de la patología del paciente	A través de interconsulta en Orion Clinic®	Facultativo responsable del paciente
	Solicitud de prueba radiológica URGENTE	En cualquier momento	A Radiología	Cumplimentar la solicitud a través de Orion Clinic® + busca corporativo de Radiología de guardia (441239)	Facultativo responsable del paciente
	Solicitar citación de TAC programado	De 8 a 12h	Al administrativo del servicio de Radiología	Entregando solicitud impresa de prueba radiológica (TAC)	TCAE responsable del paciente
	Valoración de enfermería del paciente al ingreso	Al ingreso del paciente	Facultativo y enfermería cargo del paciente	Registrando en la gráfica de enfermería la valoración completa, cuidados, actividades realizadas y pendientes, y plan de cuidados	Enfermería responsable del paciente
	Seguimiento de cuidados de enfermería del paciente	Continuo	Facultativo y enfermería cargo del paciente	Registrando en gráfica la clinimetría, plan de cuidados con evaluación y relevo de enfermería, según protocolo	Enfermería responsable del paciente
	Notificar el alta a planta del paciente	Cuando sea necesario	Al servicio a cargo del paciente	A través de su busca corporativo o a través de centralita (616900)	Facultativo responsable del paciente
	Solicitar cama en planta al alta del paciente	En cualquier momento	Al servicio de Admisión / Supervisor de guardia	Lunes a viernes de 8-15h / Tardes, Noches y Festivos	Supervisora de UCI-Q
	Solicitar ambulancia de traslado	Cuando sea necesario	Al Centro de Información y Coordinación de Urgencias (CICU)	Llamando al 112	Facultativo responsable del paciente

Traslados	Solicitar traslado de paciente a servicio externo	Cuando sea necesario	Al servicio de destino del paciente	Llamando a Centralita (616900) y solicitando que se contacte al hospital y servicio de destino	Facultativo responsable del paciente
	Realizar alta de enfermería para traslado extrahospitalario del paciente	Cuando se confirme traslado	Al personal de enfermería SAMU y hospital receptor del paciente	De forma oral según el método IDEAS y escrita según protocolo de ALTA al traslado extrahospitalario	Enfermería responsable del paciente
	Comunicarse con UCI del Hospital Vinalopó para trasladar al paciente	Cuando sea necesario	Al servicio de UCI del Hospital Vinalopó	A través de su centralita (966679800) o a través del teléfono directo (966679867)	Facultativo responsable del paciente
Familiares	Información de Humanización y horarios de visita	Al ingreso	A los familiares del paciente	De forma oral y entregando el DI-002 Hoja Información Familiares (anexo 34)	TCAE responsable del paciente
	Evolución médica diaria	A las 13:30h	A los familiares del paciente	De forma oral	Facultativo responsable del paciente
	Evolución de enfermería diaria	En cualquier momento	Al paciente y sus familiares	De forma oral	Enfermería responsable del paciente
	Formación de familiares en la participación en cuidados al paciente	De 17h a 19,30h	Al paciente y familiar cuidador principal	Educación sanitaria en cuidados post-UCI: higiene, alimentación, fisioterapia y rehabilitación	Enfermería responsable del paciente
	Contactar con la familia de forma urgente	Cuando sea necesario	A los familiares del paciente	De forma telefónica a través del teléfono registrado como cuidador principal en Orion Clinic®	Facultativo responsable del paciente
Clínicos	Pase de guardia facultativos	de 8,15 a 9h	A Jefe de Sección, Jefa de Servicio y facultativos asignados a la Unidad	De forma oral y a través del RI-061 Pase de guardia UCI-Q	Facultativos y MIR asignados a la Unidad
	Pase de guardia facultativos, enfermería, TCAE en UCI-Q	de 9h a 9,30h	Al personal asignado a la UCI-Q durante la mañana	De forma oral en el control de enfermería	Discusión multidisciplinar sobre la evolución del paciente
	Pase de guardia facultativos, enfermería, TCAE en UCI-Q	de 23h a 23:30h	Facultativo de guardia con enfermería del turno de noche	De forma oral en el control de enfermería: repasar plan con cada paciente y posibles dudas de tratamiento	Discusión multidisciplinar sobre la evolución del paciente
	Relevos de enfermería	De 7,45h a 8,00h De 19,45h a 20,00h	Enfermería entrante	De forma oral y escrita en la gráfica de enfermería según protocolo	Enfermería saliente
	Relevos de TCAE	De 7,45h a 8,00h De 19,45h a 20,00h	TCAE entrante	De forma oral y escrita en RI-003 Check-list box y acompañamiento familiar	TCAE saliente
	Cambios clínicos en el estado del paciente	Cuando sucedan	Al facultativo de guardia	De forma oral o a través del busca 489001	Enfermería responsable del paciente
	Plan diario de atención clínica al paciente	De 8h a 9,30h	Facultativo y enfermería responsables del paciente	Puesta en común del estado del paciente en las últimas 24h y acciones propuestas para el día	Facultativo y enfermería responsables del paciente
	Cambios diarios en el tratamiento	Al finalizar el nuevo tratamiento: De 8h a 15h	A la enfermería a cargo del paciente	De forma oral e imprimiendo la hoja de tratamiento	Facultativo responsable del paciente
	Cambios en el tratamiento durante la guardia	Cuando precisen	A la enfermería a cargo	De forma oral y escribiendo en la hoja de tratamiento	Facultativo responsable del paciente
	Plan diario de atención de equipos de enfermería	Continuo	TCAE a cargo del paciente	De forma oral, consensuar y programar cuidados: higiene, curas, traslados, etc.	Enfermería y TCAE responsables del paciente
	Solicitud de transfusión	Cuando se precise	Al servicio de Banco de Sangre	Solicitud de transfusión a través de programa de banco de sangre en Orion Clinic®	Facultativo responsable del paciente
	Solicitud de Radiografía de Tórax	Cuando se precise	Al servicio de Radiodiagnóstico	A través del teléfono 616956	TCAE responsable del paciente

Solicitud de traqueostomía para un paciente	De lunes a viernes de 8h a 13h	A supervisión de quirófano	Hacer llegar Interconsulta escrita en Orion Clinic® (Solicitudes) y consentimiento informado de la técnica firmado	Facultativo responsable del paciente
		Al servicio de Otorrinolaringología	Solicitud vía telefónica a través de centralita (616900)	El médico responsable del paciente
Solicitud de faltas de farmacia	Cuando precisen	Al servicio de Farmacia / Unidosis	Cumplimentar la solicitud de fármacos y enviarlo a Unidosis por el tubo neumático	Enfermería y TCAE responsables del paciente
Solicitud de PCR SARS-CoV-2 rápida (urgente)	Cuando se precise	Al servicio de Microbiología	Cumplimentar la solicitud a través de Orion Clinic® en GestLab® + llamar a 6161122; 616121; 453373; 616188; 616131; busca guardia: 489047	Facultativo responsable del paciente

4. Las no conformidades y acciones correctivas

Se han identificado 46 situaciones de incidencias a través del “R-002 PE.05 Informe de Incidencias, Detección de Problemas y Oportunidades” (**anexo 35**) y otras que han sido catalogadas de no conformidades y han conllevado a acciones correctivas a través del “R-004 PE.05 Registro de No Conformidad y Acción Correctiva” (**anexo 36**).

R-001 PE.05 Registro General de Incidencias, No Conformidades y Acciones de Mejora											
Nº	Fecha	Escrita por ...	Genera NC	Nº NC Y AC	Fecha	Genera AM	Nº AM	Fecha Apertura	Fecha Cierre	Resultado	Observaciones
1	2/1/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-001	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos. Check-list horario de nivel de drenaje ventricular.	Estandarizado tratamiento analgésico en programa Orion® pauta de Cloruro Mórfico en PC.
2	3/1/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-002	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Estandarizado tratamiento (macros) en apartado evolutivo diario, informe de ingreso y alta en programa Orion®.
3	28/1/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-002	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Asociado a AM-002
4	28/1/18	Facultativo	SI	NC-015	11/2/19	SI	AM-001	30/1/19	1/3/19	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Asociado a NC-015
5	31/1/18	Enfermería	NO	...	...	SI	AM-004	30/1/19	27/1/20	Elaboración Check-list de seguimiento y en ejecución. Inclusión de un ítem para comprobación de Check-list.	Asociado a AM-004
6	2/2/18	Facultativo - Esteve	NO	...	...	NO	...	...	28/2/18	...	Informado servicio de informática de los servidores administrados por Conselleria.

7	2/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	27/1/20	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución. Desarrollo de protocolo de SCA.	Registro de transcripción de enfermería actualizado. Desarrollados procedimientos médicos de ingreso en paciente de cirugía abdominal.
8	2/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-004	30/1/19	27/1/20	Elaboración Check-list de seguimiento y en ejecución. Inclusión de un ítem para comprobación de Check-list.	Estandarizado tratamiento (macros) en apartado evolutivo diario, informe de ingreso y alta en programa Orion®.
9	2/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-001	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Asociado a AM-001
10	5/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-001	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Asociado a AM-001
11	6/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
12	6/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-005	30/1/19	6/2/19	Estandarización del manejo del drenaje torácico.	Realizado PRO-004.01 Protocolo de colocación y manejo del drenaje torácico
13	7/2/18	Enfermería	NO	...	...	SI	AM-004	30/1/19	27/1/20	Elaboración Check-list de seguimiento y en ejecución. Inclusión de un ítem para comprobación de Check-list.	Asociado a AM-004
14	8/2/18	Facultativo	SI	NC-009	30/1/19	SI	NC-009	30/1/19	1/2/19	Información a facultativos / personal de enfermería de la pauta de sedación / analgesia del paciente neurocrítico intubado. Revisión del PRO-013.02 Protocolo de manejo del traumatismo craneoencefálico	Planteado en la misma no conformidad NC-009
15	9/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-006	30/1/19	27/1/20	Supervisión del registro oficial del tratamiento. Modificar hoja de evolución del paciente.	Estandarizado tratamiento (macros) en apartado evolutivo diario, informe de ingreso y alta en programa Orion®.
16	9/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-002	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Asociado a AM-002
17	12/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003

18	14/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
19	14/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
20	14/2/18	Facultativo - Mercader	NO	...	...	NO	...	...	...		No hay consenso para realizar AM por sobrecarga de trabajo de la Unidad. Se valorará en nueva reunión con AM propuestas por ambas partes. Consulta al personal de laboratorio sobre la priorización de las analíticas de la UCI-Q.
21	18/2/18	Enfermería	NO	...	...	NO	...	...	...		Informado personal y supervisora de quirófano de la importancia y la necesidad de rotular drenajes.
22	19/2/18	Enfermería	NO	...	...	SI	AM-004	30/1/19	27/1/20	Elaboración Check-list de seguimiento y en ejecución. Inclusión de un ítem para comprobación de Check-list.	Asociado a AM-004
23	19/2/18	Enfermería	NO	...	...	SI	AM-004	30/1/19	27/1/20	Elaboración Check-list de seguimiento y en ejecución. Inclusión de un ítem para comprobación de Check-list.	Asociado a AM-004
24	20/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
25	20/2/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-008	11/2/19		Actualización protocolos y gráfica de enfermería.	Asociado a AM-003
26	22/2/18	Enfermería	NO	...	...	SI	AM-007	8/3/18	14/10/18	Información / formación de protocolos y procedimientos / vigilancia de la implementación del horario de la Unidad.	Asociado a AM-007
27	24/2/18	Enfermería	NO	...	...	NO	...	...	...		Informado servicio de Urgencias de la necesidad de avisar al personal de la Unidad previo al ingreso del paciente.

28	2/3/18	Enfermería	NO	...	...	SI	AM-004	30/1/19	27/1/20	Elaboración Check-list de seguimiento y en ejecución. Inclusión de un ítem para comprobación de Check-list.	Asociado a AM-004
29	2/3/18	Enfermería	NO	...	...	SI	AM-007	8/3/18	14/10/18	Información / formación de protocolos y procedimientos / vigilancia de la implementación del horario de la Unidad	Seguimiento adecuado del proceso, por lo que se considera efectiva la AM realizada.
30	5/3/18	Facultativo	SI	NC-010	30/1/19	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
31	8/3/18	Facultativo	NO	...	...	NO	...	...	...		Ante el desabastecimiento de un fármaco, Farmacia debe plantear alternativa.
32	11/3/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
33	24/3/18	Facultativo - Pérez	NO	...	...	SI	AM-004	30/1/19	27/1/20	Elaboración Check-list de seguimiento y en ejecución. Inclusión de un ítem para comprobación de Check-list.	Asociado a AM-004
34	20/4/18	Facultativo - Miralles	SI	NC-011	30/1/19	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
35	29/4/18	Facultativo - Mercader	SI	NC-012	30/1/19	SI	AM-002	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Asociado a AM-002
36	29/4/18	Facultativo - Mercader	SI	NC-013	30/1/19	SI	AM-002	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Asociado a AM-002
37	30/4/18	Facultativo - Miralles	NO	...	...	NO	...	...	...		Se localiza nuevo proveedor para la pieza necesaria.
38	15/5/18	Enfermería	SI	NC-014	15/5/18	SI	NC-014	15/5/18	27/7/18	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Planteado en la misma no conformidad NC-014
39	19/7/18	Enfermería	NO	...	...	NO	...	...	...		Informado servicio de Mantenimiento de la Unidad que provee de la segura del equipo eléctrico necesaria.
40	19/11/18	TCAE	NO	...	...	NO	...	...	...		Informada supervisora de la Unidad. Se realiza una propuesta de relevo TCAE con la eliminación de la primera parte de la hoja de verificación del box.

41	7/12/18	Facultativo - Miralles	NO	...	...	SI	AM-001	30/1/19	27/1/20	Información / formación de protocolos y procedimientos.	Asociado a AM-001
42	10/12/18	Facultativo - Miralles	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
43	11/12/18	Facultativo - Pérez	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
44	11/12/18	Facultativo - Miralles	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
45	12/12/18	Facultativo	NO	...	...	SI	AM-003	30/1/19	30/1/19	Registro nuevo de transcripción de enfermería y en ejecución.	Asociado a AM-003
46	12/12/18	Facultativo - Ramírez	NO	...	...	NO	...	...	...		No hay consenso para realizar AM por desacuerdo entre las partes. Se valorará en nueva reunión con AM propuestas por ambas partes.

5. Los resultados de seguimiento y medición

El SGC ha definido el “PE.11 Procedimiento Estratégico de Seguimiento, medición, análisis y evaluación” para dar respuesta a estos requisitos y ha desarrollado la metodología necesaria para disponer de indicadores de monitorización que proporcionen seguimiento de los procesos.

R-001 PE.11 INDICADORES DE CALIDAD UCI-Q							
Estánd	Result 2018	Result 2019	Fecha toma de datos	Ámbito	Índice	Fórmula	Definición
>90%		98%	Corte transversal		18. POSICIÓN SEMIINCORPORADA EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA INVASIVA (VMI)	Nº de días en VMI y posición igual o superior a 30 grados / Nº días de VMI (x100)	Todos los enfermos con VMI durante el período revisado. Criterio de exclusión: posición en decúbito prono, contraindicaciones clínicas, procedimientos de enfermería, procedimientos médicos o deseo del paciente.
<3%	0%	5%	Anual		21. RETIRADA ACCIDENTAL DEL TUBO ENDOTRAQUEAL (TET)	Nº de Incidencias registradas / Nº de enfermos con TET (x100)	Extubación por maniobras: retirada accidental (no programada) del TET debida a maniobras por parte del personal sanitario (p.e: cambios posturales, colocación en decúbito prono, traslados, procedimientos para pruebas diagnósticas o terapéuticas, aseo, etc.)

<12%	2,2%	29%	Anual (Registro ENVIN RI-85)	SEGUIMIENTO NEUMOLOGÍA	22. REINTUBACIÓN	Nº de reintubaciones / Nº total de extubaciones programadas (x100)	La reintubación de un enfermo por fallo de extubación se asocia a una mayor estancia y tasa de mortalidad. Reintubación: se define como la necesidad de intubar dentro de las primeras 48 horas tras la extubación. Se excluyen las debidas a limitación del soporte vital y la reintubación por intervención quirúrgica.
>90%		35%	Corte transversal		25. ESTRATEGIA DE VENTILACIÓN PULMONAR PROTECTORA (EVPP)	Nº de enfermos en VMI y EVPP / Nº de enfermos en VMI (x100)	EVPP: se define como Vt <8ml/kg y Pplateau <30cmH2O.
>95%	50%	100%	Corte transversal		27. PRESIÓN DEL NEUMOTAPONAMIENTO	Nº total de controles de presión NT / Nº días con vía aérea artificial x3 (x100)	Comprobar 3 veces/día. Si el control se realiza de manera intermitente se recomienda comprobar la presión del neumotaponamiento siempre que se movilice el tubo endotraqueal y antes de modificar la elevación de la cabecera de la cama.
			Anual (Registro documentación clínica e historia clínica)	SEGUIMIENTO NEUROLOGÍA	Nº DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TCE Y ATENDIDOS POR UCI QUIRÚRGICA		La causa más frecuente de daño cerebral es la de origen traumático y recibe el nombre de traumatismo craneoencefálico (TCE). Se clasifica en torno a su gravedad y según la escala de Glasgow en TCE leve: 13-15 puntos, TCE moderado: 9-12 puntos, y TCE grave: <9 puntos.
		34,37%	Anual (Registro documentación clínica e historia clínica)		% DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TCE GRAVE		TCE grave: <9 puntos
		9,37%	Anual (Registro documentación clínica e historia clínica)		% DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TCE MODERADO		TCE moderado: 9-12 puntos
		56,25%	Anual (Registro documentación clínica e historia clínica)		% DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TCE LEVE		TCE leve: 13-15 puntos
		46,87%	Anual (Registro documentación clínica e historia clínica)		% DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TCE ASOCIADOS A TAE		Un traumatizado de alta energía (TAE) o traumatizado grave es un herido que presenta múltiples lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente, siendo al menos una de ellas de riesgo vital para el paciente.
>95%		27,27%	Anual (Registro documentación clínica e historia clínica)		31. MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC) EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) GRAVE CON TAC PATOLÓGICO	Nº de enfermos con TCE grave y TAC patológico monitorizado con sensor de PIC / Nº enfermos con TCE grave con TAC patológico (x100)	La monitorización de la PIC constituye un estándar en el manejo de enfermos con TCE grave con el objetivo de asegurar PPC y disminuir el riesgo de aparición de lesiones isquémicas secundarias al aumento de la PIC, reduciendo morbilidad. La HTIC se asocia a peor pronóstico y su monitorización permite guiar el tratamiento específico.

		0%	Anual (Registro documentación clínica)	MORTALIDAD EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) GRAVE EN LA UCI QUIRÚRGICA	Nº de defunciones en TCE graves en la UCIQ / Nº TCE graves (x100)	
<35%		3,12%	Anual (Registro documentación clínica)	32. MORTALIDAD EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) GRAVE	Nº de defunciones en TCE graves en el hospital / Nº TCE graves (x100)	
<3‰	1,8‰	2‰	Anual (Registro ENVIN RI-85)	42. BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL	Nº de episodios de bacteriemia / Nº total de días CVC (x1000 días CVC)	Bacteriemia por CVC: según criterios CDC y utilizados en el ENVIN-UCI. Criterio de exclusión: Bacteriemias de foco desconocido.
<4‰	3,1‰	4,07‰	Anual (Registro ENVIN RI-85)	43. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON Sonda URETRAL	Nº de episodios de ITU / Nº total de días de SV (x1000 días SV)	Infección del tracto urinario: según criterios publicados por el Center Disease Control (CDC) y utilizados en el estudio ENVIN-UCI.
<7‰	4‰	7,38‰	Anual (Registro ENVIN RI-85)	44. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)	Nº de episodios de NAV / Nº total de días de VMI (x1000 días VMI)	Neumonía asociada a VM invasiva: según los criterios publicados por el Center Disease Control (CDC) que a su vez, son los del estudio ENVIN-UCI y por el documento de consenso realizado por el GTEIS-SEMICYUC.
<2,5%		0%	Anual (Registro ENVIN RI-85)	48. INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM)	Nº de episodios de infección por SARM	Resistencia a Meticilina/ Oxacilina: S. Aureus con CMI >2mcg/ml. Se incluyen las siguientes infecciones: neumonías relacionadas con VMI, infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral, bacteriemias primarias y bacteriemias relacionadas con catéteres vasculares. Se relaciona con aumento de la morbimortalidad. Criterios empleados en ENVIN-UCI.
<15%		1%	Anual (Registro ENVIN RI-85)	49. INFECCIONES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE (PAMR)	Nº de episodios Nº de episodios de infección por SARM / Nº total de infecciones (x100)	PAMR: se considera resistente a 3 o más familias de antimicrobianos. Se incluyen las siguientes infecciones: neumonías relacionadas con VMI, infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral, bacteriemias primarias y bacteriemias relacionadas con catéteres vasculares. Se relaciona con aumento de la morbimortalidad. Criterios empleados en ENVIN-UCI.
>90%	78,4%	38,18%	Corte Medicina Preventiva RI-079	52. CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS	Nº de acciones de higiene de manos / Nº de oportunidades de lavado de manos vigiladas (x100)	Oportunidad para la higiene de manos: momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos (los 5 momentos de la OMS). Se recomiendan realizar observaciones de no menos de 200 oportunidades.
80%		100%	Corte transversal	55. MANTENIMIENTO DE NIVELES APROPIADOS DE GLUCEMIA	Nº de enfermos con glucemia >150mg/dl y en tratamiento con Insulina / nº de enfermos con glucemia >150mg/dl (x100)	Indicación de tratamiento con Insulina: en todos los pacientes críticos si la glucemia es superior a 150mg/dl en 2 determinaciones consecutivas.

SEGUIMIENTO
SEPSIS

100%		22,2 %	Corte transversal	SEGUIMIENTO NUTRICIÓN	60. NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ	Nº de enfermos con NE e inicio precoz / Nº de enfermos con NE (x100)	NE de inicio precoz: aquella iniciada en las primeras 24-48 del ingreso en UCI. Se relaciona con una reducción de las complicaciones infecciosas y de la mortalidad en enfermos críticos.
>95%		100%	Corte transversal	SEGUIMIENTO NEFROLOGÍA	66. ESTRATIFICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN RENAL AGUDA (FRA) EN ENFERMOS CRÍTICOS	Nº de enfermos con diagnóstico de FRA estratificados según escala KDIGO / Nº de enfermos dados de alta de UCI con diagnóstico de FRA (x100)	FRA: se define según los criterios de la escala KDIGO que integra las antiguas AKIN y RIFLE (según niveles de creatinina y gasto urinario).
		5 casos	Anual (Registro ENVIN RI-85)		69. INDICACIÓN DE LAS TERAPIAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA (TCDE) EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN RENAL AGUDA (FRA) ETAPA KDIGO 3	Nº de enfermos con FRA KDIGO ETAPA 3 con sepsis y fracaso multiorgánico en los que se realizan TCDE	Existe consenso en el inicio de las TCDE en los enfermos críticos cuando cumplen los criterios establecidos de FRA KDIGO ETAPA 3, en especial en el contexto de sepsis y fracaso multiorgánico. Criterios de exclusión: pacientes con terapias de sustitución previa, enfermos con limitación del tratamiento de soporte vital, deshidratación o uropatía obstructiva.
>85%		100%	Corte transversal	SEGUIMIENTO SEDACIÓN	74. SEDACIÓN ADECUADA	Nº de enfermos con sedación continua adecuada / Nº de enfermos con sedación continua (x100)	La sedación inadecuada conlleva un aumento de la morbilidad, estancias y costes. Debe ser monitorizada adecuadamente y adaptada a los requerimientos del paciente. Los fármacos y la dosis se debe individualizar. Sedación adecuada: mantenimiento de, al menos, el 80% de los resultados de las escalas de sedación dentro del rango prescrito para el enfermo.
>80%		42,85%	Corte transversal		75. VALORACIÓN DIARIA DE LA INTERRUPTIÓN DE LA SEDACIÓN	Nº días en VM con nivel de sedación > objetivo que se interrumpe la sedación / Nº días en VM con nivel de sedación > objetivo (x100)	Potencial acumulación de los fármacos sedantes. Necesarias estrategias para evitar sobresedación. Interrupción de la sedación: se define como una parada puntual de la bomba de infusión de un fármaco sedante hasta que el enfermo esté consciente, obedezca órdenes o aparezca agitación. Sedación > objetivo prescrito o establecido según protocolo.
>66%	47,6%	100%	Corte transversal		76. MONITORIZACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE COMUNICATIVO	Nº de pacientes comunicativos monitorizados según protocolo / Nº de pacientes comunicativos ingresados en la UCI (x100)	Se debe realizar al menos, una medición por turno de 8 horas (o más frecuente en los que, refieren dolor). Se debe respetar el sueño. Se considera cumplido el indicador cuando al menos se realicen dos tercios de las mediciones planificadas durante todo el ingreso.
>90%			Estudio PADIS (en curso)		81. IDENTIFICACIÓN DEL DELIRIUM	Nº de enfermos ingresados en UCI >24 horas en que se valora la presencia de delirium / Nº de enfermos adultos ingresados en UCI >24 horas (x100)	Valoración de la presencia de delirium: medición del delirium con la escala CAM-ICU al menos una vez al día y cuando haya un cambio en el estado mental del enfermo.

>95%		100%	Corte transversal	SEGUIMIENTO TRANSFUSIÓN	84. CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	Nº de enfermos a los que se les administra hemoderivados en el SMI con CI estricto / Nº de enfermos a los que se les administra hemoderivados en el SMI (x100)	Supone un riesgo sobre la salud del enfermo. La legislación actual requiere la solicitud por escrito de CI. La ausencia vulnera el derecho de autonomía. Se excluye la urgencia vital.
<5%		23,63%	Corte transversal		88. SOBRETANSFUSIÓN DE CONCENTRADO DE HEMATÍES (CH)	Nº de actos transfusionales en enfermos sin sangrado activo en los que se transfunde >1CH / Nº de actos transfusionales en enfermos sin sangrado activo (x100)	La transfusión se asocia a aumento de la morbimortalidad y la estancia hospitalaria. La transfusión de un único CH por acto transfusional en el enfermo crítico sin sangrado activo apoyaría un cambio hacia una política más restrictiva. Se excluye el sangrado activo, el embarazo y la población pediátrica.
>60%	100%	0%	Anual (Registro documentación clínica)	SEGUIMIENTO TRASPLANTES	94. DONANTES REALES EN MUERTE ENCEFÁLICA	Nº donantes reales en muerte encefálica / Nº de muertes encefálicas en SMI (x100)	Donante real: aquel se traslada a quirófano para la extracción de órganos (aunque ningún órgano sea posteriormente trapiantado). Muerte encefálica: situación clínica caracterizada por el cese completo e irreversible de las funciones encefálicas. Se tienen en cuenta las pérdidas por contraindicación clínica, negativa familiar y judicial o problemas durante el mantenimiento del donante.
0%	0%		Corte bisemanal	SEGUIMIENTO ENFERMERÍA	98. EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	Nº traslados intrahospitalarios con eventos adversos / Nº total traslados intrahospitalarios (x100)	Eventos adversos graves: muerte, parada cardíaca recuperada, extubación accidental, retirada accidental de catéteres, vías, drenajes y sondas, interrupción del suministro de oxígeno, caídas.
100%	40%		Corte bisemanal		99. LISTADO DE VERIFICACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	Nº de listados de verificación de traslado realizados / Nº total traslados intrahospitalarios (x100)	El listado de verificación debe incluir los procedimientos y el equipo que deben ser revisados en las distintas fases del traslado.
0%	0%	0%	Anual	101. CAIDAS ACCIDENTALES	Nº de caídas que se producen / Nº de estancias (x100)	Se contabilizarán las caídas en los enfermos encamados, sentados o que deambulan sin el apoyo necesario. Se incluirán las caídas registradas durante el traslado de los enfermos.	
		45	Registro de Incidencias (R-003 PE.05)	102. ERRORES DE MEDICACION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)	Nº de incidencias detectadas	Error de medicación: al menos debe cumplir los 5 correctos: medicamento, dosis, paciente, hora, y vía correctas.	
100 %			Listados de verificación (RI-002 Check-list box)	104. REVISIÓN DEL CARRO DE PARADA CARDIACA	Nº de revisiones realizadas según protocolo / Nº de revisiones indicadas (días x 2) (x100)	Ajustadas al protocolo incluye: 2 veces/día (1 x turno), comprobar sellado del carro. Si sellado: firma y fecha de la revisión. Si no sellado: comprobar listado cuantitativo. Test funcional desfibrilador.	
100 %	71,4%	100%		105. VALORACION DEL RIESGO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESION MEDIANTE UNA ESCALA VALIDADA	Nº de pacientes ingresados en UCI con EVRUPP / Nº total de pacientes ingresados UCI (x100)	EVRUPP: aplicar en las primeras 24 horas de ingreso en UCI y reevaluación periódica (c/ 24h). Asignar medidas preventivas en función del nivel de riesgo detectado. Si un paciente presenta UPP debe ser considerado de alto riesgo.	

<5%	11,1%	1,02%				106. INCIDENCIA ULCERAS POR PRESION (UPP)	Nº enfermos ingresados UCI que desarrollan UPP / Nº total de enfermos ingresados UCI (x100)	
>90%		93,33%				108. IDENTIFICACIÓN INEQUIVOCA	Nº de enfermos con pulsera identificativa adecuada / Nº de enfermos dados de alta del SMI (x100)	Úlcera por presión: la que se produce en cualquier área del cuerpo que este expuesta a una presión elevada y prolongada cuando el paciente conserva la misma posición. Están definidas y clasificadas en grados según protocolo.
		46,67%	Anual		BIOÉTICA	115. LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV)	Nº de indicaciones de LTSV / Nº de éxitos (x100)	Requisitos para la indicación: fundamentada en la evidencia científica, tener en cuenta la voluntad del enfermo, consensuada con el equipo asistencial, informar y consultar a familiar. Debe quedar constancia en la documentación clínica. Se excluye la decisión de no ingresar a un enfermo en el SMI. La LTSV excepcionalmente podrá tomarse de forma individual.
		26	Registro de Incidencias (R-003 PE.05)			118. TRASPASO REGLADO DE INFORMACIÓN	Nº de incidencias detectadas	Traspaso reglado de información: es el intercambio de información que se produce entre profesionales de forma rutinaria y que sacompaña de transferencia de responsabilidad (identificación del profesional responsable, tiempo y lugar pre-establecido, información clínica relevante, información sobre la toma de decisiones, procedimientos y exploraciones complementarias pendientes, recolección de datos en documentación clínica accesible).
<4%			Anual (Registro documentación clínica: análisis de casos)		PLANIFICACIÓN	123. REINGRESOS NO PROGRAMADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)	Nº enfermos con reingreso no programados < 48 horas / Nº enfermos dados de alta del SMI (x100)	Una tasa de reingresos elevada puede reflejar altas prematuras, incorrecta atención en planta o mala respuesta al tratamiento. Tasas bajas pueden reflejar estancias en SMI excesivamente prolongadas. Reingreso no programado: se considera aquel de causa no prevista, relacionado o no, e independiente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas. Se excluyen los éxitos y las altas con indicación de limitación de tratamiento de soporte vital.
>75%		12,13%	Anual			124. ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA AL ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)	Nº de encuestas entregadas y contestadas / Nº de enfermos dados de alta del SMI (x100)	Encuesta contestada: aquella devuelta con más de un 70% de ítems contestados por el enfermo o sus familiares. Se excluyen aquellos con ingresos <24h.

<9,52%	3,89%	1,25%	Anual (Registro documentación clínica)	ORGANIZACIÓN	128. MORTALIDAD SMI OBSERVADA	Nº de enfermos ingresados en el SMI que fallecen en el SMI / Nº de enfermos ingresados en el SMI por unidad de tiempo (x100)	
	513	585	Anual (Registro documentación clínica)		Nº TOTAL DE INGRESOS		
	19,68%	9,67%	Anual (Registro documentación clínica)		% DE INGRESOS URGENTES	Nº de ingresos urgentes en el SMI / Nº de enfermos ingresados en el SMI por unidad de tiempo (x100)	
	1,41	1,6	Anual (Registro documentación clínica)		Nº DE INGRESOS DIARIOS		
	3,88 días	3,47 días	Anual (Registro documentación clínica)		ESTANCIA MEDIA DE LA UNIDAD		
	60,64%	63,2%	Anual (Registro documentación clínica)		% DE OCUPACIÓN		
>10%		0%	Anual (Registro documentación clínica)		129. TASA DE NECROPSIAS	Nº enfermos a los que se les realiza necropsias / Nº enfermos fallecidos en el SMI (x100)	Se excluyen fallecidos en UCI en los que se realiza epicrisis. Importancia clínico-patológica para la contribución a la formación científica necesaria en situaciones futuras. Herramienta para el análisis de eventos adversos.
100%		100%			130. PLAN DE ACOGIDA (PA) AL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)	Nº de profesionales adscritos al SMI con PA / Nº de profesionales adscritos al SMI (x100)	PA: procedimiento formalizado de acogida e integración del personal a su llegada al SMI que facilite su incorporación a la unidad haciéndole participe de los objetivos comunes de la organización. Debe incluir formación sobre los protocolos y procedimientos, actuación ante la PCR, prevención de riesgos laborales, seguridad del paciente, control de infección y normas de funcionamiento interno.
	1020	1103	Anual (Registro documentación clínica)		Nº DE INTERCONSULTAS		Datos de resultado global del Servicio de Anestesiología y Reanimación.
		59	Anual (Registro documentación clínica)		132. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA)	SINEA - Registro Incidencias Sistema de Calidad	Debe ser voluntaria, anónima, accesible, eventos centinela y análisis causal, feed-back semestral, puede funcionar de forma simultánea con otros sistemas de vigilancia. Datos de resultado global del Servicio de Anestesiología y Reanimación.
		4,8%	Anual (Registro inventariado)	137. Nº DE PEDIDOS REALIZADOS POR ALMACÉN DE COMPRA DIRECTA DE MANERA URGENTE	Nº de pedidos en los que precisa sean servidos con la mayor brevedad posible / Nº total de pedidos (x100)		

0%		0%	Anual (Registro inventariado)	SOPORTE	138. N° DE PEDIDOS EN LOS QUE LOS ARTÍCULOS LLEGAN DEFECTUOSOS	N° de pedidos en los que los artículos llegan defectuosos / N° total de pedidos (x100)	
0%		0%	Anual (Registro inventariado)		139. N° DE ARTÍCULOS CUYA ROTURA DE STOCK HA AFECTADO A LA UNIDAD	N° de artículos cuya rotura de stock ha afectado a la Unidad / N° total de pedidos (x100)	
0%	0 %	0%	Anual (Registro inventariado)		141. N° DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA MANIPULACIÓN DE PRODUCTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECTANTES	N° de incidentes relacionados con la manipulación de productos de limpieza y desinfectantes	
		90,62%	Corte transversal	ESTABILIZACIÓN	ADECUACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS FARMACOLÓGICA	N° de casos con intervención e indicación de profilaxis tromboembólica de ingreso programado / N° total de ingresos programados con factores de riesgo de ETV (x100)	Adecuación de la profilaxis tromboembólica farmacológica (ver PC.02)
		60,6%	Corte transversal		ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DE ESTRÉS	N° de pacientes intervenidos de cirugía mayor y tratamiento profiláctico de la úlcera de estrés correcto / N° de pacientes intervenidos de cirugía mayor con indicación de tratamiento profiláctico de la úlcera de estrés (x100)	Adecuación tratamiento úlcera de estrés (ver PC.02)
		15,62%	Corte transversal		INCIDENCIA DE HIPONATREMIA DURANTE LA FLUIDOTERAPIA DE MANTENIMIENTO	N° de casos detectados de hiponatremia durante las primeras 24 horas de ingreso / N° total de pacientes ingresados con fluidoterapia y sin soporte nutricional artificial (x100)	Niveles correctos de sodio en plasma 135-145 mmol/L (ver PC.02)

6. Los resultados de las auditorías

La primera auditoría interna tras la implementación del SGC en la UCI Quirúrgica se realizó con fecha 21 de diciembre de 2018 en la que se detectaron 8 no conformidades además de aspectos susceptibles de mejora pero también se resaltaron puntos fuertes del SGC:

SGC definido e implantado de acorde a la Norma ISO 9001:2015. (...) Se ha definido el mapa de procesos del SGC reflejando la cartera de servicios y explicitado en los procesos clave señalando el alcance de los puntos 4.3 y 4.4 de la Norma. Documentación

completa bien definida y controlada ubicada en el repositorio documental en una carpeta interna compartida por todos los profesionales según el proceso estratégico de gestión de la información documentada 7.5 de la Norma. Orientación y enfoque al cliente y a sus necesidades y expectativas para el cumplimiento de los objetivos y la forma de trabajo de los profesionales con un documento acorde con el punto 4.2 de la Norma. Se ha realiza un análisis del contexto, revisando las fortalezas y debilidades internas y las amenazas y oportunidades externas con la herramienta DAFO según el requisito 4.1 de la Norma. Liderazgo por parte de la Jefa de Servicio y los Coordinadores de Calidad en el desarrollo e implantación del SGC y sus procesos, planteándose la orientación al cliente y documentándose la política de calidad según los puntos 5.1 y 5.2 de la Norma. (...) Se ha realizado un análisis de los riesgos mediante la metodología AMFE considerando los procesos clave y estableciéndose diferentes acciones de mejora, cumpliendo los requisitos definidos en el punto 6.1 de la Norma. Se revisan los procesos clave valorando los procedimientos operativos y su cumplimiento por parte de los diferentes profesionales valorando los procesos con un muestreo de pacientes y su documentación clínica según los puntos 8.1, 8.2 y 8.5 de la Norma. Hay definidos algunos objetivos y sus planes de acción para evidenciar el cumplimiento del punto 6.2 de la Norma. (...) Además de este resumen de la auditoría y sus hallazgos se han reflejado los puntos fuertes detectados así como las posible acciones de mejora y las situaciones de no conformidad en los diferentes apartados de este informe.

Áreas fuertes:

- Liderazgo de la Jefa de Servicio en el proceso de gestión de la Unidad y desarrollo del Sistema de Calidad.*
- Compromiso de los Coordinadores de Calidad, médico y de enfermería en la definición e implantación del SGC y las diferentes metodologías empleadas para la mejora continua de la calidad.*
- Comisión de Calidad con un seguimiento adecuado que ha servido de hilo conductor de los diferentes equipos de profesionales y grupos de trabajo para la definición y despliegue del SGC con un enfoque muy participativo.*
- Gestión de la información documentada bien definida y registrada por parte de la Coordinadora de Calidad con una documentación bien estructurada y organizada en un repositorio documental accesible para los diferentes profesionales de la Unidad.*

- *Procesos clave bien definidos con procedimientos generales de funcionamiento de la Unidad y protocolos específicos para las patologías más frecuentes.*
- *Procedimientos estratégicos bien definidos explicitando la sistemática de cumplimiento de los diferentes requisitos relacionados con el análisis del contexto y expectativas de los pacientes y partes interesadas, la planificación de los objetivos y el análisis de los riesgos.*
- *Sistema de detección de problemas, incidencia y oportunidades de mejora bien implantado que ha dado lugar a la definición de no conformidades y acciones correctivas y acciones de mejora.*

Observaciones y áreas de mejora:

- *Mejorar el sistema empleado por parte del personal de enfermería para seguimiento y control de la medicación a administrar, que en estos momentos se realiza mediante unas hojas de papel escritas a mano donde cada profesional apunta la medicación a administrar y horarios de las mismas para los pacientes que llevan personalmente, sin firmar ni fechar, ubicadas en los tres corchos que hay en el punto de control.*
- *Mejorar la sistemática de control de los pedidos con la existencia de resguardo de los realizados para poder hacer una comprobación real de la adecuación de las entregas que no suelen ser siempre completas en la misma fecha.*
- *Disponer definido y documentado el contenido del maletín de transporte para poder hacer la revisión de la forma más adecuada y disponer de un registro de la reposición.*
- *Asegurar y anclar las botellas de oxígeno, pues aunque las que están dispuestas en la entrada de la Unidad sí que están sujetas con un dispositivo a la pared, las que se dejan en el almacén están sueltas.*
- *Mejorar la sistemática y circuitos para la utilización de equipos que acompañan al paciente a otras plantas del Hospital como son las bombas de perfusión.*
- *Mejorar la sistemática empleada por los profesionales de enfermería para la revisión interna y el montaje de los respiradores preparados y que son adecuados para el uso a los que se pone una hoja con el nombre de los profesionales que se han ocupado de ello.*
- *Mejorar la metodología de identificación de las incidentes referentes a los proveedores con el fin de mejorar el proceso de compras.*

- *Mejorar la sistemática de control de algunos equipos utilizados a la cabecera del paciente como es el caso de los tres glucómetros que hay en la Unidad.*
- *Mejorar la estandarización y definición de los carros de curas, en concreto el carro de técnicas.*
- *Mejorar la comunicación interna del servicio con el fin de que todos los profesionales tengan conciencia de la sistemática de trabajo en cuanto al SGC, facilitando el acceso a la información documentada.*

No conformidades:

1. *Se han comprobado que no se dispone de una planificación de las actividades preventivas que se desarrollan en el equipamiento no inventariado de la Unidad como es el caso de las bombas de nutrición parenteral proporcionadas por Covidien®, no pudiendo de este modo llevar control de las revisiones y del adecuado funcionamiento y seguimiento de los mismos. El equipo Rotem Sigma® en el puesto de control para el seguimiento de los trastornos de la coagulación no está identificado y no dispone de la documentación de los controles a realizar necesarios en contra del punto 8.5.1 de la Norma.*
2. *Se ha comprobado que el frigorífico que dispone la Unidad y que contiene medicación que requiere un control de temperatura, no dispone de ningún termómetro para realizar el seguimiento y control que asegure el adecuado funcionamiento del mismo en contra del punto 8.5.1 de la Norma.*
3. *Se ha comprobado que no se dispone de ningún control y seguimiento del servicio prestado externamente por parte de Electromedicina para el control de determinado equipamiento como son los monitores y respiradores en contra del punto 8.4.2 de la Norma.*
4. *Se ha comprobado que la hoja de comprobación de adecuación del carro de paradas, su composición y caducidades y la verificación del funcionamiento del desfibrilador no está cumplimentada desde el 30 de Noviembre en contra de lo que está definido en el procedimiento correspondiente y en el propio registro que debe realizarse los viernes por parte de enfermería y que incumple el punto 8.5.1 de la Norma.*
5. *Se ha comprobado que en la evolución clínica del paciente por parte del médico genera un seguimiento que no identifica quien es el facultativo que se ocupa del paciente cada uno de los días, constando solamente el último de ellos que firma el alta en contra de la*

normativa y legislación que aplica a la información del paciente y la historia clínica que indica que tienen que estar identificados los profesionales que escriben en la historia clínica, y que su incumplimiento va en contra del punto 0.1 de la Norma.

6. *Se ha evidenciado que en el proceso de aprovisionamiento de la Unidad, tanto en lo referente a medicamentos o material sanitario, los pedidos realizados al almacén de suministros del Hospital como los que llevan directamente desde un proveedor, no se realiza en todos los casos la verificación de la adecuación de la entrega realizada, en contra del procedimiento de apoyo de gestión de compras definido y del punto 8.4.2 de la Norma.*
7. *Se han comprobado que durante el proceso de traslado interno del paciente a otra Unidad no se ha cumplimentado el check-list correspondiente, descrito por el procedimiento correspondiente y que va en contra del punto 8.2.3.1 de la Norma.*
8. *No se ha podido comprobar la evaluación de la efectividad de las acciones formativas realizadas en la Unidad tal y como se dispone el procedimiento estratégico correspondiente y el punto 7.2 de la Norma.*

7. El desempeño de los proveedores externos

La evaluación del desempeño de los proveedores externos se centra en los procesos de soporte “PS.01 Procedimiento de Soporte de Gestión de Compras” y “PS.02 Procedimiento de Soporte de Logística y Almacén” anteriormente descritos. Para el funcionamiento de estos procesos tenemos indicadores que nos ayudan a valorar el rendimiento y la efectividad de los mismos: número de pedidos realizados por almacén de compra directa de manera urgente (siendo un 4,8% en 2019 como primer periodo de estudio), número de pedidos en los que los artículos llegan defectuosos y número de artículos cuya rotura de stock ha afectado a la Unidad (no resultando ninguno en ambos casos en el mismo periodo de estudio que el anterior).

4. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

Respecto a los recursos de los que dispone la UCI Quirúrgica han quedado reflejados en el apartado de “Apoyo – Recursos” de la metodología de este trabajo cumpliendo el punto 7.1 de la Norma. Cuenta con los recursos humanos en base a los estándares y ratios definidos para las Unidades de Cuidados Intensivos. La infraestructura garantiza una buena prestación de los servicios y la tecnología es de última generación, aunque el espacio físico (m²/box) es inferior al recomendado.

5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

El análisis de los riesgos y oportunidades se ha abordado mediante la herramienta AMFE (Análisis Modal de Fallos y sus Efectos) para cada uno de los procesos clave del SGC y detectar sus puntos débiles y los posibles riesgos asociados. Además, se indican las acciones de mejora planteadas a los apartados que mayor riesgos presentan y su evaluación tras la implementación de la acción.

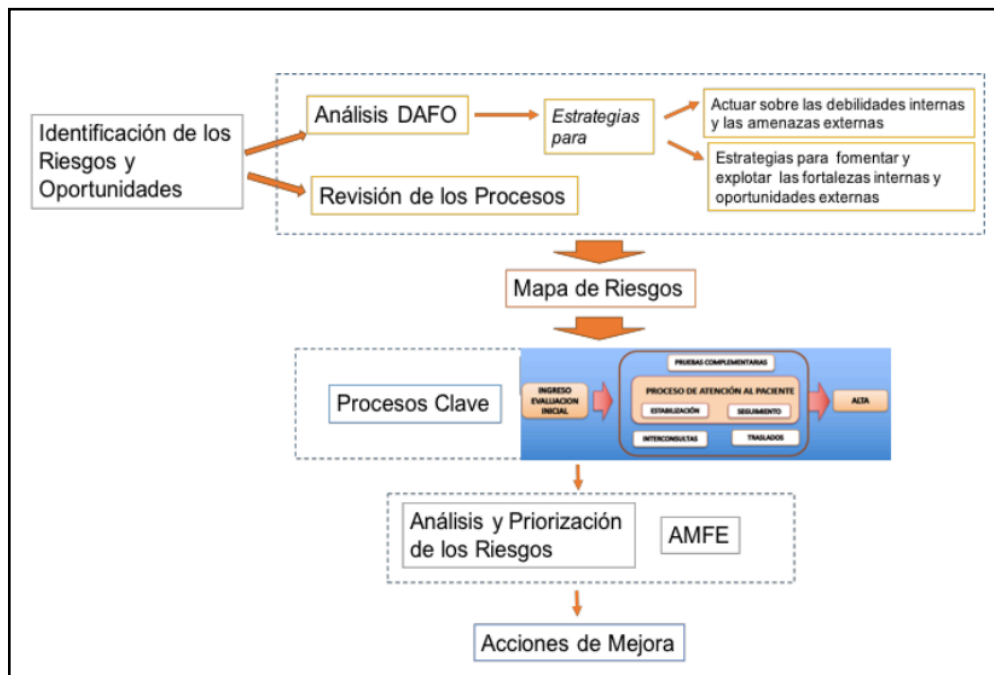


Figura 7. Análisis de los riesgos con la herramienta AMFE

R-001 PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo								
PC.01 INGRESO Y VALORACIÓN INICIAL								
Descripción del proceso: situación	Causa	Efecto	VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN				RIESGO	
			Gravedad	Frecuencia	Detección			
Indicación del ingreso sin criterios adecuados	Desconocimiento o incumplimiento de los criterios	Ocupación de una cama de UCI-Q no pertinente	4	4	4	64	Bajo	
Información del ingreso del paciente en UCI-Q por parte de las unidades que lo remiten sin aviso previo	Desconocimiento del proceso de ingreso y del requisito de avisar al facultativo y enfermería a cargo del paciente	No tener preparado lo necesario para la recepción del paciente. No poder planificar y priorizar en la asistencia a los demás pacientes a cargo de enfermería	7	10	6	420	Alto	

Cancelación de ingreso programado de quirófano u otra Unidad	No avisar a la Supervisora (mañanas) y/o enfermería de la Unidad de la cancelación del ingreso previsto	Sacar a los pacientes de alta de la Unidad de una forma precipitada, que a su vez incide en aumentar el riesgo de asistencia segura en la Unidad y en la recepción en la planta	6	10	4	240	Alto
Priorización y clasificación de los pacientes no adecuada	Desconocimiento o falta de protocolización	Adjudicación de niveles de prioridad que no coincide con la realidad	2	4	4	32	Bajo
No adecuación del box con los recursos materiales necesarios	No haber realizado el check-list del box por parte del TCAE a cargo del paciente	No disponer de los recursos en el box para la monitorización y asistencia inmediata del paciente	4	10	6	240	Alto
Aseguramiento de la cama y conexión de la misma en el box	Olvido o dejadez de la función asignada	Imposibilidad de corregir la posición del paciente según la necesidad	6	7	3	126	Moderado
Aseguramiento de las barandillas de la cama	Desconocimientos o incumplimiento de la prevención de caídas	Caída	9	1	8	72	Bajo
Transferencia de la información de facultativo externo a facultativo de UCI-Q	Falta de tiempo, desconocimiento u olvido/dejadez	Posible atención inadecuada	7	5	5	175	Moderado
Indicación y registro del tratamiento postvaloración	Órdenes verbales no registradas por falta de información/criterio/tiempo	Continuidad del tratamiento inadecuada	4	6	6	144	Moderado
Valoración de enfermería incompleta	Información incompleta en el traspaso del paciente, sin seguir el modelo IDEAS. Falta de criterio/tiempo	No valorar adecuadamente al paciente para priorizar y anticiparse a complicaciones	6	10	5	300	Alto
Información a familiares	Desinformación, falta de tiempo, olvido	Familiares desinformados, aumento del estrés-angustia de la familia	1	10	7	70	Bajo
VALORACIÓN RIESGO DESPUÉS DE LA ACCIÓN							
ACCIÓN DE MEJORA	Responsable de implantación	Responsable de seguimiento	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	EVALUACIÓN EFECTIVIDAD
Responsabilizar a quien determine del aseguramiento de la cama y conexión al box	Supervisora	Supervisora	9	1	1	9	93%
Lectura del PC.01 en sesiones médicas y de enfermería	Jefa de Servicio Supervisora	Jefa de Servicio Supervisora	7	4	6	168	60%

R-001 PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo

PC.02 ESTABILIZACIÓN

			VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN				
Descripción del proceso: situación	Causa	Efecto	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	
No se calcula el riesgo tromboembólico	Falta de costumbre o necesidad de programa específico	No se pauta adecuadamente la profilaxis antitrombótica	7	5	2	70	Bajo
No se individualiza el riesgo de úlcera de estrés	Cultura de la profilaxis de la úlcera de estrés universal muy implantada	Otros riesgos asociados como la neumonía nosocomial	4	6	5	120	Moderado
Profilaxis antibiótica inadecuada	Desconocimiento de los protocolos de la Unidad	Profilaxis antibiótica mal pauta para la patología. Generación de resistencias	5	3	3	45	Bajo

Indicación y registro del tratamiento postvaloración	Órdenes verbales no registradas por falta de información/criterio/tiempo	Continuidad del tratamiento inadecuada	4	6	6	144	Moderado
No se valora el riesgo de UPP a las primeras 24h y diariamente	Falta de costumbre. Desconocimiento de la importancia de la prevención de las UPP	Déficit de información de seguimiento por enfermería	7	10	7	490	Alto
No se aplican las medidas completas de prevención de UPP según PRO-012.01	Falta de costumbre. Desconocimiento de la actualización del PRO-012.01	Aparición de UPP en pacientes sin restricciones de movilización	7	10	7	490	Alto
VALORACIÓN RIESGO DESPUÉS DE LA ACCIÓN							
ACCIÓN DE MEJORA	Responsable de implantación	Responsable de seguimiento	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	EVALUACIÓN EFECTIVIDAD
Actualización de los conocimientos mediante sesiones formativas	Jefa de Servicio Supervisora	Jefa de Servicio Supervisora	5	5	2	50	65%
Inclusión en la hoja de evolución de la herramienta para el cálculo de scores de riesgo de forma automática	Comisión de Calidad	Comisión de Calidad	2	3	2	12	83%

R-001 PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo

PC.03 SEGUIMIENTO

			VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN				
Descripción del proceso: situación	Causa	Efecto	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	
Transmisión de la información del pase de guardia incompleta	Olvidos de información relevante o cambios que no se han visto	Situación del paciente diferente a la realidad. No se comentan ni debaten aspectos importantes	7	7	5	245	Alto
Registro inadecuado de la constantes vitales en la gráfica de enfermería	Desconocimiento o pasividad a la hora de completarla	Información del paciente incompleta	6	4	4	96	Bajo
Retraso en la obtención de los datos de laboratorio de la analítica diaria del paciente	Las analíticas llegan tarde a laboratorio	Se retrasa el inicio de las terapias y la puesta en marcha de los procesos pues no se dispone de la información completa del paciente	5	7	3	105	Moderado
Actualización de tratamiento en hoja impresa a mano y no de forma informática	Se actualizan los tratamientos en la hoja impresa y no en el programa informático	Al día siguiente no se actualiza adecuadamente el tratamiento y no se mantienen los cambios de la jornada anterior	7	6	5	210	Alto
No revisión de los cultivos pendientes del paciente	Olvidos o pasividad	No se actualiza el tratamiento antibiótico con riesgo de ser inadecuado	6	4	3	72	Bajo
Las gráficas de los pacientes no tienen sitio fijo y se mueven a lo largo del control	No se ha establecido un lugar fijo para las gráficas de los pacientes	Enfermería las agrupa y mueve en base a los turnos con riesgo de afectar a órdenes médicas y errores en la documentación del paciente	4	10	1	40	Bajo
VALORACIÓN RIESGO DESPUÉS DE LA ACCIÓN							
ACCIÓN DE MEJORA	Responsable de implantación	Responsable de seguimiento	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	EVALUACIÓN EFECTIVIDAD

Realización de pase de guardia con gráficas de enfermería y posterior pase de guardia conjunto a pie de cama con enfermería	Jefa de Servicio Supervisora	Jefa de Servicio Supervisora	7	2	2	28	89%
Revisión sistemática de los tratamientos de la tarde anterior e incorporar los cambios	Jefa de Servicio	Jefe de Sección	7	2	2	28	87%
Extracción de analíticas por parte del turno de noche	Jefa de Servicio Supervisora	Jefa de Servicio Supervisora	5	2	3	30	72%
La gráfica de enfermería deberá estar delante de la cama del paciente aunque se puede coger para evolucionar y anotar prescripciones	Jefa de Servicio Supervisora	Jefa de Servicio Supervisora	4	10	1	40	0%

R-001 PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo

PC.04 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

			VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN				
Descripción del proceso: situación	Causa	Efecto	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	
Análítica cursada como ordinaria en lugar de urgente	No se ha marcado la analítica como urgente por parte del facultativo	Retraso en la obtención de resultados	7	5	5	175	Moderado
Falta de citación de pruebas radiológicas programadas	No se ha citado adecuadamente llevando la petición a Radiología antes de las 12h	No se realiza la prueba o se debe solicitar como urgente	5	5	5	125	Moderado
			VALORACIÓN RIESGO DESPUÉS DE LA ACCIÓN				
ACCIÓN DE MEJORA	Responsable de implantación	Responsable de seguimiento	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	EVALUACIÓN EFECTIVIDAD
Recordar al personal facultativo cómo solicitar la analítica adecuadamente	Jefa de Servicio	Jefa de Servicio	5	2	2	20	89%
Recordar el circuito de citación de los pacientes	Jefa de Servicio	Jefa de Servicio	5	3	2	30	76%

R-001 PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo

PC.05 INTERCONSULTAS

			VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN				
Descripción del proceso: situación	Causa	Efecto	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	
Los servicios quirúrgicos no escriben en la historia clínica	Transmisión oral, falta de costumbre o no familiarizados con el formato de historia clínica de la Unidad	Pérdida de información	6	4	7	168	Moderado
			VALORACIÓN RIESGO DESPUÉS DE LA ACCIÓN				
ACCIÓN DE MEJORA	Responsable de implantación	Responsable de seguimiento	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	EVALUACIÓN EFECTIVIDAD

Realización de interconsultas vía Orion Clinic® de forma rutinaria a los servicios quirúrgicos	Jefa de Servicio	Comisión de Calidad	6	2	5	60	64%
--	------------------	---------------------	---	---	---	----	-----

R-001 PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo							
PC.06 TRASLADOS							
			VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN				
Descripción del proceso: situación	Causa	Efecto	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	
Respirador de transporte no comprobado	Falta de acuerdo sobre las competencias de los TCAE	Respirador no siempre comprobado	5	4	7	140	Moderado
Respirador de transporte mal montado	Falta de conocimiento adecuado del montaje del respirador	Respirador no siempre preparado para su uso	7	5	3	103	Moderado
Medicación administrándose en bomba volumétrica	Preferencias del personal por bombas antiguas	Necesidad de más tiempo para iniciar el transporte ⁵	5	7	3	103	Moderado
Tono de SatO2 no audible	Mal manejo del sistema de monitorización de transporte	Retraso en el inicio del transporte o monitorización inadecuada durante el mismo	6	6	6	216	Alto
Curva de tensión arterial no visible	Mal manejo del sistema de monitorización de transporte	Retraso en el inicio del transporte o monitorización inadecuada durante el mismo	7	6	6	252	Alto
Válvula espiratoria del respirador con riesgo de mal funcionamiento	Sistema de válvula espiratoria no asegura siempre la espiración por debilidad de materiales	Riesgo de atrapamiento aéreo y de barotrauma	9	2	5	90	Bajo
No se registra check-list de traslado RI-005 (anexo)	Desconocimiento o falta de motivación del personal	No se comprueban aspectos importantes del traslado	8	8	7	448	Alto
			VALORACIÓN RIESGO DESPUÉS DE LA ACCIÓN				
ACCIÓN DE MEJORA	Responsable de implantación	Responsable de seguimiento	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	EVALUACIÓN EFECTIVIDAD
Mejorar la implantación de la utilización del check-list de traslado	Jefa de Servicio Supervisora	Jefa de Servicio Supervisora	6	4	6	144	68%
Sesiones de formación para mejorar el conocimiento de los sistemas de monitorización	Jefa de Servicio Supervisora	Jefa de Servicio Supervisora	7	4	6	168	33%

R-001 PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo							
PC.07 ALTA							
			VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN				
Descripción del proceso: situación	Causa	Efecto	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	
El paciente no dispone de cama en planta de hospitalización para irse de alta	Facultativo no avisa con suficiente antelación a Supervisora y enfermería	Falta de tiempo para avisar y gestionar en planta de hospitalización	4	5	4	80	Bajo

Paciente dado de alta sin informe firmado en programa informático	Traslado realizado de forma urgente	Mala calidad de transmisión de la información	9	1	4	36	Bajo
			VALORACIÓN RIESGO DESPUÉS DE LA ACCIÓN				
ACCIÓN DE MEJORA	Responsable de implantación	Responsable de seguimiento	Gravedad	Frecuencia	Detección	RIESGO	EVALUACIÓN EFECTIVIDAD
Recordar la obligatoriedad de la adecuada cumplimentación de los informes de alta en sesión clínica	Jefa de Servicio	Jefe Clínico	4	2	2	16	56%
Recordar la importancia de una adecuada coordinación entre profesionales para mantener la dinámica de la Unidad	Jefa de Servicio	Jefe Clínico	4	2	4	32	60%

6. LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las áreas de mejora que se han ido detectando en dicha revisión son:

1. Potenciar las sesiones formativas y que faciliten la comunicación interna entre los profesionales.
2. Potenciar la formación continuada y la atención formativa demandada por los profesionales.
3. Protocolizar las órdenes médicas y los cambios de tratamiento con estándares de manejo de los diferentes procedimientos quirúrgicos.
4. Evaluar la eficacia de todas las acciones tomadas.
5. Mejorar el soporte informático para permitir registros y bases de datos que nos permitan un seguimiento y evaluación adecuados.

SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Las salidas de esta revisión abarcan: las oportunidades de mejora, cualquier necesidad de cambio en el SGC y la necesidad de recursos. Se plantean los objetivos a desarrollar para la mejora del SGC y de la calidad del servicio. Todo ello se desprende de la definición de las líneas estratégicas y las oportunidades de mejora. Los objetivos surgen del ciclo: análisis de las necesidades, establecimiento de prioridades, formulación de objetivos, selección de recursos y actividades, implementación y evaluación⁽⁹⁾.

OBJETIVO 1: Implementar el registro y medición de todos los indicadores de calidad establecidos	
Definición	Se debe conseguir que todos los indicadores establecidos por la Comisión de Calidad se midan y evalúen para su posterior análisis.
Fundamento	Los indicadores de calidad deben ser revisados y adaptados periódicamente en la misma medida en que cambia la práctica asistencial y la evidencia científica.
Acciones a desarrollar	Asignar cada uno de los indicadores a un grupo de trabajo y/o responsable. Elaborar las bases de datos necesarias para facilitar el registro y medición de los indicadores.
Responsable	Comisión de Calidad
Áreas y profesionales implicados	Todos los profesionales que intervienen en cada uno de los procesos de los cuales extraemos cada indicador.
Recursos	Base de datos
Cambios necesarios	Mejorar desde el servicio de Informática los ordenadores y el sistema operativo.
Cronograma	Implementación total y definitiva de Orion Clinic® (octubre 2019).
Evaluación y seguimiento	Revisión del estado de la base de datos semestralmente.
OBJETIVO 2: Protocolización de las técnicas de depuración extrarrenal	
Definición	Establecer un protocolo para el manejo de las técnicas de depuración extrarrenal en el fallo renal agudo oligúrico
Fundamento	Existen un conjunto de modalidades terapéuticas que incluyen técnicas continuas e intermitentes. Se precisa establecer unas recomendaciones, indicaciones y esquemas de dosificación de acuerdo a lo publicado por la comunidad científica.
Acciones a desarrollar	Elaborar protocolo de manejo de Hemodiafiltración Venovenosa Prismaflex®. Realizar sesiones formativas para los profesionales.
Responsable	Jaime Miralles Sancho (Coordinador de Calidad)
Áreas y profesionales implicados	Facultativos de la Unidad.
Recursos	Información bibliográfica de la evidencia científica.
Cambios necesarios	Ampliar y difundir los conocimientos a todos los facultativos que realizan la atención continuada en la UCI Quirúrgica.
Cronograma	Elaboración del protocolo (abril 2019) y sesión formativa (mayo-junio 2019).
Evaluación y seguimiento	Se valorará que la terapia se indique e inicie correctamente mediante revisión anual de la misma.
OBJETIVO 3: Realización e implementación del proceso de Docencia de los profesionales	

Definición	Definir el proceso de Docencia y formación de los profesionales de la UCI Quirúrgica dentro de los Procesos Clave.
Fundamento	La comprensión y gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus resultados previstos. Este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones e interdependencias entre los procesos del Sistema, de modo que se pueda mejorar el desempeño global de la organización, siendo el proceso docente parte importante dentro del SGC dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados.
Acciones a desarrollar	Establecer los objetivos y competencias de los MIR así como de enfermería y TCAE: formación pre y postgrado.
Responsable	María Mercader Alarcón (miembro de la Comisión de Calidad y tutora de residentes)
Áreas y profesionales implicados	UCI Quirúrgica y Docencia del servicio.
Recursos	Programas de formación de MIR, enfermería y TCAE según centro y tipo de estudios.
Cambios necesarios	A definir en el proceso.
Cronograma	Año 2019.
Evaluación y seguimiento	A definir en el proceso.

Tabla 12. Nuevos objetivos a desarrollar como salidas por la Dirección

DISCUSIÓN

La gestión de la calidad es un conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad. La calidad es uno de los elementos fundamentales para la mejora de los sistemas sanitarios modernos, se trata de un concepto complejo cuyo abordaje implica la interacción de intereses y necesidades de los pacientes y familiares así como de los propios gestores de la calidad y los profesionales que trabajan en él.

Un SGC se documenta con procedimientos e instrucciones técnicas que deben revisarse periódicamente mediante auditorías para garantizar su cumplimiento. Debe contemplar todos aquellos aspectos que tengan incidencia en la calidad final del producto o servicio que presta la organización.

La UCI Quirúrgica presta sus servicios en el Hospital General Universitario de Elche, siendo núcleo de nuestra organización, aunque también es centro de referencia de patologías de otros departamentos. El actual Plan de Calidad del HGUE apuesta por la “Calidad Total” y la Excelencia como base para una atención de calidad y continuo proceso de mejora. La UCI Quirúrgica se suma a esta definición del núcleo estratégico de la organización prestando sus servicios en el área de atención al paciente crítico implicando una actuación que incluye desde la detección hasta la finalización de la situación crítica, ofreciendo una asistencia de calidad e integradora. En definitiva, la misión, visión y valores de la UCI Quirúrgica confluye en un gran objetivo que es resolver las necesidades de salud del ciudadano/a con alto nivel científico-técnico y que genere satisfacción tanto en el paciente como en el profesional.

La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica apuesta por definir y desarrollar un SGC que se aplique a todos sus servicios y productos desarrollados. El objetivo fundamental de este trabajo es la implementación de un SGC en la UCI Quirúrgica del HGUE siguiendo los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015 que describe las actividades a realizar para implementar dicho sistema, siendo objetivo implícito en él la definición de su estructura y funcionamiento. Además, se pretende con su implantación disminuir la variabilidad de la práctica clínica, controlar los riesgos asociados a los procesos asistenciales mediante el análisis modal de los fallos y sus efectos, y promover y fortalecer la cultura del Plan de Seguridad Integral en el trabajo diario.

La Norma ISO 9001:2015 emplea el enfoque por procesos incorporando el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar y el pensamiento basado en riesgos. Este ciclo permite asegurarse que los procesos cuentan con los recursos necesarios y se gestionan adecuadamente, determinando las

oportunidades de mejora y actuando en consecuencia. Además, permite determinar qué factores podrían causar la desviación de los resultados planificados poniendo en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades que surjan.

La Norma ISO 9001:2015 se estructura en diversos puntos que son de obligado cumplimiento en su definición para la implantación de un SGC en una organización, siendo principalmente: 1) contexto de la organización: contexto, necesidades de las partes implicadas y alcance; 2) liderazgo: compromiso, política y roles y responsabilidades; 3) planificación: acciones para abordar riesgos y oportunidades, objetivos y planificación de los cambios; 4) apoyo: recursos, competencia e información documentada; 5) operación: planificación, requisitos, diseño y desarrollo de los productos y servicios, control de los procesos y de las salidas no conformes; 6) evaluación del desempeño: seguimiento, medición, análisis y evaluación; 7) mejora: no conformidad y acción correctiva y mejora continua.

La revisión por la Dirección de un SGC es una herramienta de análisis imprescindible que nos permite evaluar el rendimiento del sistema y los objetivos establecidos. Las decisiones tomadas a partir de esta revisión del SGC por la Dirección forman parte de la mejora y suponen el establecimiento de acciones para alcanzar dicha mejora. La revisión por la Dirección debe incluir todos los puntos que se detallan en el apartado 9.3.2 de la Norma: 1) estado de las acciones de las revisiones previas; 2) cambios en las cuestiones externas e internas, 3) información sobre el desempeño y eficacia del SGC; 4) adecuación de los recursos; 5) eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades y; 6) las oportunidades de mejora.

En primer lugar, nos compete el análisis del estado de las acciones de las revisiones previas por la Dirección. Al tratarse del primer análisis tras la definición e implementación del SGC se tuvieron en cuenta los acuerdos de gestión con la Dirección del HGUE del ejercicio anterior. Se puede decir que la UCI Quirúrgica ha cumplido adecuadamente las premisas planteadas por la Dirección como líneas estratégicas, se han concretado en el cumplimiento de una serie de objetivos en los diferentes ámbitos de los acuerdos y se han ido siguiendo mediante los indicadores de monitorización expuestos. En los dos últimos años ha figurado entre los primeros Servicios de la provincia, siendo en 2018 el primero en cuanto a la consecución de los acuerdos de gestión de todo el bloque quirúrgico con 95 puntos sobre 100. En revisiones sucesivas será la UCI Quirúrgica la que desde la Jefatura del Servicio, la Jefatura de Sección de la Unidad y los profesionales de la misma marquen la evolución del Sistema.

En segundo lugar, analizamos el estado y los cambios en las cuestiones internas y externas de nuestra organización. Para ello, realizamos un análisis DAFO-CAME (Corregir las

debilidades-Afrontar las amenazas-Mantener las fortalezas-Explotar las oportunidades). Destacamos como fortalezas internas que somos un Servicio con gran vocación y dedicación con amplia experiencia en una cartera de servicios definida, con rápida respuesta ante picos de demanda asistencial adaptándonos a los nuevos procesos quirúrgicos y que contamos con la especialización adecuada en las técnicas quirúrgicas de vanguardia. Por el contrario, como debilidades internas resaltamos que no poseemos sistemas de monitorización en gestión clínica, no hay una definición de la metodología que asegure los procesos asistenciales con déficit en los recursos y renovación de los equipos, y falta de cultura de la seguridad. Establecemos como oportunidades externas que existe una predisposición desde los equipos directivos a la inversión y al desarrollo de los SGC así como aceptabilidad por parte de otros profesionales respecto a la normalización de los procesos, y colaboración con diferentes Unidades y equipos quirúrgicos. En cambio, nuestras amenazas son los recortes de recursos que sufre todo el Sistema Sanitario así como un modelo de UCI Quirúrgica definida por el Hospital, no estandarizado en otras organizaciones.

De la confluencia del análisis interno y externo, junto con el análisis de las expectativas y necesidades de la partes interesadas, en el que destacamos que los pacientes esperan tener una atención de calidad donde sus familiares tengan un papel más proactivo en su proceso asistencial, y los profesionales de la Unidad esperan ofrecer un servicio que cubra las necesidades y expectativas de los pacientes, y demandan la necesidad de formación y actualización continuas, se definen las líneas estratégicas que han marcado el inicio del despliegue del SGC. Han sido un marco de trabajo y la información inicial necesaria para el análisis del sistema y su desarrollo, marcando los objetivos a establecer.

En tercer lugar, detallamos la información obtenida en el desempeño y la eficacia de nuestro SGC:

Respecto de las partes interesadas de nuestra organización desde la implementación del SGC, cabe destacar la gran acogida del proyecto de humanización que ha sido realizado a partir del análisis inicial de las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familiares, elaborando para ello el “PE.12 Procedimiento Estratégico de Humanización”, dando como resultado una mejora importante de la calidad percibida como complemento necesario de la calidad recibida, en el que se amplían los horarios de visita para que el familiar participe activamente en la recuperación del paciente. Esta aceptable acogida se evidencia, tanto en el análisis de los resultados de la encuesta facilitada a los pacientes y sus familiares al alta como del análisis de la entradas por el SAIP, donde se observa que la UCI Quirúrgica es un Servicio en el que predominan claramente los agradecimientos hacia el personal que trabaja en él. Es de señalar el

escaso número de situaciones de queja y reclamaciones por parte de los pacientes y sus familiares, en contraposición al elevado número de agradecimientos con el servicio prestado.

Acerca de la satisfacción de los profesionales con el puesto de trabajo y el entorno laboral, teniendo en cuenta lo importante que para la calidad del Servicio es la opinión de sus trabajadores, hay que destacar la alta participación en la encuesta de satisfacción para la valoración de este punto de la Norma. Se extrae del análisis cuantitativo y de la revisión de las opiniones de los profesionales a nivel cualitativo, que hay diferencias significativas entre los facultativos y el resto del personal sanitario en cuanto a cómo se sienten en su puesto de trabajo así como el acceso a la formación continuada. En este sentido se debe plantear una mejora en la comunicación con el personal no médico de la UCI Quirúrgica para que sean escuchadas sus propuestas a través de su representante en la Comisión de Calidad y que desde la supervisión se trabaje junto con la Dirección de Enfermería para mejorar las condiciones de este estamento. Además, se ha elaborado un calendario de sesiones de formación como uno de los objetivos del SGC en su primer año de implantación para atender a esa demanda.

Continuando con el grado de cumplimiento de los objetivos de la calidad que se han ido planteando en la definición y despliegue del sistema tras el análisis inicial, podemos decir que el primer objetivo conseguido fue el de aumentar la accesibilidad de los familiares con horarios de visita ampliados, el cual estaba ligado a la estrategia de satisfacción del paciente y humanización de los cuidados. Dicho objetivo, como hemos comentado anteriormente, fue totalmente logrado tras la implantación del proyecto HUCI (humanización de la UCI) recogido en el “PE.12 Procedimiento Estratégico de Humanización” en el que se desarrolla la figura del acompañante-cuidador con el que se mantiene una relación más directa que favorece no solo al paciente si no también a los profesionales que conformamos la Unidad. No se han registrado incidencias y sí una gran acogida por todas las partes implicadas, tal y como se derivan de los registros a través de las encuestas de satisfacción y entradas del SAIP.

Respecto al segundo objetivo, la estandarización de todos los boxes de la UCI Quirúrgica se ha logrado en su totalidad, estableciendo un documento interno que recoge el equipamiento completo del box, además de, una lista de verificación que garantiza su cumplimiento (**anexos 29 y 30**), lo que ha reducido la variabilidad y el tiempo de monitorización de un paciente crítico a su llegada a la Unidad.

El tercer objetivo alcanzado fue el de sistematizar los diferentes procesos clave que se establecieron al inicio de la implantación del SGC y que queda recogido en el mapa de procesos de la UCI Quirúrgica, desarrollando un total de 7 procesos operativos de nuestra actividad asistencial.

En cuanto al cuarto objetivo, que consistía en definir y desarrollar sesiones clínicas de enfermería, como se ha señalado anteriormente, se elaboró un cronograma de sesiones formativas. En 2018 se realizaron un total de 15 sesiones clínicas formativas pero la asistencia media no superó el 40%, de lo que se extrae que existe una dificultad en la compatibilidad horaria debido al trabajo en turnos del personal no facultativo de la Unidad. Para dar salida a este hecho, se planteó la elaboración de sesiones formativas online o grabadas previamente para que la difusión y el alcance a los diferentes profesionales de la Unidad sea mayor.

El quinto objetivo que se ha logrado en su totalidad fue el de la adquisición de nuevos carros de curas y técnicas, unificado su composición con la elaboración de sendos documentos internos (**anexos 30 y 31**), de manera que aumentamos la seguridad en el trabajo al estandarizar la disposición del material.

El sexto objetivo que se estableció fue la protocolización de la resucitación inicial del shock: manejo del shock séptico intraabdominal, que tuvo una acogida importante tras su elaboración y divulgación tanto en el propio Servicio como en el Hospital, presentado en el Día Mundial de la Sepsis, para que otros profesionales implicados lo conocieran y no se produjeran retrasos en el inicio de la terapia en estos pacientes. Punto crucial como es, del manejo correcto del paciente séptico, el diagnóstico temprano y la administración de la antibioterapia en menos de una hora, ya que influye de manera directa en la mortalidad.

El último objetivo desarrollado y alcanzado fue el de la la protocolización de la sistemática de seguimiento de los pacientes mediante la realización de un check-list que integra todo lo que se debe valorar de forma diaria en el paciente crítico (**anexo 33**) y que queda recogido en el "PC.03 Proceso Clave de Seguimiento". En la elaboración del proceso clave intervinieron todos los profesionales del Servicio, hecho que hizo que su implantación fuera ampliamente aceptada y que la lista de comprobación redujera la posibilidad de fallos en el quehacer diario con el paciente. En este sentido cabe destacar la importancia de la revisión diaria de los resultados de los cultivos microbiológicos, el ajuste diario y protocolizado del soporte nutricional, y el establecimiento de un plan diario para manejo durante la atención continuada y como objetivo para facilitar la recuperación precoz y de calidad del paciente crítico.

Con todo lo anterior, podemos decir que del análisis de un SGC se extrae toda la información necesaria para la elaboración de sus objetivos, y que los objetivos de nuestro SGC propuestos en el primer año tienen buenos resultados con un alto nivel de cumplimiento.

Referente al desempeño de los procesos y la conformidad de los productos y servicios de nuestra organización, es de destacar que nuestro SGC ha seguido las directrices de la gestión por procesos, con eje central en un núcleo estratégico definido al inicio y plasmado a través del

“Mapa de Procesos” donde se exponen los procesos implicados y su interrelación. A partir de él se han desarrollado los procedimientos necesarios para la descripción del funcionamiento de la UCI Quirúrgica, tanto a nivel operativo mediante 7 procesos clave, como en lo que se refiere a procedimientos de tipo estratégico, con un total de 13, o de apoyo o soporte, con un total de 5. Además, los procesos clave se completan con un número elevado de protocolos: 29 protocolos médicos y 26 de enfermería, que buscan la normalización y estandarización del proceso asistencial como garante de la mejora continua. El control de todos ellos se ha llevado a cabo siguiendo las premisas del “PE.03 Procedimiento Estratégico de Gestión de la información documentada” que ha asegurado que todo este proceso de descripción del sistema estaba controlado. Respecto al control de la comunicación que requieren los procesos, punto crucial es el “PE.07 Procedimiento Estratégico de Gestión de comunicación interna y externa” que cumple el punto 7.4 de la Norma ISO 9001:2015. Se ha conseguido un alto nivel de mejora con la realización de procedimientos y protocolos para la estandarización e implementación de todos los procesos que ha podido garantizar el desarrollo y progresión de la UCI Quirúrgica.

Un aspecto destacable de la implementación de un SGC es la detección incidencias y no conformidades (aquéllas incidencias que no cumplen algún punto de la Norma). Se han detectado un total de 13 no conformidades de un total de 46 incidencias (8 extraídas de la auditoría interna) conllevando a 7 acciones correctivas. La mayoría tuvieron como acción correctiva a medio plazo la información y formación de los protocolos y procedimientos que integran el SGC, de lo que se extrae que es tan importante la implementación de un SGC como su difusión entre los profesionales que integran la organización. Para todas las incidencias y no conformidades se han elaborado acciones de mejora mediante la adquisición de los recursos necesarios (informáticos, de mantenimiento, etc.) o la realización de protocolos, registros, planificación del seguimiento y la monitorización bajo supervisión de los responsables de la organización. La detección de incidencias y su registro para el posterior análisis, nos permitirá el avance en la mejora continua para la cual estamos trabajando diariamente.

Respecto a los resultados del seguimiento y medición del SGC, se ha definido el “PE.11 Procedimiento Estratégico de Seguimiento, medición, análisis y evaluación” para desarrollar la metodología necesaria para disponer de indicadores de monitorización que proporcionen un seguimiento de los procesos orientado a la mejora continua de la calidad. Además de indicadores de actividad u organización que proporcionan una panorámica del funcionamiento general del servicio, como la mortalidad observada, situándose ésta muy por debajo del estándar recomendado (3,89% en 2018 (estándar <9,52%)) hay otros indicadores mucho más específicos y centrados en los diferentes componentes de la calidad del servicio que son totalmente necesarios. Se incluyeron aquellos que monitorizan lo que se consideran “prácticas de seguridad

del paciente⁷⁽⁹⁾: reducción de caídas (0% en 2018), prevención de la infección por catéter venoso central (2‰ en 2018 (estándar <3‰)), del uso del catéter urinario (3,1‰ en 2018 (estándar <4‰)), las destinadas a la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica (4‰ en 2018 (estándar <7‰)), higiene de manos (78,4% (estándar >90%)), reducción de las úlceras por presión (1,02% en 2019 (estándar <5%)), profilaxis de la trombosis venosa (90,62% en 2019). En el proceso de mejora continua de nuestro servicio, la implantación de los programas ZERO de la SEMICYUC ha dado lugar a una mejora notable de los indicadores que reflejan la infección nosocomial o la relacionada con la práctica sanitaria, con resultados muy por debajo del exigido por los estándares recomendados y con una reducción significativa respecto a registros de años anteriores a la implantación del SGC facilitados por el Servicio de Microbiología nuestro Hospital (bacteriemia asociada a catéter venoso central: 8,5‰ en 2011 vs. 2‰ en 2018 - neumonía asociada a ventilación mecánica: 22,9‰ en 2011 vs. 4‰ en 2018). Muchos otros indicadores se han ido implantando de forma progresiva, algunos pendiente de definir metodología y fuentes de información necesarias para su desarrollo, ocupando parte importante de los nuevos objetivos a desarrollar. Se debe continuar en la línea de mejora incorporando bases de datos y tecnología informática, además de la designación de responsables de seguimiento y análisis de los diferentes indicadores. Para ello se está trabajando desde la Sección de Cuidados Intensivos de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SCI-SEDAR) en un proyecto financiado por la misma para desarrollar un registro nacional de todas la UCIs que dependen de los servicios de Anestesiología, por lo que esperamos disponer de una buena herramienta de registro en las próximas revisiones.

La primera auditoría interna se realizó en la UCI Quirúrgica en diciembre de 2018 tras un año de implementación de su SGC, puso de manifiesto puntos fuertes del sistema como el compromiso de los profesionales para la implementación y mantenimiento del SGC, la gestión bien definida de la información documentada así como el desarrollo de sus procesos operativos y de sus protocolos y de los que definen el cumplimiento de la Norma como son los procesos estratégicos, además de un sistema bien diseñado para la detección de incidencias y acciones correctivas. Se señalan como áreas de mejora la adquisición de nuevos recursos materiales y la mejora de la sistemática/utilización de algunos equipos. Las auditorías internas se programarán anualmente, aunque podrán solicitarse otras complementarias que se definirán por parte de la Comisión de Calidad si se detectan áreas susceptibles de evaluación y control más próximo. La auditoría interna es una herramienta que nos permite analizarnos de forma imparcial antes de obtener la certificación, ésto es clave, ya que proporciona información acerca de si nuestro SGC es conforme con los requisitos propios y los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, y si está implantado y se mantiene eficazmente. Todas las no conformidades y áreas de mejora

observadas por la auditoría interna se resolvieron previamente a la auditoría externa y a la obtención del certificado de acreditación (**anexo 37**). Gracias a la implementación del SGC, la elaboración de auditorías y la obtención de informes y certificados, se consigue una gran colaboración de la Dirección del Hospital mediante la disposición de nuevos recursos humanos y materiales, que de otro modo no hubiera podido contribuir a la mejora de nuestro sistema al carecer de una evaluación objetiva de nuestro funcionamiento.

El desempeño de los proveedores externos de la organización está centrado en el análisis fundamentalmente de los “PS.01 Procedimiento de Soporte de Gestión de Compras” y “PS.02 Procedimiento de Soporte de Logística y Almacén”. El PS.01 da a conocer los pasos a seguir desde la realización de manera sistemática de los pedidos hasta su posterior recepción, revisión y colocación en el almacén correspondiente, de esta manera se asegura que los materiales recepcionados y colocados en nuestra Unidad son aquellos que se han solicitado y que los mismos cumplen con los requisitos de calidad exigidos, identificando y retirando al mismo tiempo aquellos que se consideren no conformes para proceder a su devolución. La emisión de un pedido es función de la Supervisora de enfermería pero la responsabilidad de detectar las necesidades depende de todos los trabajadores que conforman la Unidad ya que los almacenes están dentro de la misma y cualquier trabajador tiene acceso a ellos. En tal responsabilidad también se incluye al Servicio de Suministros porque da el visto bueno al pedido, y al Servicio de Almacén del Hospital porque es quien debe avisarnos cuando un artículo se recepciona. El buen funcionamiento de la provisión de artículos pasa lógicamente por tener claros algunos aspectos como: pronósticos de consumo, cantidad de presentación, fecha de entrega, etc. Todos nuestros artículos proceden de proveedores externos y pueden llegar a serlo de dos maneras: 1) para artículos de gran consumo, los proveedores deben presentar los artículos cumpliendo una serie de requisitos plasmados y publicados en el pliego de condiciones, además de demostrar su capacidad para suministrar el producto en la cantidad y en los tiempos exigidos, el denominado “concurso”. Todos aquellos que no cumplan los requisitos mínimos del pliego de condiciones quedan automáticamente descartados, de esta manera nos aseguramos que la mercancía posteriormente servida cumple los cánones de calidad; 2) otros productos más específicos pueden ser elegidos por cada Unidad tras la justificación de los mismos y a través del “RI-055 Modelo de solicitud material no inventariable” (**anexo 38**) cubriendo de esa manera necesidades particulares. Una vez hecha la solicitud, el artículo deberá ser aprobado por la Comisión de Compras del Hospital antes de que sea incluido en nuestro listado particular. Por todo lo anteriormente descrito, no tendría sentido si no se tiene un seguimiento y supervisión de los materiales pedidos y suministrados para ofrecer un servicio de calidad, ya que es la única manera

que nos permite tomar decisiones y acciones en el proceso de compra: correctivas, preventivas y de mejora.

En cuarto lugar, en cuanto a la adecuación de los recursos de los que disponemos, la UCI Quirúrgica tiene los recursos humanos a los estándares y ratios definidos para las Unidades de Cuidados Intensivos definidos por el Ministerio de Sanidad⁽⁵⁾. La infraestructura no cumple con los estándares, por lo que se ha planteado a la Dirección del Hospital y se ha incluido en el nuevo Plan Directorio de Hospitalización la ampliación y mejora de física de la UCI Quirúrgica para adecuarla a los requisitos exigidos por los pacientes y los profesionales. Se puede decir que la UCI Quirúrgica cuenta con tecnología de última generación médica y con grandes profesionales comprometidos al servicio del diagnóstico y tratamiento del paciente crítico.

En quinto lugar, el análisis de los riesgos se ha realizado mediante la herramienta AMFE (Análisis Modal de Fallos y sus Efectos), además se ha realizado el análisis de las acciones de mejora emprendidas y su efectividad para cada uno de los procesos clave del SGC. La detección de los riesgos y adelantarse a que se produzcan, es decir, las debilidades de nuestros procesos clave, es de vital importancia puesto que algunos pueden causar daño en el paciente.

Se han señalado los puntos débiles de cada proceso y los posibles riesgos. Aquéllos con mayor puntuación de riesgo se seleccionaron para realizar acciones de mejora. En cuanto al "PC.01 Procedimiento Clave de Ingreso y Valoración Inicial", por frecuencia se ha visto que, en ocasiones, acuden pacientes a ingresar en la UCI Quirúrgica sin que previamente se haya puesto en conocimiento por parte del personal de enfermería y/o TCAE encargado, por lo que existe el riesgo de que el box no esté equipado con todo lo necesario para una atención correcta o que los profesionales no estén disponibles para ofrecer atención. La acción de mejora planteada fue notificar mediante escrito a la Supervisión de quirófano la necesidad de avisar antes del ingreso programado en la UCI Quirúrgica, recordándose dicha medida en sesiones clínicas a los facultativos y otros responsables del paciente en quirófano. Tras la implantación de dicha acción de mejora, se volvió a evaluar el riesgo al año de implementación, donde la efectividad de la acción fue del 60%.

El segundo problema en importancia, aunque no por frecuencia, pero si en gravedad, es el riesgo de caídas por falta de protocolización de quién debe ser el responsable de levantar las barandillas de las camas al ingreso del paciente. La acción de mejora ha consistido en determinar que debe ser el celador/a que trae al paciente el encargado y la Supervisora de enfermería la responsable de su seguimiento. Tras la implementación de esta acción la reducción del riesgo se estimó en un 93%.

En cuanto al “PC.02 Procedimiento Clave de Estabilización”, el mayor riesgo que se ha detectado es la falta de valoración y aplicación de las medidas adecuadas para prevenir las úlceras por presión. Tampoco se individualiza el riesgo de la úlcera de estrés ni el riesgo trombótico del paciente. Para la correcta valoración de las UPP la Supervisora se encargó de recordar en sesiones clínicas la necesidad y la importancia de la valoración, prevención y registro. La efectividad de dicha medida fue del 65%. Tras implantación de scores informáticos automatizados para la valoración del riesgo de la úlcera de estrés y el riesgo trombótico, la efectividad se tradujo en un 83% en cuanto a mejorar la indicación de la terapia farmacológica en ambos casos.

Sobre el “PC.03 Procedimiento Clave de Seguimiento”, el mayor riesgo detectado es que en ocasiones la información del pase de guardia no refleja la situación real del paciente debido al olvido de información o cambios que no se han registrado previamente. La acción de mejora implementada ha sido realizar el pase de guardia con las gráficas de enfermería a pie de cama del paciente con los facultativos/as asignados a la Unidad, la Supervisora y la enfermería y TCAE para tener un conocimiento global del plan del día y de los objetivos en el paciente, dicha medida fue muy aceptada y efectiva en un 89%.

Otro problema importante es que, al tener la historia informatizada, se actualizan tratamientos a mano sobre el papel impreso, resultando que estos cambios no queden transcritos y no se continúe con el tratamiento al día siguiente. Para ello, se informó en sesión clínica de la importancia de la transcripción de los tratamientos, con la revisión sistemática del Jefe de la Unidad, resultando efectiva dicha medida en un 87% tras su revisión.

Otra mejora de este proceso fue la extracción de la analítica diaria del paciente en el turno de noche de enfermería para disponer de los resultados en sesión clínica entre facultativos de las 8,15h y así poder realizar la puesta en común y en marcha de los tratamientos de manera consensuada y precoz. Esta medida obtuvo un 72% de efectividad. La única medida que no se ha implantado fue la disposición de las gráficas de enfermería a pie de cama del paciente debido a la falta de consenso entre los estamentos que representan la Comisión de Calidad y la falta de un sistema de soporte estructural que facilite dicha localización.

En referencia a los “PC.04 Procedimiento Clave de Pruebas complementarias” y “PC.05 Procedimiento Clave de Interconsultas” no se han encontrado riesgos destacables marcados, pues están más orientados a explicar el proceso de solicitud en si mismo. El único punto a destacar del PC.04 sería el olvido de marcar como “urgente” la analítica diaria, con el retraso que eso conlleva en la obtención de los resultados, así como la falta de citación antes de las 12h en el Servicio de Radiología de la TAC de control a las 24h en el paciente de ingreso programado

neuroquirúrgico. Ambas fueron recordadas reiterativamente por el Jefe de Sección en sesión clínica, obteniendo una mejora en 89% y 76% respectivamente. Destacar del PC.05 que se detectó la falta de transcripción, en la historia clínica informatizada, de la valoración por parte de los servicios quirúrgicos que se implican en el control evolutivo del paciente, por lo que el Jefe de Sección realizó un escrito a los servicios implicados para recordar la importancia de que todo quede constatado en la historia clínica del proceso asistencial. Dicha medida tuvo una efectividad del 64% quedando como nota de evolución cada una de las visitas y/o valoraciones del especialista quirúrgico.

Continuando con el “PC.06 Procedimiento Clave de Traslados”, se ha determinado como riesgos la no realización del “RI-005 Check-list transporte paciente” con la importancia en la seguridad que ello implica. El traslado intrahospitalario de un paciente es una situación clara de riesgo porque se favorece la inestabilidad hemodinámica y el empeoramiento clínico. Para garantizar un traslado seguro, se dispone de una monitorización específica y de un maletín de transporte dotado de todo el material y fármacos que puedan ser necesarios para tratar cualquier evento imprevisto. El fallo en la revisión de dicho maletín o en los sistemas de monitorización de transporte durante el traslado suponen un riesgo de daño al paciente, que por otro lado, puede ser evitado mediante este sistema de verificación antes de que se realice. Dicha medida fue recordada y seguida por la Supervisora de enfermería y por el Jefe de Sección, obteniéndose una mejora posterior del 68%. También se realizaron sesiones de formación de manejo de los sistemas de monitorización durante el traslado del paciente, bajo la responsabilidad de la Supervisora de enfermería. Esta acción de mejora resultó ser escasa pues solo se observó un 33% de efectividad, pudiendo ser debido a la escasa participación en las sesiones formativas por el personal de enfermería, como hemos reflejado anteriormente en el cuarto objetivo de 2018 del SGC.

Por último, en el “PC.07 Procedimiento Clave de Alta”, los posibles errores que se han detectado son la falta de coordinación entre facultativos/as y la Supervisora de enfermería a la hora de decidir el alta de un paciente a planta, no notificándolo con la antelación suficiente para disponer de cama en la planta de hospitalización, y permaneciendo el paciente más tiempo en la Unidad ocupando un box que pudiera necesitarse para otro paciente crítico. Para mejorar este aspecto también nos hacemos valer del pase multidisciplinar a pie de cama del paciente integrado por los facultativos/as asignados a la Unidad, la Supervisora y la enfermería y TCAE. Esta medida fue efectiva en un 56%. Hay que tener en cuenta que las situaciones y circunstancias clínicas varían en el paciente crítico, no pudiendo prever la aparición de alguna complicación antes del alta en el 100% de los casos.

Otra incidencia detectada, puntual, aislada, pero de gravedad, fue la no realización del informe de alta durante un traslado interhospitalario. Para evitar la repetición de este hecho se ha recordado en sesión clínica la obligatoriedad de la realización de un informe de cada paciente que se desplaza fuera del centro sanitario, dicha medida fue efectiva en un 60% tras su reevaluación.

Las áreas de mejora que se han detectado en la revisión del SGC, han servido de guía para el trabajo hacia la mejora de la calidad. Especial hincapié se hace en la formación continuada demandada por los profesionales del Servicio así como el de flexibilizar su acceso a la misma, siendo necesaria una conciliación familiar efectiva. Mejorar el soporte informático para obtener registros automatizados y bases de datos que nos permitan mejorar el seguimiento y posterior análisis de los indicadores de calidad es también un objetivo que se persigue.

Para dar respuesta a los resultados de la revisión por la Dirección con un enfoque hacia el futuro, y a partir de toda la información recogida de este análisis, se plantean los objetivos a desarrollar para la mejora del SGC y la mejora de la calidad de los servicios prestados. Dentro de los nuevos objetivos planteados, los más importantes a destacar ya que se derivan del análisis previo, son: la implementación del registro y medición de todos los indicadores de calidad que se han establecido como esenciales; y la realización e implementación del proceso clave de Docencia de los profesionales de la Unidad.

Las oportunidades que se plantean van a requerir cambios en el SGC y necesidad de nuevos recursos, de forma que se establecen los objetivos definiendo su fundamento, acciones a desarrollar, responsable de la implementación, áreas y profesionales implicados, recursos y cambios necesarios, cronograma de acción, y evaluación y seguimiento mediante indicadores de calidad, para que su alcance en el futuro sea total al abordar todos sus aspectos, e incluso, de la colaboración de la Dirección del Hospital para la disposición de nuevos recursos humanos y materiales.

Como ya se ha mencionado anteriormente las revisiones por la Dirección serán anuales. Se evaluará el rendimiento del sistema y los objetivos establecidos, tras la cual le seguirá el proceso de auditoría interna, cuyo objetivo principal será proporcionar información acerca de si el SGC es conforme con los requisitos propios de la organización y de la Norma ISO 9001:2015 para su posterior reacreditación externa. Con todo ello, se pretende asentar el SGC de la UCI Quirúrgica ofreciendo así una asistencia de calidad bajo el proceso de mejora continua y la búsqueda de la excelencia, garantizando la implicación constante y permanente de los profesionales con la calidad.

CONCLUSIONES

- La implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la UCI Quirúrgica basado en la Norma ISO 9001:2015 mejora la calidad asistencial.
- El Sistema de Gestión de la Calidad de la UCI Quirúrgica basado en la Norma ISO 9001:2015 incorpora el enfoque por procesos del paciente crítico quirúrgico, asegurando que los procesos cuenten con los recursos necesarios y se gestionen adecuadamente.
- La variabilidad de la práctica clínica se redujo con procedimientos y protocolos de los procesos operativos de nuestra organización.
- La Norma ISO 9001:2015 mediante la metodología AMFE ha permitido el control de los riesgos asociados a cada uno de los procesos claves.
- Las encuestas de satisfacción de los profesionales han proporcionado herramientas para analizar y mejorar las demandas de nuestros profesionales.
- La estandarización de los procesos clave permite fortalecer la cultura del Plan de Seguridad Integral.
- Mediante un sistema de auditoría internas y externas anuales que garantice el cumplimiento de la Norma ISO 9001:2015 consolidamos este Sistema de Gestión de la Calidad.
- Nuestra UCI Quirúrgica proporciona un servicio de la más alta calidad para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y garantizar su seguridad, con un proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente crítico de alta calidad científico-técnica, cumpliendo los requisitos y las normativas vigentes con eficiencia y con el compromiso de la mejora continua.

BIBLIOGRAFÍA


1. Departament de Salut Elx [homepage en Internet]. Elche: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2021c [actualizada 26 febrero 2021; consultado 4 marzo 2021]. Disponible en: http://www.elche.san.gva.es/web/departamento_elche.
2. Departamento de Salud Elche - Hospital General. Plan de Calidad Departamento de Salud Elche - Hospital General 2014-2015.
3. Departamento de Salud Elche - Hospital General. Manual de Metodología del Departamento de Salud Elche - Hospital General 2014-2015.
4. Instituto de Información Sanitaria. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2009 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidades de cuidados intensivos: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
6. Secretaría Central de ISO. Norma Internacional ISO 9001:2015 (traducción oficial). Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos. 5ª ed. Suiza: ISO; 2015.
7. Servicio de Atención e Información al Paciente. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana; 2001.

8. SEMICYUC. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. Actualización 2017.
9. Aranaz Andrés JM. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. 2ª ed. Madrid: Fundación Mapfre; 2017.
10. Lorenzo Torrent R, Sánchez Palacios M, Santana Cabrera L, y col. Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008. Med Intensiva. 2010;34(7):476-482.
11. Velasco Gimeno C, Cuerda Compés C, Alonso Puerta A, y col. Implantación de un sistema de gestión de la calidad en una unidad de nutrición según la norma UNE-EN-ISO 9001:2008. Nutr Hosp. 2015;32(3):1386-1392.
12. Betlloch-Mas I, Ramón-Sapena R, Abellán-García C, y col. Implantación y desarrollo de un sistema integrado de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2015 en un Servicio de Dermatología. Actas Dermosifiliogr. 2019;110(2):92-101.
13. Martín MC, Cabré LI, Ruíz J, y col. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Med Intensiva. 2008;32(1):23-32.
14. BOE nº 35, de 10 de febrero de 2015. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.
15. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Memoria de gestión Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Castellón: Generalitat; 2020.

16. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2010.
17. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. IV Plan de Salut. 1^a ed. Castellón: Generalitat; 2016.
18. Enders C, Lang GE, Lang GK, et al. ISO 9001:2015 Certification in Quality Management. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2017;234(7):886-890. doi: 20.1055/s-0043-111084.
19. Cabero MJ, Guerra JL, Gaité L, et al. Experience of implementing the ISO 9001:2015 standard for the accreditation of a pediatric hospital emergency department. *J Healthc Qual Res.* 2018;33(4):187-192. doi: 10.1016/j.jhqr.2018.02.005.
20. Marcelissen FHG, Weel ANH. Certification and quality assurance in Dutch occupational health services. *Int J Occup Med Environ Health.* 2002;15(2):173-7.
21. Van der Bij JD, Vollmar T, Weggeman MC. Quality systems in health care: a situational approach. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1998;11(2-3):65-70.

ANEXOS

ANEXO 1. PE.01 Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico

	<p>Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>PE-01 V-01</p> <p>18-01-18 Página 1 de 11</p>	
---	--	---	--


PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DEL CONTEXTO , PARTES INTERESADAS Y MARCO ESTRATÉGICO

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha – 18-01-18	Fecha - 18-01-18	Fecha - 18-01-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	<p>Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-01 V-01</p>	
		<p>18-01-18</p>	<p>Página 2 de 11</p>

1. OBJETO

El objeto de este documento es describir el contexto de la organización, revisando la situación actual, así como las partes interesadas en la misma con sus necesidades y expectativas como determinantes del marco estratégico de la **UCI Quirúrgica** dependiente del **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche**.


La Planificación Estratégica es un proceso sistemático de desarrollo y puesta en marcha de actividades y planes orientados al logro de unas metas y objetivos en el futuro de la organización.

Se trata de conociendo la realidad del presente, el contexto y circunstancias de la razón de ser y los principios de la organización, mirando el futuro y buscando su perspectiva, definir y desplegar el camino para el logro de los mismos.

2. ALCANCE

En este documento se plantea un alcance relacionado con el análisis inicial de la situación con la definición interna externa y las expectativas y necesidades de las partes interesadas para la definición de las líneas estratégicas de la **UCI Quirúrgica**.

El proceso aplica a la dirección de la unidad como clave y responsable del mismo, pero son todos los profesionales los que finalmente tienen que estar implicados en el desarrollo del marco estratégico para el logro del cumplimiento adecuado de los objetivos y planes de acción con lo que la comunicación y participación de todos los profesionales en el proceso es más que oportuna.

	Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-01 V-01	
		18-01-18	Página 3 de 11

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

El **marco de referencia de la organización** viene determinado por el carácter de servicio que desempeña y estar enmarcada en la **Consellería de Salud Pública y Sanidad Universal** con lo que toda la legislación y normativa de la misma aplicará a este punto de análisis del contexto y partes interesadas.

Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad . Requisitos . Puntos 4.1 - Comprensión de la organización y de su contexto y 4.2 - Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Entre las **definiciones a tener en consideración** están las siguientes :


Contexto de la Organización: *Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos.* ISO 9001:2015.

Este conocimiento de la propia organización y de su entorno, es decir, de su contexto, puede acabar convirtiéndose en un elemento estratégico para ella, ya que le va a permitir adaptarse a los cambios internos y externos que inexorablemente ocurrirán con el paso del tiempo.

Parte Interesada: *Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad ISO 9000:2015.*

Además de considerar los requisitos y necesidades del cliente, las organizaciones deben identificar a sus partes interesadas pertinentes, es decir, aquellas partes interesadas que van a influir o verse influidas por el Sistema de Gestión de Calidad, y determinar sus requisitos.

Estrategia: Plan ideado para dirigir un asunto y para designar al conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento. En otras palabras, una

	<p>Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-01 V-01</p>	
		<p>18-01-18</p>	<p>Página 4 de 11</p>

estrategia es el proceso seleccionado a través del cual se prevé alcanzar un cierto estado futuro.


DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades): Herramienta que analiza tanto factores internos como externos, y que se puede aplicar a cualquier tipo de organización. Esta herramienta va a permitir obtener una imagen de la empresa y su contexto en un momento determinado. A nivel interno mediante la descripción de las debilidades y fortalezas encontradas y a nivel externo valorando las amenazas y las oportunidades que pueden existir.

4. DESARROLLO

La **UCI Quirúrgica** determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad y debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas, como señalan los requisitos del punto 4.1 de la Norma ISO 9001:2015.

La cláusula 4 de la norma ISO 9001 2015 "Contexto de la organización" requiere que la organización se evalúe a sí misma y su contexto. Esto significa que es necesario definir las influencias de diversos elementos y cómo se reflejan en el Sistema de Gestión de la Calidad según la norma ISO 9001 2015, la cultura, los objetivos de la organización y las metas, la complejidad de los productos, el flujo de procesos e información, el tamaño de la organización, etc.

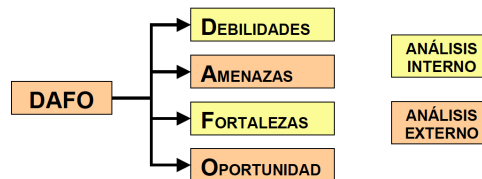
El primer conocimiento necesario para llevar a cabo adecuadamente este punto es la consideración del núcleo estratégico de misión, visión y valores de la organización. Las organizaciones se identifican por su "Núcleo Estratégico" :

	<p>Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-01 V-01</p>	
		<p>18-01-18</p>	<p>Página 5 de 11</p>


Misión (razón de ser) , Visión (perspectiva de futuro) y Valores (principios en los que se sustenta) , que es el marco del proceso.

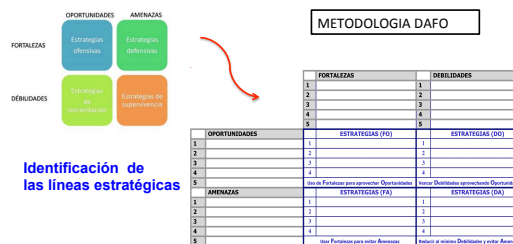
El control y seguimiento de este “camino” para conseguir el futuro planteado se realiza mediante la monitorización de una serie de indicadores de gestión, que se denomina Cuadro de Mandos Integral.

El siguiente punto del **documento** es el análisis de la situación, tomándose para ello el análisis DAFO (Debilidades Internas, Amenazas Externas, Fortalezas Internas y Oportunidades Externas) que proporciona una mirada actual de la realizada de la organización para poder definir las estrategias a seguir.



La matriz **DAFO** (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) es una herramienta de análisis que puede ser aplicada para evaluar el contexto de la organización, es como si se tomara una “radiografía” de una situación puntual de lo particular que se esté estudiando. Las variables analizadas y lo que ellas representan en la matriz son particulares de ese momento. Luego de analizarlas, se deberán tomar decisiones estratégicas para mejorar la situación actual en el futuro.

	Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-01 V-01	
		18-01-18	Página 6 de 11




Las organizaciones deben considerar todos los elementos que puedan influir en el desempeño del sistema de gestión, incluyendo externo, interno, cultural, social, económico, tecnológico, y los factores legales. Estos son considerados como factores que influyen en la organización de los objetivos, el propósito y la sostenibilidad de la organización.

Las expectativas de las partes interesadas plantean que *“debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, la organización debe determinar”*:

- a) las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad.
- b) los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad.

La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.

Los resultados de este análisis del contexto de la organización se plasman en el registro **R.01 PE.01 Registro de Análisis del contexto de la organización**


	Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-01 V-01	
		18-01-18	Página 7 de 11

R.01 PE.01 - Registro de la Matriz DAFO para el análisis del contexto			
Comprensión de la organización y de su contexto - (Punto 4.1 Norma ISO 9001 - 2015) - Análisis DAFO			
FORTALEZAS INTERNAS	DEBILIDADES INTERNAS	OPORTUNIDADES EXTERNAS	AMENAZAS EXTERNAS

Las **partes interesadas** de la **UCI Quirúrgica** son las siguientes:

- 1.- Pacientes y Familiares
- 2.- Facultativos del Hospital
- 3.- Personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores.
- 4.- Facultativos de otros hospitales
- 5.- Dirección del Servicio
- 5.- Proveedores

El análisis de estas expectativas y necesidades de las partes interesadas queda reflejada en el registro **R.02 PE.01 Registro de Análisis e las expectativas y necesidades de las partes interesadas**.

	Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico		Sistema de Gestión de Calidad	
			PE-01 V-01	
			18-01-18	Página 8 de 11


R.02 P.01 Registro de Análisis e las expectativas y necesidades de las partes interesadas	
Fecha: 21/11/2017	
Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (Requisito 4.2 Norma ISO 9001:2015)	
Registro para el análisis de las expectativas y necesidades de las partes interesadas.	
Partes Interesadas - Definir - Partes Interesadas -	
Partes Interesadas -	
Expectativas y necesidades -	
Expectativas y necesidades -	
Expectativas y necesidades -	
Expectativas y necesidades -	
Expectativas y necesidades -	
Expectativas y necesidades -	
Expectativas y necesidades -	

El siguiente paso será desplegar las respuestas CAME al análisis realizado de forma que se pueda:

DAFO	CAME
Debilidades	Corregir
Amenazas	Afrontar
Fortalezas	Mantener
Oportunidades	Explotar

CORREGIR LAS DEBILIDADES: Para corregir las debilidades debemos planteamos lo siguiente: ¿qué puedo hacer para mejorar estos puntos débiles que me afectan negativamente?

Se trata de pensar en soluciones accesibles, y que el mérito en la corrección de debilidades pasa por conseguir mucho con pocos recursos. Sé realista y adáptate a tus posibilidades. Si las correcciones pasan por cosas inalcanzables, este ejercicio más que para ayudarte solo servirá para deprimerte, y desde luego que

	Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-01 V-01	
		18-01-18	Página 9 de 11

ese no es el objetivo. Es mejor comenzar por aquellas debilidades que se solucionan con una menor inversión de tiempo y dinero lo que te motivará a continuar con el resto de debilidades.

AFRONTAR LAS AMENAZA: Cuando hablamos de afrontar las amenazas que se han detectado en el DAFO, hablamos de qué estrategias de supervivencia vamos a establecer en un entorno hostil. No podemos huir hacia adelante, sino plantear cómo podemos hacer frente a esas amenazas. Son las propias amenazas las que hay que afrontar. Algo útil es utilizar las fortalezas para destacar sobre la competencia consiguiendo afrontar esa amenaza de mejor modo.

MANTENER LAS FORTALEZA: Mantener las fortalezas es imprescindible para lograr los objetivos. Parece una obviedad, pero es importante que no por centrar esfuerzos en corregir debilidades y afrontar amenazas descuidemos nuestras fortalezas actuales y que poco a poco se vayan debilitando y perdiendo su fuerza.


EXPLOTAR LAS OPORTUNIDADES: Explotar las oportunidades puede suponer una valiosa estrategia si somos capaces de poner en valor la organización ante esa oportunidad externa que se nos presenta.

5. RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de este proceso es de la dirección y la responsable del sistema que es la Jefa del Servicio, aunque los profesionales participan de una u otra forma en las diferentes partes del proceso, según la información requerida en cada ocasión


6. INDICADORES

- Número de líneas estratégicas definidas después del análisis DAFO


	Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-01 V-01	
		18-01-18	Página 10 de 11


7. ANEXOS

Anexo nº 1 Detalle del **R.01 PE.01 Registro de Análisis DAFO del contexto de la organización**

			
R.01 PE.01 - Registro de la Matriz DAFO para el análisis del contexto			
<small>Comprensión de la organización y de su contexto - (Requisito 4.2 Norma ISO 9001 - 2015) - Análisis DAFO</small>			
FORTALEZAS INTERNAS	DEBILIDADES INTERNAS	OPORTUNIDADES EXTERNAS	AMENAZAS EXTERNAS

Anexo nº 2 Detalle del **R.02 PE.01 Registro de Análisis e las expectativas y necesidades de las partes interesadas.**

	Procedimiento Estratégico de Análisis del Contexto, Partes Interesadas y Marco Estratégico	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-01 V-01	
		18-01-18	Página 11 de 11

	
R.02 P.01 Registro de Análisis e las expectativas y necesidades de las partes interesadas	
Fecha : 21/11/2017	
Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (Requisito 4.2 Norma ISO 9001:2015)	
Registro para el análisis de las expectativas y necesidades de las partes interesadas.	
Partes Interesadas - Definir - Partes Interesadas -	
Parte interesada	
Expectativas y necesidades	
Expectativas y necesidades	
Expectativas y necesidades	
Expectativas y necesidades	
Expectativas y necesidades	
Expectativas y necesidades	
Expectativas y necesidades	
Expectativas y necesidades	

ANEXO 2. Manual del Sistema de Gestión de la Calidad en la UCI Quirúrgica

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 1 de 78

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad	Coordinadores	Responsable
Vanessa Nolasco Guirao	Sistema Gestión de Calidad	Sistema Gestión de Calidad
	Jaime Miralles Sancho	Ana Pérez Carbonell
	Masun Antón Latour	
Fecha - 10-09-18	Fecha - 10-09-18	Fecha - 10-09-18

Esta documentación pertenece a la **Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública**, al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

INDICE

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 2 de 78

1 - OBJETO Y PRESENTACION DE LA ORGANIZACIÓN

2 - REFERENCIAS NORMATIVAS

3 - TERMINOS Y DEFINICIONES

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4 - CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

5 - LIDERAZGO

6 - PLANIFICACIÓN

7 - APOYO

8 - OPERACIÓN

9 - EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

10 - MEJORA

1 - OBJETO Y PRESENTACION DE LA ORGANIZACIÓN

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 3 de 78

El presente Manual de Calidad tiene por **objeto** definir la estructura y el funcionamiento del **Sistema de Gestión de la Calidad** la **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA** y describe siguiendo los requisitos establecidos norma **Norma ISO 9001:2015** las actividades realizadas para implantar un Sistema de la Calidad.

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA apuesta por definir y desarrollar un sistema de gestión de calidad que aplique a todos los servicios y productos desarrollados.

La "**Gestión de la Calidad**" es el conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad.

Un **sistema de gestión de calidad** se documenta con un **manual de calidad** y con procedimientos e instrucciones técnicas y debe revisarse su cumplimiento a través de auditorías. Debe contemplar todos aquellos aspectos que tengan incidencia en la calidad final del producto o servicio que presta la organización. A continuación se detallan los principios de la gestión de la calidad

PRESENTACION DE LA ORGANIZACIÓN

La **Unidad de CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA** presta sus servicios en el **Hospital General Universitario de Elche (HGUE)** , aunque para algunas situaciones y patologías es también centro de referencia de otros departamentos de salud.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 4 de 78

En el Departamento de Salud de Elche (Departamento 20) se encuentra el Hospital General Universitario de Elche (HGUE), inaugurado en el año 1978. El Hospital General Universitari d'Elx se encuentra situado en la Partida de Huertos y Molinos de dicho municipio y, por tanto, en el corazón de la Comarca del Baix Vinalopó. El Hospital da cobertura asistencial a todo el departamento sanitario que engloba los municipios de Elche y Santa Pola con una población global de 163.576 habitantes que se incrementa considerablemente en período estival, sobre todo en enclaves turísticos como Santa Pola, La Marina y Arenales del Sol.



Figura 1: Hospital General Universitario de Elche

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 5 de 78

PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”. En definitiva, la calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias y de hacer bien lo correcto.

La calidad es uno de los elementos fundamentales para la mejora de los sistemas sanitarios modernos. Se trata de un concepto complejo cuyo abordaje implica considerar los intereses, necesidades e interacciones de los diferentes agentes que participan, clientes externos (pacientes y familiares) e internos (profesionales y gestores), así como las dimensiones de la calidad.

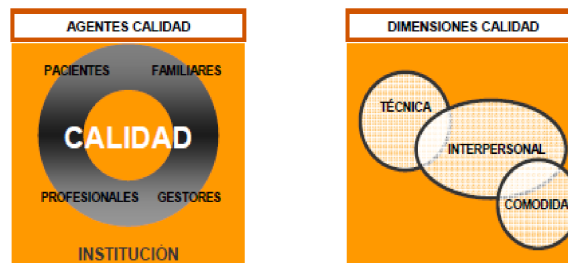


Figura 2: Elementos de la calidad

El Departamento de Salud Elche – Hospital General, en su compromiso con la Calidad de la Asistencia y siguiendo las líneas estratégicas marcadas por las diferentes instituciones y organismos a nivel comunitario, nacional e internacional, desarrolló e implementó su primer Plan de Calidad 2008-2009,

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 6 de 78

fruto del consenso de los profesionales mediante su participación activa en las Comisiones de Calidad y de Dirección del Departamento.

En la actualidad, de nuevo se apuesta por un modelo orientado hacia la "Calidad Total" y la Excelencia, como base para una atención de calidad y en continuo proceso de mejora.

Mediante el actual Plan de Calidad 2014 – 2015. Los retos que se plantean son:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de pacientes y su familiares
- Aportar el máximo nivel de prestaciones asistenciales, docentes y de investigación.
- Fidelizar a la población de referencia
- Difundir y establecer una cultura de Calidad y Seguridad, potenciando una "cultura evaluativa"
- Garantizar la accesibilidad a los servicios, impulsando iniciativas dirigidas a mejorar el conocimiento sanitario de la población y a facilitar el conocimiento del funcionamiento y prestaciones del Departamento
- Consolidar y proyectar la imagen y el trabajo desarrollado en el centro entre la población, los profesionales y las organizaciones

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

MISIÓN ¿Cuál es nuestra tarea?

Mejorar y mantener el nivel de salud de la población de referencia satisfaciendo sus necesidades y expectativas mediante la **prestación de**

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 7 de 78

una atención sanitaria de calidad en un entorno asistencial confortable y seguro: acorde con la evidencia científica y los recursos disponibles, y mediante el compromiso y actualización constante de nuestros profesionales.

VISIÓN ¿A qué aspiramos?

A constituirmos en una organización innovadora, competitiva y reconocida tanto interna como externamente, ocupando un puesto de referencia para la población y el Sector Salud por una gestión excelente caracterizada por el compromiso y satisfacción, tanto de los propios profesionales como de pacientes y familiares.

VALORES ¿Qué nos identifica?

- Orientación al ciudadano como eje central de la asistencia, ofreciendo un *trato personalizado y de calidad*
- Profesionalidad, eficiencia y eficacia en el desarrollo de la actividad asistencial, gracias a la *actualización de conocimientos* de acuerdo a las evidencias científicas y a una utilización adecuada de los recursos
- Continuidad asistencial y coordinación interniveles
- Compromiso hacia la mejora continua, mediante la asunción de responsabilidades, el trabajo en equipo y el desarrollo de mecanismos de control y seguimiento
- Innovación e iniciativa de los equipos y profesionales de la organización en cuanto a *docencia e investigación*.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 8 de 78

La **UNIDAD DE LA UCI QUIRÚRGICA** se suma a esta definición del **núcleo estratégico de la organización** (Misión – Vision – Valores) , prestando sus servicios en el área de atención al paciente crítico , implicando una actuación que incluye desde la detección hasta la finalización de la situación crítica, ofreciendo una asistencia de calidad e integradora.

LA MISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA DEL HGUE.

Su **misión** específica más prioritaria es el cuidado del paciente en todas las etapas del proceso asistencial, atendiendo a sus necesidades individuales como paciente y como persona humana.

Es también una misión esencial ofrecer la mejor calidad en sus actividades con el fin de lograr la excelencia en el servicio a la sociedad. Además, deberá trabajar estrechamente para la consecución de los acuerdos de gestión departamentales.

La **UCI QUIRÚRGICA** prestará especial atención a las personas que lo componen, y de manera especial al desarrollo científico, profesional, personal, y de su motivación y satisfacción. Esto requiere un compromiso activo y la implicación de todo el equipo.

La **UCI QUIRÚRGICA del HGUE** tiene también una misión fundamental de docencia de la especialidad a todos los niveles; pregrado, postgrado, especialidad y formación continuada de los especialistas.

Es también su misión la investigación básica, clínica y de evaluación de tecnologías, desarrollando las líneas de investigación que tiene asentadas, y potenciando nuevas líneas de interés científico, haciendo hincapié en la originalidad, calidad metodológica y el interés científico y clínico de los resultados.

La **visión** que se plantea para la **UCI QUIRÚRGICA del HGUE** es la de un Servicio de referencia de la Sanidad Valenciana, en el que el cuidado al paciente

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 9 de 78

constituya el centro de nuestra actividad. Deseamos el reconocimiento de nuestros pacientes y de la sociedad porque seamos y se nos considere un Servicio:

- De excelencia en su actividad y preocupado por la mejora continua de la calidad.
- Compuesto por un equipo de personas identificadas y comprometidas con nuestra Misión, Valores y Objetivos; satisfechos y orgullosos de un Servicio en el que participan activamente en su gestión y que favorece su desarrollo humano y profesional.
- Capaz de lograr una mejora continua en su actividad mediante el conocimiento de los procesos y el análisis de sus resultados y el esfuerzo permanente para mejorarlos.
- Preparado para la incorporación permanente de innovaciones, metodologías y tecnologías de eficacia probada.
- Eficaz y eficiente en la gestión de los recursos asignados, aprovechando al máximo los beneficios para el servicio, el HGUE y la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
- Con vocación investigadora a todos los niveles, de referencia en líneas de investigación asentadas y que produzca resultados de interés que logren reconocimiento e impacto internacional.
- De acreditada capacidad y elevado prestigio en la docencia de la especialidad, que trascienda el ámbito local, sirviendo de referencia y motivo de intercambio de conocimientos con otros SARTD de cualquier comunidad o país.
- Unificar la Docencia de la Especialidad con los criterios de la Academia Europea ofreciendo a los especialistas en formación los recursos adecuados para desarrollar su aprendizaje al más alto nivel.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 10 de 78

- Que esté integrado, o mantenga convenios de cooperación o alianzas, con otros Servicios, Instituciones, Redes y Sociedades, locales, nacionales e internacionales.

Los **valores** propuestos son:

- El compromiso con el cuidado del paciente y la humanización de la asistencia, traducción clínica de los valores esenciales de la Bioética. El paciente es el centro de referencia y actuación en la organización.
- La profesionalidad y dedicación.
- El respeto, confianza, lealtad y unidad en el grupo, es decir los valores resumidos como sentido de equipo.
- Aportar experiencia, y conocimientos científicos y tecnológicos.
- La orientación hacia una medicina basada en la evidencia y en la mejora de los resultados.
- La capacidad para la enseñanza (docencia) y el aprendizaje (estudio e investigación) compartiendo los conocimientos.
- Vocación, compromiso y dedicación.
- La Creatividad, Innovación y capacidad de adaptación al cambio
- Calidad Total para lograr resultados excelentes.
- Respeto al medio ambiente

En resumen, la misión, visión y valores de la **UCI QUIRÚRGICA del HGUE** confluyen en un gran objetivo que es resolver las necesidades de salud del ciudadano, con un elevado nivel científico-técnico y que genere satisfacción tanto en el ciudadano como en el profesional.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 11 de 78

EL PERSONAL Y ESTRUCTURA DE LA UCI QUIRÚRGICA

La **UCI QUIRÚRGICA DEL HGUE** se encuentra situada próxima al Bloque Quirúrgico con el fin de facilitar el acceso de pacientes desde Quirófano, también tiene proximidad con la sala de despertar, lo que confiere mayor seguridad para los pacientes ante una complicación postquirúrgica. La unidad consta con un total de 9 boxes, todos ellos con una disposición abierta y orientados hacia el control de enfermería, lo que le confiere una capacidad mayor de control de los pacientes. La unidad dispone de los medios humanos y materiales para atender a cualquier paciente en situación crítica, independientemente de su nivel de gravedad y el nivel de cuidados que precise. En esta unidad es posible administrar todas las medidas de soporte vital de las que dispone el hospital (monitorización hemodinámica, respiratoria y neurológica, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, soporte inotrópico, técnicas de depuración extrarrenal continuas o intermitentes, nutrición artificial enteral y parenteral, entre otras).

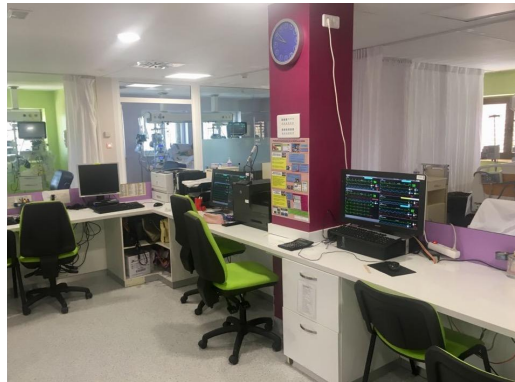


Figura 3: Control de enfermería de la UCI-Q

De acuerdo a la estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (EESCRI) se define la unidad de enfermos críticos como aquella

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 12 de 78

destinada a la atención de enfermos que requieren cuidados y monitorización elevada o intensiva. En estas unidades puede atenderse a los pacientes que se sitúan en los niveles 2 y 3 de cuidados críticos, de acuerdo con la clasificación del Departamento de Salud del Reino Unido.

Nivel	Descripción de los cuidados
0	Pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.
1	Pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.
2	Pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados.
3	Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todos los pacientes complejos requiriendo soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Comprehensive Critical Care. DH (2000).

Figura 4: Niveles de cuidados críticos

En cuanto al personal, la UCI-Q está compuesta por:

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 13 de 78

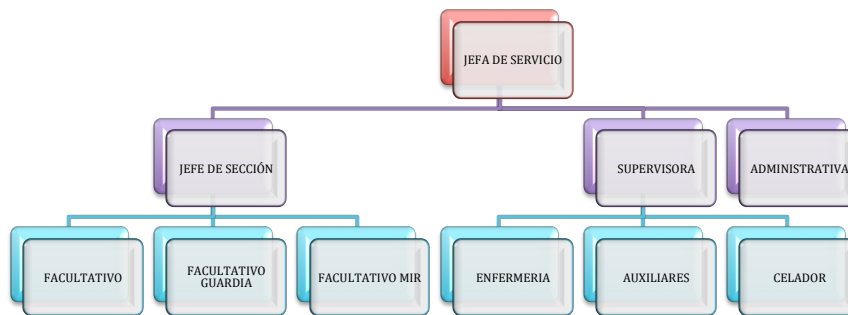


Figura 5: organigrama del personal de la UCI-Q

En cuanto a la cartera de servicios, la **UCI-Q** incluye servicios que abarcan:

1. **REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) básica, avanzada y asistencia avanzada postRCP.**
2. **TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES**
3. **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. MONITORIZACIÓN, TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS**
4. **TÉCNICAS DE SEDOANALGESIA Y BLOQUEO NEUROMUSCULAR DE CORTA Y LARGA DURACIÓN**
5. **NUTRICIÓN Y METABOLISMO**
6. **DEPURACIÓN EXTRARRENAL**

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 14 de 78

7. ATENCIÓN AL TRAUMATIZADO
8. ASISTENCIA Y CONTROL DEL POSTOPERATORIO EN EL PACIENTE DE ALTO RIESGO
9. ASISTENCIA AVANZADA EN EL PACIENTE CON FALLO ÓRGÁNICO GRAVE (Neurológico, renal, etc.)
10. ASISTENCIA AVANZADA EN EL FALLO MULTIORGÁNICO
11. DETECCIÓN Y MANTENIMIENTO DEL DONANTE DE ÓRGANOS
12. ASISTENCIA AVANZADA EN LAS COMPLICACIONES DEL PACIENTE TRASPLANTADO DE ÓRGANOS SÓLIDOS
13. TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO ASISTIDO
14. DOCENCIA (Formación de especialistas en Anestesiología Docencia pregrado, Docencia enfermería y otro personal sanitario)
15. PARTICIPACIÓN EN COMITÉS HOSPITALARIOS (Urgencias, Infecciones, Trasplantes, Farmacia, Quirófano etc.).

2 - REFERENCIAS NORMATIVAS

Los documentos que se incluyen en el Sistema de Gestión de Calidad, en su totalidad o en parte, son normas para consulta indispensables para la aplicación de este documento y están regulados en un procedimiento estratégico definido para la gestión de la información documentada.

La referencia normativa ISO más importante es la que sirve como estándar de certificación. **Norma ISO 9001-2015** Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos, pudiendo nombrar como otras normas referenciadas las **Norma ISO 9000-2015** Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario y la **Norma ISO 31000-2013** Gestión del riesgo. Principios y directrices.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 15 de 78

Toda la **legislación que aplique al objeto y misión de la organización** , tanto directa como indirectamente se entiende como premisa del Sistema de Gestión de Calidad , por lo que entre los documentos externos controlados por el sistema de gestión de la calidad estará la legislación aplicable y otro tipo de normas que se considere necesario para la organización.

3 - TERMINOS Y DEFINICIONES

Los términos utilizados se toman de la Norma ISO 9000:2015, Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. En el formato de los procedimientos documentados se ha establecido siempre un apartado que refiere los términos y definiciones que son mas oportunos para el Sistema de Gestión de Calidad.

- **Sistema de Calidad:** Estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar la gestión de la Calidad (ISO 8402: 1994 Quality management and quality assurance-Vocabulary)
- **Manual de la Calidad:** Conjunto de documentos que describen el Sistema de Calidad implantado en el servicio . Es un documento propio del servicio que enuncia la política de calidad y define las responsabilidades y relaciones de trabajos que tienen incidencia en la calidad.
- **Política de Calidad:** Documento que expresa los objetivos generales del servicio concerniente a la calidad, expresado formalmente por el más alto nivel de la dirección.
- **Dirección:** Se refiere a la persona o personas que gobiernan al más alto nivel una organización.
- **Ambiente de trabajo:** Conjunto de condiciones laborales bajo las que se desempeñan las actividades objetivo de la organización. Se incluyen factores físicos, ambientales o de cualquier otro tipo que puedan afectar al producto o servicio final que la empresa ofrece a sus clientes.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 16 de 78

- **Auditoría:** Proceso por el que se obtienen evidencias y se evalúan objetivamente, por un tercero, para indicar el grado en el que se están cumpliendo los criterios de auditoría. Se puede considerar como un examen orientado a comprobar si las acciones llevadas a cabo para la calidad y sus resultados son acorde a lo esperado o planteado inicialmente.
- **Cliente:** Parte interesada que recibe el producto o servicio de la organización. Define a una persona o entidad que adquiere un producto o servicio de otra. También puede hacer referencia a ciudadanos, usuarios, pacientes...o cualquiera que sea receptor de una organización.
- **Evidencia objetiva:** Pruebas que ponen de manifiesto la existencia o veracidad de cualquier asunto.
- **Mejora continua:** Instrumento para contribuir a la capacidad de lograr los objetivos de la organización.
- **Parte interesada :** Persona u organización que puede afectar, verse afectada, o percibirse como afectada por una decisión o actividad
- **Proceso:** conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman los elementos de entrada en salidas (resultados).
- **Producto:** Un producto es el resultado de un proceso dado en la organización. Pueden ser productos físicos o bienes, pero también servicios.
- **Revisión:** Actividad que garantiza la conveniencia, adecuación y eficacia de la cuestión objeto de revisión, para lograr los objetivos establecidos.
- **Anexo SL:** Estructura de Alto Nivel que proporciona un marco común a todos los sistemas de gestión. Describe la estructura de cualquier Sistema de Gestión. Esta novedad está orientada a mejorar la alineación entre las diferentes normas ISO de sistemas de gestión, a facilitar su implementación y el cumplimiento de los requisitos de dos o más normas simultáneamente.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 17 de 78

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La adopción de un Sistema de Gestión de Calidad es una decisión estratégica para una organización en su búsqueda por mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

Los beneficios potenciales para una organización de implementar un sistema de gestión con estos enfoques son:

- a) la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;
- b) facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente;
- c) abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos;
- d) la capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados.

La **Norma ISO 9001-2015** emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo **Planificar-Desarrollar-Controlar-Actuar (PDCA)** y el pensamiento basado en riesgos.

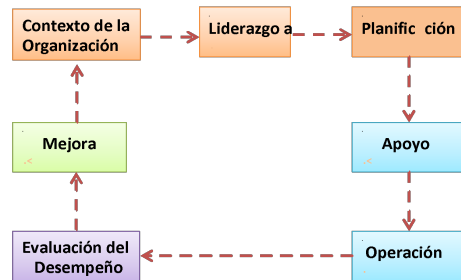


Figura 6: Ciclo PDCA

El **enfoque a procesos** permite a una organización planificar sus procesos y sus interacciones. El ciclo PDCA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se identifiquen y se actúen en consecuencia.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 18 de 78

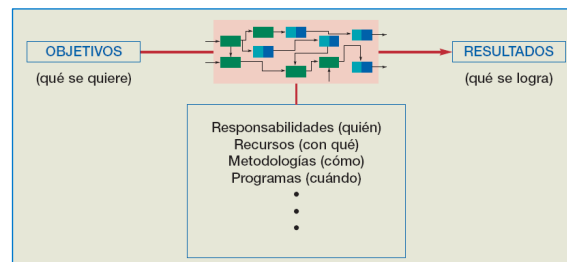


Figura 7: Enfoque a procesos

El **pensamiento basado en riesgos** permite a una organización determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos, minimizar los efectos negativos y maximizar las oportunidades a medida que surjan.

El cumplimiento permanente de los requisitos y la consideración constante de las necesidades y expectativas futuras, representa un desafío para las organizaciones en un entorno cada vez más dinámico y complejo. Para lograr estos objetivos, la organización podría considerar necesario adoptar diversas formas de mejora además de la corrección y la mejora continua, tales como la innovación y la reingeniería.

Los **principios de gestión en los que se basa el sistema** son :

- enfoque al cliente;
- liderazgo;
- compromiso de las personas;
- enfoque a procesos;

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 19 de 78

- mejora;
- toma de decisiones basada en la evidencia;
- gestión de las relaciones.

El **ciclo PDCA** puede aplicarse a todos los procesos y al sistema de gestión como un todo y puede describirse así:

- **Planificar** - establecer los objetivos del sistema y de sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización;
- **Desarrollar** - implementar lo planificado;
- **Controlar**- realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos, e informar sobre los resultados;
- **Ajustar**- tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

La **Estructura de Alto Nivel del "Anexo SL"**, es una herramienta de uso imprescindible, durante la implementación de dichos Sistemas de Gestión en las organizaciones. Se trata un modelo normalizado, establecido para preparar el sistema de redacción de las normas de gestión ISO. Se trata de un denominador común, establecido por parte del Comité ISO, para que todas las nuevas normas de gestión, respeten y compartan un objetivo común: la uniformización de las normas de gestión como respuesta a la búsqueda de un objetivo mucho más amplio, ya que con ella se puede:

- Sincronizar diferentes normas (ISO 14001, ISO 9001, ISO 27001...).
- Adoptar un lenguaje común, para facilitar que las organizaciones integren diferentes Sistemas de Gestión y puedan disfrutar de algunas ventajas añadidas, como puede ser, la eliminación de la duplicidad documental.

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 20 de 78

La Estructura de Alto Nivel, consta de una estructura general común , con unos títulos de capítulos idénticos y con el mismo número de artículos. Además el Anexo SL, establece:

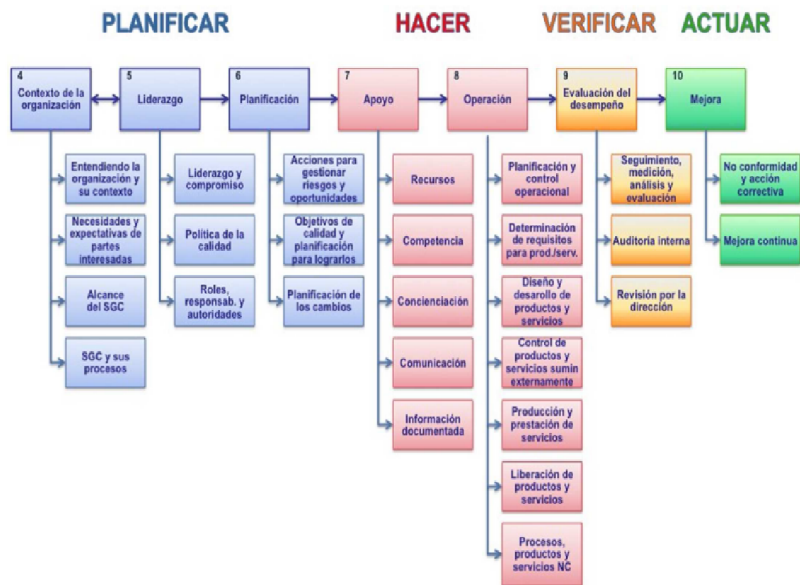
- Textos introductorios para los artículos idénticos
- Enunciado idéntico para requisitos idénticos
- Términos comunes y definiciones principales

Se prevé además, que las características y las exigencias propias a cada norma, se integren en esta estructura en los capítulos apropiados para fomentar la compatibilidad entre las diversas normas de sistemas de gestión, para facilitar su integración y su implementación, en las organizaciones certificadas o que quieran certificarse.

La International Organization for Standardization (ISO), busca también con esta Estructura de Alto Nivel, garantizar la calidad en la producción de sus normas, para que sean textos consistentes, que puedan permanecer aplicables durante largos periodos de tiempo, en todo tipo de organizaciones, de todos los tamaños, en todos los sectores y en todos los entornos posibles.

El manual de calidad se estructura alrededor del ciclo de mejora continua que se plantea en la propia norma y recoge los puntos del Anexo SL de forma que desde el bloque cuatro al diez se definen los distintos requisitos del sistema de gestión.

	Manual de Calidad		Sistema de Gestión de Calidad
	MC-V01		
	10-02-18	Página 21 de 78	



	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 22 de 78

4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

En este apartado de la Norma ISO 9001-2015, la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** se ajusta a los diferentes puntos que refieren los requisitos relacionados con el análisis del contexto de la organización y de las expectativas y necesidades de las partes interesadas que afectan al departamento y al enfoque de la gestión con la perspectiva de procesos.

4 - Contexto de la organización

4.1 - Comprensión de la organización y de su contexto

4.2 - Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

4.3 - Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad

4.4 - Sistema de gestión de la calidad y sus procesos

4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica**, desarrolla sus actividades y funciones en el contexto del Departamento de Salud y en el marco de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana.

Siguiendo el requisito de la Norma se plantea en este sentido que la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** *determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la*

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 23 de 78

calidad y realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.

De forma general, respecto al análisis del contexto en la organización es necesario tener en consideración estos puntos:

Las cuestiones pueden incluir factores positivos y negativos o condiciones para su consideración.

La comprensión del contexto externo puede verse facilitado al considerar cuestiones que surgen de los entornos legal, tecnológico, competitivo, de mercado, cultural, social y económico, ya sea internacional, nacional, regional o local.

La comprensión del contexto interno puede verse facilitado al considerar cuestiones relativas a los valores, la cultura, los conocimientos y el desempeño de la organización.

La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica ha analizado la situación externa de la población y entorno para poder disponer de un marco referencial

La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica cuenta con tecnología de última generación médica al servicio del diagnóstico y tratamiento del paciente crítico.

La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica ha realizado un análisis de las fortalezas y debilidades internas y de las amenazas y oportunidades externas, de forma que esto le ha permitido mediante la metodología DAFO-CAME, plantear una serie de líneas estratégicas para orientar el desarrollo del servicio.

El análisis DAFO, es una metodología de estudio de la situación de una empresa analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades), entendiendo cómo tal lo siguiente:

- **Debilidades:** Puntos Débiles. Son aquellos aspectos de la organización que constituyen obstáculos internos para el desarrollo de la idea de negocio o que limitan o reducen la capacidad de crecimiento de la empresa.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 24 de 78

- **Amenazas:** nos referimos a las fuerzas del entorno de la organización que o bien podrían afectar negativamente las posibilidades de implantar una estrategia empresarial y de conseguir los objetivos empresariales, o bien incrementan sus riesgos empresariales.
- **Fortalezas:** Puntos Fuertes de la organización. Son ventajas competitivas de la organización o proyecto, es decir las características propias que facilitan o favorecen el logro de los objetivos empresariales y que le permiten aprovechar las oportunidades del mercado.
- **Oportunidades:** son aquellas situaciones que se encuentran en el entorno de la organización y que podrían favorecer el logro de sus objetivos o bien representar una posibilidad de mejorar su rentabilidad o de aumentar su cifra de negocio.

Las OPORTUNIDADES y las AMENAZAS son elementos externos a la empresa que afectan por igual a todas las empresas del sector de actividad y cuya identificación proviene del análisis externo realizado. Por el contrario, las FORTALEZAS y las DEBILIDADES, son elementos específicos de la organización cuya identificación proviene del análisis interno realizado.

Por lo tanto, el primer paso que debemos dar es describir la situación actual de la organización, analizando el análisis interno y externo.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 25 de 78

R.01 PE.01 - Registro de la Matriz DAFO para el análisis del contexto			
<small>Comprensión de la organización y de su contexto - (Requisito 4.2 Norma ISO 9001:2015 - Análisis DAFO)</small>			
FORTALEZAS INTERNAS	DEBILIDADES INTERNAS	OPORTUNIDADES EXTERNAS	AMENAZAS EXTERNAS

A partir de los datos extraídos de este análisis DAFO, se establecen las estrategias a desarrollar para **Corregir las debilidades, Afrontar las amenazas, Mantener las fortalezas y Explotar las oportunidades.**

Por lo tanto, la identificación de estos factores combinados en una MATRIZ darán lugar a los riesgos (combinación de fortalezas y amenazas) y a los desafíos (combinación de debilidades y oportunidades), que determinarán las acciones que marcarán el rumbo que la organización deberá asumir hacia el futuro deseable, definiendo su estrategia.

4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

El análisis del contexto está totalmente relacionado con el siguiente requisito que plantea la Norma ISO y que lógicamente coordinará también el enfoque de la organización y sus estrategias.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 26 de 78

“Debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, la organización debe determinar:

- a) *Las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad;*
- b) *Los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad.*

La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.”

Con el enfoque de gestión por procesos, **la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** debe aplicar y aplica sus esfuerzos en la optimización de los procesos que aportan valor a las partes interesadas o que están relacionados con la identificación y satisfacción de sus necesidades. Es decir, nos enfocamos en la comprensión de las necesidades de las partes interesadas y evolucionamos dinámicamente conforme cambian dichas necesidades, con el fin de comprender y cumplir al máximo las expectativas de las todas las partes interesadas.

Las partes interesadas de esta organización se identifican y clasifican en dos tipos:

- **Partes interesadas Internas:**

- Profesionales del Servicio
- Facultativos del Departamento que solicitan interconsultas
- Dirección del Servicio
- Personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores.

- **Partes Interesadas Externas:**

- Pacientes y familiares
- Proveedores
- Sociedad

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 27 de 78

- Facultativos de otros hospitales

R.02 P.01 Registro de Análisis e las expectativas y necesidades de las partes interesadas	
Fecha :	
Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (Requisito 4.2 Norma ISO 9001-2015)	
Registro para el análisis de las expectativas y necesidades de las partes interesadas.	
Partes Interesadas -- Definir - - Partes Interesadas - - Definir	
Parte Interesada Expectativas y necesidades -- Describir	
Parte Interesada Expectativas y necesidades -- Describir	
Parte Interesada Expectativas y necesidades -- Describir	
Parte Interesada Expectativas y necesidades -- Describir	
Parte Interesada Expectativas y necesidades -- Describir	
Parte Interesada Expectativas y necesidades -- Describir	

Debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, la organización ha determinado las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión, así como los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad.

Las necesidades, demandas, expectativas y satisfacción de las partes interesadas, sobre todo de los pacientes, se convierten en objetivos fundamentales del Servicio, dado que el paciente es el centro del Sistema Sanitario. La calidad percibida por las partes interesadas va a depender de que queden satisfechas sus necesidades y

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 28 de 78

expectativas. Para lograrlo, no sólo es necesario tener claro qué servicios precisan los pacientes, sino también transmitirles cómo utilizarlos eficazmente, favoreciendo su participación en las decisiones relativas a su asistencia.

La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica como organización, ha identificado sus procesos clave que componen la cadena de valor, partiendo de los requisitos de todas las partes interesadas, hasta la entrega de productos con unas características que satisfacen tales requisitos.

Concretamente, el enfoque a las partes interesadas, como los clientes, implica un compromiso de la Organización en dos aspectos:

1. Asegurar que el servicio cumple con los requisitos y necesidades especificados por las partes interesadas, incluyendo los requisitos para las actividades de prestación del servicio y posteriores a la misma.
2. Realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización para cumplir al máximo las expectativas de los mismos. Este punto de la norma se describe en los procedimientos que se refieren a la evaluación del desempeño, concretamente en el análisis de la satisfacción y expectativas de los clientes, tanto de los clientes externos o pacientes, como los clientes internos u otros departamentos, análisis de satisfacción y expectativas de los profesionales de la organización y en el análisis de las reclamaciones de los clientes de ambos tipos.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** ha desarrollado este análisis y el referente al requisito anterior siguiendo las directrices del proceso documentado en el **PE.01 Procedimiento Estratégico de Análisis de Contexto , partes interesadas y marco estratégico** que, se revisará de forma periódica y en cada ocasión que se entienda han sucedido cambios significativos en los mismos.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 29 de 78

4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En este sentido la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** *determina los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad para establecer su alcance. Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar:*

- a) *las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1;*
- b) *los requisitos de las partes interesadas pertinentes indicados en el apartado 4.2;*
- c) *los productos y servicios de la organización.”*

El objetivo de la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, en el Servicio es llevar a cabo de manera eficaz sus actividades, abarcando tanto los aspectos técnicos como los aspectos de gestión, garantizando la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos sus clientes y partes interesadas, así como el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.

El **alcance** del Sistema de Gestión de la calidad aplica a:

LOS PROCESOS DE INGRESO/EVALUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN, SEGUIMIENTO, INTERCONSULTAS, TRASLADOS, ALTA Y PROCESO DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE ATENDIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA.

El alcance del sistema de gestión de la calidad está disponible y se mantiene como información documentada en este Manual del Sistema Integrado de Gestión El alcance establece los tipos de productos y servicios cubiertos, que para el momento actual en el **Sistema de Gestión de la Calidad**.

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 30 de 78

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** proporciona la justificación para cualquier requisito de esta Norma Internacional que la organización determine que no es aplicable para el alcance de su sistema de gestión de la calidad y **considera no aplicable** el siguiente apartado de la Norma ISO 9001:2015:

8.3. “Diseño y Desarrollo de los productos y servicios”,

....ya que los diferentes productos y servicios realizados no requieren ser diseñados.

4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** determina los procesos necesarios para el sistema de gestión y su aplicación a través de la organización, y se propone mediante este sistema integrado de gestión :

- a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos;
- b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos;
- c) determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos;
- d) determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad;
- e) asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos;
- f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1;
- g) evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos;

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 31 de 78

h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad.

En la medida en que sea necesario, la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** mantiene información documentada para apoyar la operación de sus procesos y conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** define en su mapa de procesos una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad.

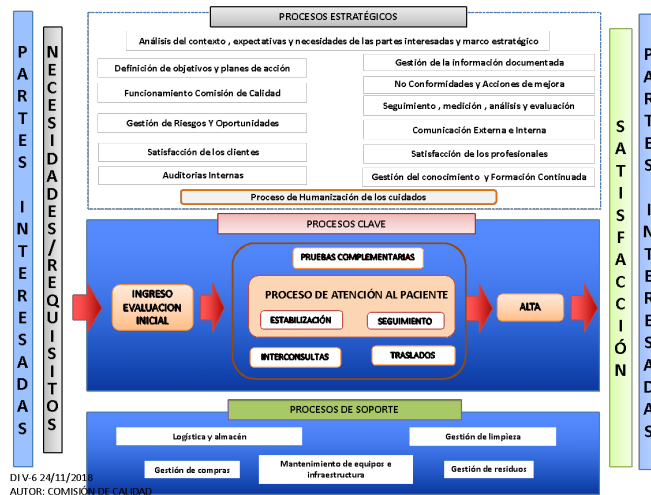
Los procesos propios de la organización cubren las actividades contempladas en el alcance del sistema y han sido planteados para satisfacer los requisitos de los clientes y cumplir con los requisitos reglamentarios.

Los procesos se han clasificado de la siguiente forma:

- **Procesos estratégicos:** procesos que conforman la estrategia de dirección hacia la satisfacción del cliente
- **Procesos clave:** procesos de prestación del servicio, que son claves para el desempeño de la organización.
- **Procesos de apoyo:** procesos que complementan y desarrollan la actividad principal de prestación del servicio, y que sirven de apoyo a los procesos clave.

Cada uno de estos **procesos** se encuentra detallado en el **mapa de procesos de la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA** que se representa de forma gráfica a continuación:

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 32 de 78



Puesto que la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del HGUE** se gestiona como un sistema de procesos interrelacionados, la Organización es controlable, en la medida en que es posible controlar cada uno de los procesos que la componen, se elabora una serie de documentos, procedimientos y protocolos que constituyen información documentada y controlada procedimiento según el **PE.03 Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada** donde se detalla como se evidencia y conserva la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.

5. LIDERAZGO

En este apartado de la Norma ISO 9001-2015, la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** se ajusta a los diferentes puntos que refieren los requisitos relacionados con el liderazgo.

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 33 de 78

5 - Liderazgo

5.1 - Liderazgo y compromiso

5.1.1 - Generalidades

5.1.2 - Enfoque al cliente

5.2 - Política

5.2.1 - Desarrollo de la política de la calidad

5.2.2 - Comunicación de la política de la calidad

5.3 - Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO

La Dirección del la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** demuestra su compromiso y liderazgo con respecto al Sistema de Gestión de Calidad

- Asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión.
- Asegurándose que se establezcan políticas de calidad y medio ambiente, y que son compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización.
- Asegurándose la integración de los requisitos del sistema de gestión en la organización.
- Promoviendo el uso del enfoque a procesos y pensamiento basado en riesgos.
- Asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y medio ambiente están disponibles.
- Comunicando la importancia de una gestión eficaz.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 34 de 78

- Asegurándose que el sistema de gestión de calidad y medio ambiente logre los resultados previstos.
- Dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión.
- Promoviendo la mejora continua en sus procesos
- Apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en que aplique a sus áreas de responsabilidad.

La Dirección la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del HGUE** demuestra su liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que:

- a) se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;
- b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente;
- c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.

5.2 POLITICA DE CALIDAD

La Dirección la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** muestra claramente su liderazgo y su compromiso estableciendo y difundiendo la política de la calidad haciéndola llegar y poniendo los mecanismos para que sea entendida por los profesionales a todos los niveles.

- Se compromete a establecer y revisar la Política de la Calidad y a establecer objetivos de calidad y revisarlos; y se compromete a que esta

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 35 de 78

política sea entendida y mantenida al día en todos los niveles de la organización.

- Asegura que las responsabilidades para las funciones relevantes, se asignan y se comunican.
- Establece y sigue los objetivos anuales y dota de los recursos necesarios para conseguir dichos objetivos con los acuerdos de los diferentes servicios.
- Muestra su compromiso invitando a todo el personal a participar e involucrarse en actividades de mejora.
- Asume el compromiso de cumplir con los requisitos de esta norma y de mejorar constantemente la eficacia del sistema de gestión.

La política de Calidad de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** se define como :

Proporcionar un servicio de la más alta calidad para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y garantizar la seguridad del paciente, con un proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente crítico de alta calidad científico-técnica cumpliendo requisitos y normativas vigentes con eficiencia y con el compromiso de la mejora continua.

Esta política de calidad se apoya en una serie de valores como son:

- Un comportamiento ético con los clientes, basado en el Plan de Humanización de la Conselleria de Sanidad Universal y salud Pública y considerando al cliente el centro de nuestro servicio.
- Respeto, sensibilidad y consideración por todas las personas que trabajan en la organización.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 36 de 78

- Comunicación vertical, horizontal y transversal abierta, sincera, recíproca y continua.

La política de la calidad la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** está disponible y se mantiene como información documentada, se comunica para que pueda comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización y está disponible para las partes interesadas pertinentes, según corresponda.

5.3 ROLES , RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES DE LA ORGANIZACION

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de acuerdo a la Norma ISO 9001:2015 que documenta la organización, procesos, procedimientos y recursos.

- Trabaja con personal legalmente autorizado para el desempeño de sus funciones que conoce y aplica el contenido de la documentación del Sistema de la Calidad, para ello, cuenta con personal altamente capacitado y especializado, comprometido y concienciado con las buenas prácticas profesionales y el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Implementa continuamente nuevas técnicas y métodos con recursos tecnológicos punteros,
- Promueve el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos.
- Promueve la actitud de mejora continua del desempeño.
- Mejora e incrementa la confianza y satisfacción de los usuarios en relación a las investigaciones y servicios especializados ofrecidos.
- Fomenta la implicación de la Dirección y Gerencia y todo el personal

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 37 de 78

“La dirección de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica se asegura de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización.”

La implantación en la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** de un Sistema de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2015, se deriva de las líneas estratégicas y del consiguiente compromiso con la mejora de sus procesos en general, y de la seguridad clínica de los pacientes en particular.

La **Dirección** de éste Servicio es pues, la responsable de la implantación del **Sistema de Calidad**, así como de la aprobación y autorización de los documentos necesarios para la obtención de los objetivos de esta Organización y también es responsable de que esta política sea entendida, implantada y mantenida al día en todos los niveles. Debe hacer saber a todos los componentes de la Organización que es de obligado cumplimiento el Sistema de Aseguramiento de la Calidad. Cada empleado debe asumir, en consecuencia, la responsabilidad de la calidad de su propio trabajo. Asimismo la Dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.

La Dirección designa un miembro del Servicio como **Coordinador de Calidad**, quien, independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:

- a) asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad, en colaboración con el personal del mismo
- b) informar a la dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora, y
- c) asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 38 de 78

NOTA: La responsabilidad del representante de la dirección puede incluir relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad.

La **Jefa de Servicio**, asume la obligación de facilitar los recursos adecuados para que todo el personal pueda desarrollar su trabajo tal y como se haya planificado. La implantación del Sistema de la Calidad es competencia directa del Coordinador de Calidad y en última instancia de la Jefa del Servicio.

Todo el personal adscrito al Servicio de forma permanente o temporal tiene la obligación de conocer los requisitos del Sistema de la Calidad implantado y llevar a cabo las tareas de su puesto de trabajo de acuerdo con las directrices establecidas en el plan de Calidad.

La **Jefa de Servicio** se asegura de que las responsabilidades y autoridades para las funciones relevantes se asignen, comuniquen y entiendan dentro del Servicio y para ello ha elaborado la definición de las funciones y responsabilidades .

- La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** dispone de políticas, procesos, programas, procedimientos e instrucciones documentados. Todo el personal conoce y aplica en su trabajo diario los documentos que conforman el sistema de gestión de calidad.

- La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** ha descrito y evaluado todas las actividades desarrolladas por ellos y por la organización superior en que se encuadran, con el fin de identificar posibles conflictos de interés, no detectándose la existencia de ningún tipo de conflicto, ni en las actividades desarrolladas, ni en las responsabilidades del personal.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 39 de 78

- Todo el personal profesional de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** está obligado por los códigos éticos de su propia profesión y debe tratar a todos los pacientes equitativamente y sin discriminación.

6- PLANIFICACIÓN

En este apartado de la Norma ISO 9001-2015, la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** se ajusta a los diferentes puntos que refieren los requisitos relacionados con las acciones para abordar riesgos y oportunidades como un elemento que incorpora firmemente la nueva versión y el de la definición y desarrollo de los objetivos de la calidad y planificación para lograrlos.

6 – Planificación

6.1 - Acciones para abordar riesgos y oportunidades

6.2 - Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

6.3 Planificación de los cambios

6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

La Gestión del Riesgo para ISO 9001:2015 persigue la conformidad de productos o servicios y la satisfacción del cliente.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** *determina los riesgos y oportunidades que deben tomarse en consideración para asegurar que el sistema de gestión de calidad podrá alcanzar los resultados pretendidos y que la*

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 40 de 78

organización es capaz de conseguir, de forma consistente, la conformidad en sus productos y servicios y la satisfacción del cliente"

"6.1.1. Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 de Conocimiento de la Organización y su Contexto y los requisitos referidos en el apartado 4.2 de Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las partes interesadas, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:

- a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos;*
- b) aumentar los efectos deseables;*
- c) prevenir o reducir efectos no deseados;*
- d) lograr la mejora."*

Una buena Gestión de Riesgos consiste en prevenir, comenzando por conocer los riesgos e identificarlos, estimar la posibilidad de que ocurran y cual serían sus consecuencias. El Conocimiento profundo de cada componente de la atención del servicio permite identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales fuentes de error, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente. A continuación se deben clasificar para poder desarrollar acciones que hagan frente a estos riesgos.

Al identificar los riesgos potenciales correctamente, se pueden y deben determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales e incidencias, de forma que se pueda prevenir su ocurrencia. Estas acciones de mejora deben ser apropiadas a los efectos de los problemas.

Para ello tendrá en cuenta los siguientes requisitos:

- a) determinar las no conformidades e incidencias potenciales y sus causas,
- b) evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de las mismas,
- c) determinar e implementar las acciones necesarias,

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 41 de 78

- d) registrar los resultados de las acciones tomadas, y
- e) revisar las acciones tomadas.

“6.1.2 La organización debe planificar:

- a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;
- b) la manera de:

- 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad
- 2) evaluar la eficacia de estas acciones.”

La **Gestión del Riesgo**, consistirá en reconocer los riesgos dentro del Servicio, analizarlos y llevar a cabo actuaciones para abordar estos riesgos y evitar que se produzcan con el objeto de obtener una buena producción y la satisfacción de los clientes.

De modo que, se determinan los pasos necesarios para abordar cualquier posible riesgo incluido las que requieran acciones de mejora de manera que incluyen:

- ◆ Uso de las fuentes de información adecuadas, para detectar, analizar y eliminar las causas potenciales de las no conformidades
- ◆ El inicio de las acciones para prevenir y la aplicación de los controles para asegurar que aquéllas son eficaces
- ◆ El asegurarse que la información pertinente sobre las acciones realizadas se remite a la Dirección a efectos de revisión.

Una vez determinados y analizados los riesgos y oportunidades que deben abordarse, se realiza un seguimiento de ellos, para asegurar que el SGC puede lograr los resultados deseados, o bien prevenir o reducir los efectos no deseados.

Todo este proceso queda documentado en el Procedimiento estratégico **PE.06 Gestión de riesgos y oportunidades de mejora**.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 42 de 78

En caso que se requiera la adopción de algún tipo de acciones, se deben desarrollar, implementar y establecer planes de acción para reducir la posibilidad de que se produzcan no conformidades, y aprovechar las oportunidades de mejora. Para ello se realiza una planificación de los Cambios o se adoptan acciones correctivas acordes al origen del problema.

6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y LA PLANIFICACIÓN PARA ALCANZARLOS

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** establece objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.

Los objetivos de la calidad deben:

- a) ser coherentes con la política de la calidad;
- b) ser medibles;
- c) tener en cuenta los requisitos aplicables;
- d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente;
- e) ser objeto de seguimiento;
- f) comunicarse;
- g) actualizarse, según corresponda.

La organización debe mantener información documentada sobre los objetivos de la calidad.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** establece objetivos mensurables, de acuerdo con los requisitos y características de la Norma, para los procesos clave de la empresa. Tales objetivos afectan a todas las áreas de actuación de la Organización que influyen en la calidad final del servicio. Los objetivos que sean anuales se describen en el Acta de Revisión del Sistema anual

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 43 de 78

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** *planifica cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:*

- a) *qué se va a hacer;*
- b) *qué recursos se requerirán;*
- c) *quién será responsable;*
- d) *cuándo se finalizará;*
- e) *cómo se evaluarán los resultados.”*

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** ha definido este proceso de definición de objetivos y planificación en un procedimiento estratégico **PE.02 Procedimiento Estratégico de definición de objetivos y desarrollo de planes de acción.**

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica**, con el fin de asegurarse que la planificación del sistema de la Calidad se realiza acorde con los requisitos del cliente y con los objetivos de la calidad, establece qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse.

Para ello, el Servicio desarrolla y pone en funcionamiento una Comisión de Calidad como órgano adjunto a la Dirección y constituido por la participación de los profesionales de la misma, como instrumento facilitador y controlador del Sistema de Calidad en el proceso de planificación de los objetivos.

La misión de la Comisión de Calidad es la de colaborar en la planificación, desarrollo, mantenimiento y mejora del Sistema de Calidad del Servicio, ayudando a tomar acciones para abordar Riesgos y oportunidades, realizar la planificación de los Cambios y aprobar acciones de mejora.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 44 de 78

Todo este proceso está detallado en el **PE-04 Procedimiento Estratégico de Funcionamiento General de la Comisión de Calidad**. Los objetivos anuales de Calidad del Servicio se detallan en el Acta anual de Revisión del Sistema.

6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

“La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica determina la necesidad de cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, llevándose estos a cabo de manera planificada.”

Para ello la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** tiene en cuenta las consideraciones específicas al planificar e implementar los cambios, como por ejemplo:

- el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales, pudiéndose realizar para ello un nuevo análisis de riesgos;
- la integridad del SGC;
- la disponibilidad de recursos, pudiéndose realizar para ello un nuevo análisis de riesgos, si se considera necesario;
- la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

Durante la **Revisión por la Dirección**, revisión a la que asiste la Jefa del Servicio y los Coordinadores de Calidad y todos los que se considere oportuno, se revisa el sistema de gestión de calidad y se toman decisiones para el próximo periodo en base a los resultados obtenidos en el ciclo que concluye.

Esta Revisión por la Dirección, incluye la planificación de los cambios que podrían afectar al SGC, pero también otros datos como los resultados de auditorías, la información sobre la satisfacción del cliente, el estado de las acciones

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 45 de 78

correctivas...en cumplimiento del punto 9.3 de la Norma y descrito en el punto del mismo número de este Manual.

7. APOYO

En este apartado de la Norma ISO 9001-2015 , la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** se ajusta a los diferentes puntos que refieren los requisitos relacionados con las acciones relacionadas con los recursos de la organización (tanto materiales como humanos) , la competencia , la toma de conciencia , la comunicación y la información documentada.

7 – Apoyo

7.1 - Recursos

7.2 - Competencia

7.3 - Conocimiento y conciencia (Awareness)

7.4 - Comunicación

7.5 - Información documentada

7.1 RECURSOS

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación y mejora continua del sistema de gestión de calidad y medio ambiente.

Los Recursos Humanos se definen como los necesarios en cantidad y cualificación para el desarrollo adecuado de los servicios y cumplimiento de la misión ,

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 46 de 78

disponiendo de la Dirección Económico Administrativa que gestiona estos recursos y sus necesidades.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** tiene 5 facultativos especialistas , siendo uno de ellos la Jefa de Servicio y otro el Jefe de Sección, y 1 médico interno residente de la especialidad. Por otro lado el servicio cuenta con 18 enfermeras y 14 auxiliares de clínica, y con una auxiliares administrativas y un celador

Las infraestructuras de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** son adecuadas para lograr los objetivos de Calidad definidos y prestar los servicios incluidos dentro del alcance del sistema definido, acordes con los requisitos exigidos por los clientes.

La infraestructura de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** en lo referente al alcance del actual sistema integrado de gestión se diferencia en:

- a. instalaciones del edificio del hospital, con todos los equipos e infraestructuras necesarios para el desarrollo de los servicios.
- b. Hardware y software necesario para el desarrollo del programa informático del Hospital.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** cuenta con una superficie total de 320 m² y dispone de 9 camas (una de ellas dotada para el aislamiento), la disposición de los boxes es en abierto de forma concéntrica con el control de enfermería en la zona central, además cuenta con diferentes espacios para el almacenamiento de aparataje y material fungible, así como almacenes para farmacia.

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 47 de 78



	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 48 de 78



La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica**, ha definido un proceso de apoyo para el control de equipos **PAS.03 – Gestión de equipos**.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica**, cuenta con un Almacén del material fungible y medicación

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 49 de 78



	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 50 de 78

Los detalles de funcionamiento de los procesos del Almacén y las responsabilidades del personal implicado se describe en el Procedimiento de Apoyo **PAS – 01 Gestión del almacén**.

El **proceso de compras** se realiza de acuerdo al procedimiento de Apoyo **PAS -01 Gestión de compras**. Es el departamento de suministros del hospital y no el servicio quien gestiona las compras. Al servicio le corresponden los pedidos y la evaluación y aceptación de los proveedores y de los productos

Ambiente para la operación de los procesos

El ambiente de trabajo en la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** es el adecuado para la actividad que realiza. La organización proporciona los recursos necesarios para que las condiciones de trabajo como factores físicos, ambientales, entre otros, sean los adecuados.

- El Enfermería – proporciona y mantiene el ambiente de trabajo necesario para la operación de los procesos y para la actividad que realiza, de modo que se pueda lograr la conformidad de los productos y servicio que suministra.

Se intenta mantener un ambiente adecuado, entendiendo como tal, una combinación de factores humanos y físicos, tales como:

- a) sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos);
- b) psicológicos (reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones);
- c) físicos (temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido).

-Las condiciones ambientales en que se realizan los ensayos son adecuadas a las mediciones a efectuar, y a los equipos que se utilicen para la su realización.

Aquellas determinaciones que requieran condiciones ambientales específicas, o aquellas en las que la manipulación del material pueda crear ambientes nocivos

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 51 de 78

que afecten a la seguridad del personal o puedan dañar los equipos, así como sus medios de control y registro, quedarán definidas en los correspondientes procedimientos de análisis.

Los Coordinadores de Calidad realizan la investigación del clima laboral con el fin de detectar posibles áreas de mejora que faciliten el ambiente más adecuado para la prestación de unos servicios asistenciales de la más alta calidad, reflejándose en el procedimiento estratégico del servicio **PES – 09 Análisis de la Satisfacción de los Profesionales y entorno laboral** la forma de desarrollar esta evaluación.

La Prevención de Riesgos Laborales y Biológicos se recoge las normas establecidas en el Departamento, respecto a riesgos laborales y biológicos. Este protocolo afecta a todas las personas que trabajan en el servicio

Recursos de seguimiento y medición

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** determina y proporciona los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se utilizan el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos y se debe asegurar de que los recursos proporcionados:

- a) son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas;
- b) se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito.

La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 52 de 78

Quando la trazabilidad de las mediciones es un requisito, o se considera por la organización como parte esencial para proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, el equipo de medición se:

- a) verifica o calibra, o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, se conserva como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación;
- b) se identifica para determinar su estado;
- c) se protege contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.

Además se lleva un control de los equipos mediante la estrategia descrita en el procedimiento de apoyo **PAS -03 Gestión de los Equipos** además del subsiguiente control de los registros derivados de cada una de las actividades anteriormente mencionadas. El Servicio conserva la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** determina si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto, y toma las acciones adecuadas cuando es necesario.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** en el sistema integrado de gestión de calidad y medioambiente dispone de los servicios de mantenimiento y electromedicina que son los responsables de los procesos relacionados con estos requisitos de la norma.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 53 de 78

Conocimientos de la organización

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** determina los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.

Estos conocimientos se mantienen y se ponen a disposición en la medida en que sea necesaria. Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización considera sus conocimientos actuales y determina cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** tiene definidos en sus procesos las necesidades de conocimientos de cada uno de los puestos de trabajo con el fin de poder cumplir con el objeto de los mismos para el desarrollo más adecuado de la misión de la organización.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** adquiere los conocimientos con la experiencia y se trata de información que se utiliza y se comparte para lograr los objetivos de la organización. Los conocimientos de la organización pueden basarse en:

- a) fuentes internas (por ejemplo, propiedad intelectual; conocimientos adquiridos con la experiencia; lecciones aprendidas de los fracasos y de proyectos de éxito; capturar y compartir conocimientos y experiencia no documentados; los resultados de las mejoras en los procesos, productos y servicios);
- b) fuentes externas (por ejemplo, normas; academia; conferencias; recopilación de conocimientos provenientes de clientes o proveedores externos).

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 54 de 78

La gestión del conocimiento en la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** se determina y gestiona según lo establecido en el procedimiento **PE.10 Procedimiento Estratégico de Gestión de las Competencias y Formación**.

7.2 COMPETENCIA

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** ha determinado la competencia necesaria de las personas que realizan trabajos que afectan al desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y medio ambiente, proporciona acciones para adquirir la competencia necesaria cuando se requiera y evalúa la eficacia de las acciones tomadas y se asegura mediante los justificantes oportunos (títulos oficiales, currículo vite, etc.) que el personal que realice trabajos que afectan a la calidad cuenta con la educación, formación, habilidades y experiencia.

Para ello tiene definido en el procedimiento mencionado de "**PE. 10 Procedimiento Estratégico de Gestión de las Competencias y Formación**", los requisitos necesarios relativos a la formación del personal.

7.3 CONOCIMIENTO Y CONCIENCIA (AWARENESS)

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** se asegura que las personas que trabajan en la organización han tomado conciencia de la política de calidad, los objetivos de la calidad pertinentes, su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad y las implicaciones del cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

7.4 COMUNICACION

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** determina las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 55 de 78

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** ha elaborado un **PE.07 Procedimiento Estratégico de Gestión de la Comunicación Interna y Externa** donde se define determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.

Cualquier comunicación interna, ascendente o descendente, realizada dentro de la organización en relación a cuestiones referentes al sistema de gestión de la calidad, se canalizará a través de los Coordinadores de Calidad, quien lo comunicará a la Jefa de Servicio en caso de ser necesario.

7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** para asegurar que el control de la información documentada del Sistema de Gestión de la Calidad (documentos de origen interno, documentos de origen externo y registros) se realizan en condiciones adecuadas ha definido un procedimiento estratégico **PE.03 Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada**

La información documentada del Sistema Integrado de Gestión de Calidad y Medio Ambiente se clasifica en los siguientes tipos de documentos

- Manual de Calidad
- Procedimientos
- Protocolos
- Documentos Internos
- Registros

El Manual de Calidad es el documento básico del sistema integrado de gestión, en el que se establece la política y líneas directrices de la gestión mediante la definición de lo que se debe hacer y por quién. Este Manual puede distribuirse a los clientes que estén interesados.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 56 de 78

Los **Procedimientos** son documentos complementarios del Manual de Gestión de Calidad. Desarrollan los procesos que se llevan a cabo en los servicios afectados por el alcance del sistema y en ellos se describe, con el nivel de detalle necesario en cada caso, quién, como, dónde, para qué y con qué debe realizarse una determinada actividad. Además de los procesos clave, describen los procesos estratégicos y de apoyo. Su objeto es normalizar los procesos de actuación y evitar las indefiniciones e improvisaciones que pudieran dar lugar a problemas o deficiencias en la realización de cada actividad. Los Procedimientos de Calidad son documentos de uso interno, y salvo excepciones, no serán conocidos por el personal ajeno a la Organización.

Los **Procesos Estratégicos y de Apoyo**, van a describirse en el Sistema de Calidad en una serie de **Procedimientos** y **Documentos Internos** que son los que definen las distintas actividades, recursos y registros para el aseguramiento y gestión de la calidad.

- **PA** – Procedimientos de Apoyo al Servicio
- **PE** – Procedimientos Estratégicos del Servicio
- **DI** – Documentos Internos del Servicio.

Los Procesos Operativos o Clave van a describirse en el Sistema de Calidad en una serie de **Procedimientos Clave**. Dadas las características de los productos que genera este servicio elaboran otros tipos de documentos, además de en los que describen el proceso en sí:

- **PC** – Procedimientos Clave del Servicio

Los **Protocolos** son documentos descriptivos de diferentes actuaciones a nivel de los procesos operativos y que en el ámbito asistencial son de uso frecuente para

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 57 de 78

conseguir la normalización de la atención y servicios prestados y disminuir en lo posible la variabilidad en la práctica.

Los **Documentos Internos e Instrucciones** son documentos complementarios a los procedimientos operativos y se aplican a una parte o actividad de un proceso. Tienen un carácter eminentemente técnico.

Los **Registros** son documentos que presentan los resultados obtenidos o proporcionan evidencia de las actividades desempeñadas. Los registros se mantendrán en su archivo durante un tiempo prefijado, según lo descrito en el procedimiento.

La **Documentación Externa** es un conjunto de documentos, emitidos por organizaciones externas, tanto oficiales como privadas para su aplicación en la Organización, como por ejemplo: normativa legal, códigos de buenas prácticas, etc.

El procedimiento "**PE.03 Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada.**" especifica la aplicación de los siguientes puntos:

Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:

- a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);
- b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);
- c) la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.

La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:

- a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite;
- b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 58 de 78

Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:

- a) distribución, acceso, recuperación y uso;
- b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
- c) control de cambios (por ejemplo, control de versión);
- d) conservación y disposición.

Incluye además referente a los registros:

- Identificación de los registros
- Archivo de los registros generados
- Protección de los registros
- Recuperación de los registros
- Tiempo mínimo de registro
- Responsables del archivo
- Tipo de registro
- Lugar de archivo
- Tipo de soporte (Informático – papel)

La **información documentada de origen externo**, que la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche** determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar. La información documentada conservada como evidencia de la conformidad se protege contra modificaciones no intencionadas.

La estructura informatizada de gestión del repositorio documental es pues, una herramienta para facilitar al personal del servicio el acceso a la información.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 59 de 78

- **Carpeta de Documentación:** recoge todos los documentos en vigor del servicio
- **Carpeta de Formatos y Registros :** Recoge todos los formatos impresos, y algunos informatizados, que se utilizan para trabajar en cualquiera etapa de los procesos del servicio, y que la mayoría generan registros.
- **Documentos obsoletos:** recoge la información que ya no es vigente

8. OPERACIÓN

Este apartado del Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche** refleja fundamentalmente todo lo referente al desarrollo de los procesos clave de la organización en respuesta a su misión.

El punto 8 , referente a "operación" de la norma ISO 9001-2015 tiene de este modo los siguientes apartados :

- 8 Operación**
- 8.1 Planificación y control operacional**
- 8.2 Requisitos para los productos y servicios**
- 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios**
- 8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente**
- 8.5 Producción y provisión del servicio**
- 8.6 Liberación de los productos y servicios**
- 8.7 Control de las salidas no conformes**

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 60 de 78

8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERATIVO

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** lleva a cabo la planificación, implementación y control de los procesos, necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6 de la norma, mediante:

- a) la determinación de los requisitos de los productos y servicios y de la de aceptación o no de los mismos
- b) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios;
- c) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios.
- d) la determinación, el mantenimiento y almacenamiento de la información documentada

En nuestro Servicio, tanto la Planificación como el control operacional se lleva a cabo según los **Procedimientos Clave (PC)** que describen cómo realizar y controlar cada uno de los Procesos.

8.2 REQUISITOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS.

Comunicación con el Cliente

“La comunicación con los clientes debe incluir:

- a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios;*
- b) tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios;*
- c) obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes;*

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 61 de 78

d) manipular o controlar la propiedad del cliente;

e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.”

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** proporciona la información relativa a los productos y servicios, y comunica a sus clientes cuáles son sus capacidades técnicas, en referencia a los servicios realizados

La comunicación que establece el Servicio con el cliente es muy amplia, desde las consultas sobre la aplicación de los servicios, la atención personalizada, incluyendo las modificaciones y, la retroalimentación del cliente vía encuestas y atención de reclamaciones de los mismos, lo cual está descrito en diferentes procedimientos.

PE.08 – Análisis de la satisfacción del cliente , **PE.09 – Análisis de la satisfacción de los profesionales y entorno laboral** , **PE.07 – Procedimiento Estratégico de Comunicación.**

Determinación de los requisitos relativos a los productos y servicios

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** garantiza que:

- Los requisitos, incluyendo los métodos a utilizar y los plazos estimados de los mismos, están adecuadamente definidos, documentados y comprendidos.
- El servicio posee la capacidad para cumplir los requisitos
- Los procedimientos apropiados seleccionados son capaces de cumplir los requisitos y las necesidades clínicas.

Revisión de los requisitos relacionados con los productos y servicios

“La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 62 de 78

La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable:

- a) *sobre los resultados de la revisión;*
- b) *sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.”*

“La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas correspondientes sean conscientes de los requisitos modificados.”

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** asume la actualización de toda la información y de los requisitos relacionados con productos y servicios.

8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

Este punto de la Norma **No aplica**, puesto que el servicio únicamente se dedica a la realización de servicios ya establecidos, no realiza I+D+I, ni realiza ningún diseño de productos o nuevos servicios.

8.4 CONTROL DE LOS PRODUCTOS O SERVICIOS PRESTADOS EXTERNAMENTE

“La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.”

El Servicio conserva la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 63 de 78

El objetivo es asegurar que las compras de productos y servicios que afectan directamente a la calidad de los productos y servicios suministrados al cliente, están conformes con los requisitos especificados.

Existe un procedimiento que detalla todos estos puntos referentes a la gestión de compras y proveedores **PA.1 Gestión de compras y proveedores** (donde se establecen las directrices generales para el control de estos Servicios externos, asegurando que los documentos de compra de productos y/o servicios recogen los requisitos de calidad especificados).

Tipo y alcance del control de la provisión externa

El Servicio se asegura de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. Esto se detalla en los documentos anteriormente citados.

Información para los proveedores externos

El Servicio se asegura de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo. Esto se detalla en los documentos anteriormente citados.

8.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Todos estos puntos del apartado 8.5 aplicables de la Norma se pueden explicar en el contexto de los procesos clave u operativos de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** y se desprenden del mapa de procesos del sistema de gestión de calidad del servicio.

Hay una serie de **procedimientos documentados que describen los procesos clave** mas importantes con el fin de mejorar la practica clínica y disminuir la variabilidad para la mejora de la calidad del servicio.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 64 de 78

En este sentido para la descripción de las operaciones que dan respuesta a la misión de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** se pueden nombrar a los siguientes **procedimientos clave**.

PC.01 - Procedimiento Clave de Ingreso y Valoración inicial del paciente en la UCI-Q

PC.02 - Procedimiento Clave de Estabilización del paciente de la UCI-Q.

PC.03 - Procedimiento Clave de Seguimiento del paciente de la UCI-Q

PC.04 - Procedimiento Clave de Petición de Pruebas Complementarias de la UIC-Q

PC.05 - Procedimiento Clave de Interconsultas de la UCI-Q

PC.06 - Procedimiento Clave del traslado del paciente de la UCI-Q

PC.07 - Procedimiento Clave del Alta del paciente de la UCI-Q

Y describiendo **temas específicos del diagnóstico y tratamiento en las diferentes situaciones clínicas del paciente crítico** piden verse los siguientes **protocolos médicos y enfermeros**.

Protocolos médicos

PRO-001.02 Protocolo de Manejo Perioperatorio de la Sepsis y manejo inicial del shock séptico de origen intraabdominal

PRO-002.02 Protocolo de Manejo Perioperatorio de la Sepsis II. Desescalamiento antibiótico

PRO-003.02 Protocolo del Soporte del Donante en Muerte Cerebral

PRO-003.03 Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar en la UCI quirúrgica

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 65 de 78

PRO-004.02 Protocolo de Cuidados Postoperatorios de la Cirugía de Citorreducción mas HIPEC

PRO-005.02 Protocolo de Atención al Postoperatorio de Cirugía Mayor Abdominal

PRO-005.03 Protocolo de Limitación del Esfuerzo Terapéutico y Muerte Digna

PRO-006.02 Protocolo de Manejo Ventilatorio en el Distrés Respiratorio Agudo en la UCI Quirúrgica

PRO-007.02 Protocolo de Manejo de la Preeclampsia y la Eclampsia

PRO-008.02 Protocolo de Manejo de la Vía aérea en la UCI quirúrgica

PRO-009.02 Protocolo de Manejo del Politraumatizado Grave

PRO-010.02 Protocolo de Atención Postoperatoria del Paciente Neuroquirúrgico

PRO-011.02 Protocolo de Manejo de la Neumonía Asociada al Ventilador

PRO-012.02 Protocolo de Manejo de la Sedación

PRO-013.02 Protocolo de Manejo del Traumatismo Craneoencefálico

Protocolos enfermería

PRO-001.01 Protocolo de cumplimentación de la gráfica de enfermería

PRO-001.03 Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica

PRO.002.01 Protocolo de Prevención de la Neumonía asociada a Ventilador

PRO-002.03 Protocolo de aislamiento respiratorio, gotas, contacto e inverso en la UCI quirúrgica

PRO-003.01 Protocolo de Destete de la Ventilación Mecánica Invasiva en Pacientes Posquirúrgicos

PRO-004.01 Protocolo de Drenaje Torácico. Colocación y Manejo en la UCI quirúrgica.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 66 de 78

PRO-005.01 Protocolo de cuidados de enfermería en las técnicas de reemplazo renal

PRO-005.03 Protocolo de Limitación del Esfuerzo Terapéutico y Muerte Digna

PRO-006.01 Protocolo de cuidados de enfermería al paciente traqueostomizado conectado a ventilación mecánica

PRO-007.01 Protocolo de cuidados de enfermería al paciente de Cirugía Vascolar

PRO-008.01 Protocolo de Enfermería en la realización de Bloqueos de Nervios Periféricos en la UCI quirúrgica

PRO-009.01 Protocolo de Manejo de la Sedoanalgesia

PRO-010.01 Protocolo de enfermería y auxiliares de intubación orotraqueal

PRO-011.01 Protocolo de Inserción y Mantenimiento de Accesos Vasculares. Bacteriemia Zero

PRO-012.01 Protocolo de Prevención y Tratamiento de úlceras y heridas crónicas.

PRO-013.01 Protocolo de funciones del auxiliar de enfermería

PRO-014.01 Protocolo de Manejo de la Nutrición Enteral

PRO-015.01 Protocolo de Manejo de Heridas del paciente posquirúrgico abdominal

PRO-016.01 Protocolo de Manejo del Ventilador de Transporte

PRO-017.01 Manejo del Drenaje Ventricular Externo

PRO-018.01 Protocolo de Cuidados al Paciente Postquirúrgico en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA)

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 67 de 78

8.6 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** se asegura de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.”

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** toma las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** asegura de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.

El Servicio trata las salidas no conformes mediante su corrección, o bien mediante su separación, contención o suspensión de provisión de productos y servicios, e informando convenientemente al cliente cuando es necesario.

Posteriormente, verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.

El Servicio, mantiene la información documentada que:

- a) describe la no conformidad;
- b) describe las acciones tomadas;
- c) describe todas las concesiones obtenidas;
- d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.

Todo ello queda reflejado en el documento **PE.05 Procedimiento Estratégico de Gestión de No conformidades y acciones de mejora** .

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 68 de 78

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

El siguiente punto de este Manual Integrado de Gestión de Calidad, completa la tercera etapa del ciclo de mejora continua (PDCA) , centrándose en la evaluación , y siguiendo los requisitos referidos en la norma se plantea el siguiente esquema.

9 Evaluación del desempeño

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación

9.1.1 Generalidades

9.1.2 Satisfacción del cliente

9.1.3 Análisis y evaluación

9.2 Auditoría interna

9.3 Revisión por la dirección

9.3.1 Generalidades

9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección

9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección

9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

La implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad supone un esfuerzo importante que no tendría sentido si no fuera acompañado de los consiguientes beneficios para el propio servicio y para sus usuarios.

Cualquier Sistema de Gestión de la Calidad lleva implícito una Evaluación del desempeño, un proceso de revisión de la eficacia de la norma implantada, registro de los incumplimientos, análisis de la situación y plan de mejora.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** determina:

- a) qué necesita seguimiento y medición;

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 69 de 78

b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;

c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;

d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición

La descripción del proceso que se refiere a este punto de la norma se plasma en el **Procedimiento Estratégico PE.11 Procedimiento estratégico de seguimiento , medición , análisis y evaluación.**

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** realiza el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas y determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** analiza y evalúa los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis utilizan para evaluar:

a) la conformidad de los productos y servicios;

b) el grado de satisfacción del cliente;

c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad;

d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;

e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;

f) el desempeño de los proveedores externos;

g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad

La descripción del proceso que se refiere a este punto de la norma se plasma en el Procedimiento Estratégico de análisis de la satisfacción del cliente y todos los

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 70 de 78

procedimientos que describen el funcionamiento del Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP).

Satisfacción del Cliente

El Servicio realiza el seguimiento de las percepciones de los clientes, del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. De este modo el Servicio determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.

Para poder obtener la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización, se realiza el control de las reclamaciones y encuestas periódicas de satisfacción del cliente, reflejadas en diferentes procedimientos de Análisis de la satisfacción del cliente y Análisis de la satisfacción de los profesionales y clima laboral.

Análisis y Evaluación

El objetivo del **análisis de datos** es identificar y describir las técnicas estadísticas utilizadas para controlar y verificar que los productos y servicios proporcionados por la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** a sus clientes, cumplen con las especificaciones y satisfacen sus expectativas.

Asimismo, se establece cómo se mide y analiza la evolución de los indicadores establecidos para los procesos del servicio. Los resultados obtenidos servirán de entrada al Proceso de mejora continua.

Este punto aplica a los datos obtenidos a partir de aquellos procedimientos de trabajo que:

- Afectan directamente a la calidad del servicio
- Proporcionan información sobre el grado en que los productos y servicios prestados por el servicio satisfacen las necesidades del cliente

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 71 de 78

Además, aplica a todos los procesos del servicio, para los cuales se han establecido diferentes indicadores y objetivos de los mismos. En cada uno de tales procedimientos viene indicado quienes son los responsables del análisis, cuáles son las técnicas a utilizar y los registros que deberán mantenerse.

El fin de todos estos análisis es ver **en qué estado nos encontramos en la actualidad y proponer un plan de acción** en post de la mejora continua.

Esto se describe en el procedimiento estratégico **PE.11 Procedimiento estratégico de seguimiento , medición , análisis y evaluación**, que proporciona toda la información para medir y hacer un seguimiento de las características del proceso y del servicio, analizar el grado de consecución de los objetivos y poner en marcha acciones adecuadas.

Los resultados del análisis se utilizan para evaluar:

- a) la conformidad de los productos y servicios;
- b) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.
- c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad;
- d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;
- e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;
- f) el desempeño de los proveedores externos;

9.2 AUDITORÍA INTERNA

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados, para proporcionar información acerca de si el Sistema de Gestión de la Calidad es conforme con, los requisitos propios de la organización y con los requisitos de esta Norma Internacional UNE-EN-ISO 9001:2015

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 72 de 78

Los Coordinadores de Calidad prepara las planificaciones de las auditorias y realizan el seguimiento de las mismas. Así mismo mantiene un listado de los informes de No Conformidad surgidos en cada auditoria.

Las acciones a realizar se encuentran detalladas en el procedimiento sobre auditorias **PE.12 Procedimiento Estratégico de Gestión de las auditorias**

9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La Jefa de Servicio y responsable del Sistema de Gestión de la Calidad , junto con los Coordinadores de Calidad así como otro personal que pueda requerir, realizará al menos con periodicidad anual una revisión del funcionamiento del Sistema de Calidad, para asegurarse de su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica del Servicio. Se conserva información documentada de los resultados de la Revisión en el **Acta de Revisión por la Dirección**.

Entradas de la Revisión por la Dirección

La revisión incluye como mínimo los siguientes apartados:

- Revisión de las políticas y procedimientos, incluyendo los procedimientos analíticos, con el fin de verificar si siguen siendo adecuados para el servicio.
- Revisión de Plazos de Respuesta a clientes.
- Evaluación de las respuestas del usuario (generalmente resultados de encuestas). la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas
- Las recomendaciones del Personal
- Resultados de Auditorías Internas
- Gestión del riesgo

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 73 de 78

- Indicadores de Calidad Se evalúa los resultados obtenidos y las Tendencias de los indicadores medidos a lo largo del año. Asimismo, se planifican los indicadores a medir para el próximo año.
- Desempeño de los proveedores, de los procesos y conformidad de los productos y servicios
- Valoración, identificación y control de las no conformidades, reclamaciones y acciones preventivas.
- Cambios en el volumen y tipo de trabajo. Planificación de los cambios
- Grado en que se han logrado los objetivos de la calidad
- Cambios en las cuestiones externas e internas
- Desempeño de los proveedores externos
- Objetivos, metas y planes de acción para el año siguiente
- Otros factores relevantes como: actividades de formación del personal
- Resultados de los Procesos de Mejora Continua
- Evaluación de la eficacia de las acciones formativas realizadas
- Análisis de los Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de calidad
- El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades

Salidas de la Revisión por la Dirección

Como resultado, la Jefa de Servicio , junto con los Coordinadores de Calidad, registrarán la revisión del sistema en un informe de reunión o **Acta de Revisión**, con indicación de los puntos tratados, las conclusiones y las acciones a tomar.

Además incluirán las decisiones referentes a:

- La mejora de la eficacia del Sistema de Gestión y sus procesos
- Las oportunidades de mejora de los servicios
- Necesidad de recursos

	Manual de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 74 de 78

- Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de calidad

Así mismo se incluirán los objetivos y planes de acción para el año siguiente, ya que de todo el análisis realizado por la Revisión por la Dirección podemos realizar un listado en este punto incluyendo todas las acciones de mejora que vamos a realizar.

10. MEJORA

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente. Las fuentes de información para la mejora continua pueden provenir, entre otras, de: la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, de la identificación de riesgos, acciones de mejora y acciones preventivas o la revisión por la Dirección, y en general de toda la información derivada de la aplicación del sistema en el servicio.

El punto siguiente del Manual de Gestión de Calidad, de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica Hospital General Universitario de Elche** se centra en la etapa cuarta del ciclo de mejora continua (PDCA) , centrada en la mejora.

10 - Mejora

10.1 - Generalidades

10.2 - No conformidad y acción correctiva

10.3 - Mejora continua

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 75 de 78

10.1 GENERALIDADES

El Servicio determina y selecciona las oportunidades de mejora e implementa cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente.

Éstas deben incluir:

- mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las expectativas futuras;
- corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;
- mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad

Para ello, se describe el método utilizado para mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad de modo que pueda:

- eliminar, o reducir, las causas reales o potenciales que originan problemas de calidad.
- producir mejoras en esas áreas de forma continuada.

Se identifica toda condición o circunstancia puntual o repetitiva que represente un riesgo para una no conformidad real o potencial o una incidencia repetitiva, respecto a los requisitos, especificaciones, normas o procedimientos del Sistema de la Calidad y a todo servicio o proceso susceptible de mejora.

10.2 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** para asegurar que los productos y servicios, que no alcancen sus especificaciones y características aplicables, se identifican, segregan y se tratan adecuadamente, evitando su utilización inadecuada en el proceso, elabora y pone en marcha una serie de procedimientos descritos en procedimiento estratégico **PE.05 Procedimiento estratégico de calidad de gestión de las No conformidades ya acciones de**

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 76 de 78

mejora, donde se describe el sistema que asegura que las no conformidades en general, son identificadas, documentadas, evaluadas y tratadas, de manera que sirvan de base para acometer acciones correctivas o de mejora en todo caso.

Este procedimiento se realiza con el fin de:

- ♦ Mejorar la sostenibilidad, adecuación y actividad del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ♦ Tratar eficazmente las reclamaciones de los clientes, las no conformidades internas y las quejas de los proveedores.
- ♦ Reaccionar ante la no conformidad, tomar acciones para controlarla y corregirla, y hacer frente a las consecuencias
- ♦ Investigar las causas de las no conformidades y mantener registro de dicha investigación, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte mediante la revisión de la no conformidad, la determinación de las causas de la misma y la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente podrían ocurrir
- ♦ Evaluar y Determinar las acciones correctoras necesarias para eliminar las causas de las no conformidades
- ♦ Aplicar los controles para asegurar la ejecución de las acciones correctoras y comprobar que son eficaces.
- ♦ Si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación o hacer cambios en el SGC.

Así mismo, se debe conservar la información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, las acciones correctivas tomadas y los resultados de las mismas.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 77 de 78

10.3 MEJORA CONTÍNUA

“La organización debe mejorar continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad.

La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.”

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica** establece un proceso de mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad, de manera que utilizando los resultados obtenidos por los controles establecidos, y con la participación de los responsables de las tareas, se puedan ir tomando acciones preventivas que reduzcan los errores.

Para ello utiliza las herramientas que proporciona el propio sistema, entre las que cabe destacar:

- La política de calidad
- Los objetivos de calidad
- Los resultados de las auditorías de calidad
- El análisis de datos
- Análisis de riesgos
- Las acciones correctivas y de mejora
- La revisión por la Dirección del servicio


La Dirección lleva a cabo una selección de los problemas o puntos de mejora que surgen, bien de los análisis estadísticos, bien del análisis de riesgos, bien de propuestas de los responsables de las distintas áreas. A continuación, confecciona las acciones de mejora para analizar tales problemas y establecer las correspondientes medidas.

	<h2>Manual de Calidad</h2>	Sistema de Gestión de Calidad	
		MC-V01	
		10-02-18	Página 78 de 78

Además, la Organización desarrolla y pone en funcionamiento una Comisión de Calidad como órgano adjunto a la Dirección y constituido por la participación de los profesionales de la misma, como instrumento facilitador y controlador del Sistema de Calidad en el proceso de mejora continua de los servicios realizados.

La misión de la Comisión de Calidad, además de tomar acciones para abordar riesgos y oportunidades, y aprobar acciones de mejora, es la de colaborar en el desarrollo, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Calidad del Servicio.

ANEXO 3. PE.03 Gestión de la Información Documentada

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 1 de 14


PROCEDIMIENTO ESTRATEGICO DE GESTION DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha - 26-03-18	Fecha - 26-03-18	Fecha - 26-03-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 2 de 14

1. OBJETO

Este documento tiene por objeto describir el sistema empleado por la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** para asegurar que los documentos bajo el alcance de este procedimiento, son elaborados, revisados, aprobados, distribuidos, archivados y modificados de forma controlada.

2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica en su totalidad a:

- Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad:
- Las normas y reglamentos aplicables al producto o servicio, así como la documentación externa que se considere necesaria y relevante para la realización del servicio

El procedimiento aplica a todos los profesionales de la organización, con diferente nivel de responsabilidad y alcance dependiendo del puesto de trabajo y papel en el Sistema de Gestión de Calidad.


3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

Norma ISO 9001-2015 Sistemas de Gestión de Calidad . Requisitos .
7.5 Información documentada

Norma ISO 9000

Norma ISO 9000-2015 Sistemas de Gestión de Calidad . Fundamentos y Vocabulario .

Se refieren a continuación **algunas definiciones** referentes a los temas de documentación que ayudarán a comprender el desarrollo de este procedimiento del sistema de calidad.

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
<p>PE-03 V-01</p> <p>26-03-18 | Página 3 de 14</p>			

Documento: Información y su medio de soporte.

Información: Datos que poseen significado.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

Proceso: conjunto de actividades interrelacionadas que, partiendo de uno o más inputs (entradas) los transforma, generando un output (resultado o salida).

Y respecto a los **diferentes tipos de documentos** que podrían utilizarse en el Sistema de Gestión de la Calidad.


Manual de la calidad: Documento que especifica y describe el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.

Aunque la última versión de la Norma ISO 9001, no incluye este documento como obligatorio, como hacía en versiones previas, puede ser muy recomendable su existencia pues incluye de forma general los diferentes apartados y puntos del Sistema de Gestión de Calidad.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Dependiendo del tipo de proceso que describan podrán ser también de tres tipos: **Claves, Estratégicos y de Soporte.**

Aunque la entidad de los procesos a los que aplican procedimientos para su descripción puede ser muy variable, hay casos en los que podría hablarse de "procedimientos generales de funcionamiento de ...", mientras que otros podrían ser "procedimientos específicos para ..."

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad PE-03 V-01 26-03-18 | Página 4 de 14</p>
---	--	---

Protocolo : Documento que indica cómo actuar en una determinada situación.

En nuestro ámbito utilizamos este tipo de documento para normalizar actuaciones clínicas buscando la disminución de la variabilidad y a mejora de la calidad de los procesos asistenciales realizados, ligadas al diagnóstico o tratamiento o patología aunque realmente pueden utilizarse también para describir situaciones no tan claramente asistenciales.


Documento Interno : Genéricamente es un documento que se elabora y controla en la organización describiendo de forma mas concreta una planificación del trabajo , un modelo de organización , una forma de hacer las cosas s simplemente cualquier información que la organización considera que debe ser controlada.

Esto hace que los Documentos Internos puedan responder a muchas necesidades , dando lugar a muy diferentes tipos.

Instrucción de Trabajo : Se trata de un documento que se refiere de forma muy concreta la manera de llevar a cabo una acción y que ayuda de la misma forma que los documentos anteriores a normalizar el trabajo y disminuir la variabilidad del mismo y los posibles errores. Se utilizan generalmente este tipo de documentos para describir el funcionamiento de un equipo o la sistemática a seguir en una aplicación informática

Documento Externo : Documento externo todo aquel que es necesario para el sistema de gestión de calidad o que deriva del mismo, pero que no han sido elaborados por el propio servicio.

Se trata de documentos como leyes , normas , bibliografías relevantes , manuales de equipos, documentos ajenos al servicio, etc... que interesan para el sistema de gestión de calidad y que deben ser identificados y controlados, aunque pueden tener otra finalidad y objetivo no tan específico según los procesos y el tipo de organización a que nos estemos refiriéndonos.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 5 de 14

4. DESARROLLO

Los requisitos señalados en el punto "7.5 Información Documentada" señalan el índice y camino a seguir en la descripción de este apartado del procedimiento.

7.5 Información documentada

7.5.1 Generalidades

7.5.2 Creación y actualización

7.5.3 Control de la información documentada

7.5.1 – Generalidades. Información Documentada

El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:

- a) *la información documentada requerida por esta Norma Internacional;*
- b) *la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.*


NOTA La extensión de la información documentada para un sistema de gestión de la calidad puede variar de una organización a otra, debido a:

- *el tamaño de la organización y su tipo de actividades, procesos, productos y servicios;*
- *la complejidad de los procesos y sus interacciones; y*
- *la competencia de las personas.*

7.5.2 – Creación y Actualización

Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:

- a) *la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);*
- b) *el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);*
- c) *la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación*

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 6 de 14

7.5.3 Control de la información documentada

7.5.3.1 - La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:

- a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite;
- b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).

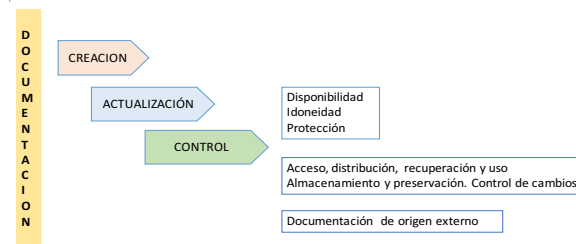
7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:


- a) distribución, acceso, recuperación y uso;
- b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
- c) control de cambios (por ejemplo, control de versión);
- d) conservación y disposición.

La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar.

La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas.

NOTA El acceso puede implicar una decisión en relación al permiso, solamente para consultar la información documentada, o al permiso y a la autoridad para consultar y modificar la información documentada.



	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 7 de 14

Los tipos de **documentos internos** que se van a utilizar inicialmente en el Sistema de Gestión de la Calidad son los siguientes :

Manual de Calidad

Procedimientos

Protocolos

Documentos Internos

Documentos externos

Instrucciones de Trabajo


Registros

A todos estos documentos internos del sistema de gestión de la calidad mencionados les aplicará todo el conjunto de requisitos que se han ido nombrando en los párrafos anteriores y que se describen a continuación.

En la **Unidad de la UCI-Q**, los documentos internos del Sistema de Gestión de la Calidad **son elaborados por los profesionales**, que son los que mejor conocen la forma de actuación en las distintas situaciones con lo que habrá que ver quien o quienes son los profesionales mas oportunos para ello según el caso.

Su **aprobación**, después de ser revisados y valorados por la Comisión de Calidad como grupo de profesionales de diferentes estamentos, y que participan en la definición y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, **se hará por la responsable del mismo, la Jefa del Servicio.**

La **identificación de todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad** se hará mediante un código / referencia, y edición que acompañarán al título y que estarán presentes al menos en la primera página del mismo.


 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-03 V-01</p>	
		26-03-18	Página 8 de 14

Los **códigos que se utilizan para la identificación de los distintos tipos de documentos** mencionados previamente son los siguientes :


Manual de Calidad – **MC**
 Procedimientos Clave – **PC**
 Procedimientos Estratégicos – **PE**
 Procedimientos de apoyo – **PA**
 Protocolos – **PT**
 Documentos Internos – **DI**
 Documento Externo – **DE**
 Instrucciones de Trabajo – **IT**
 Registros – **R**

A continuación del código del documento seguirá habitualmente un número correlativo, aunque si la organización, por diferentes razones, dispone de sistemas de numeración previos o diferentes se considerarán también adecuados, siempre que se mantenga el carácter individual del mismo.

En el inicio de la primera página se presenta esta información que se refiere anteriormente junto con el logo de la organización, tal y como aparece en el presente procedimiento estratégico.

 <p>Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor Unidad de Cuidados Intensivos de Anestesia</p>	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-03 V-01</p>	
		26-07-18	Página 9 de 15

Los documentos son elaborados por los profesionales que conocen los procesos, son revisados por los coordinadores de calidad y aprobados por el Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad. Los destinatarios de los documentos son los

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 9 de 14


indicados por quien aprueba el documento, tomando como base orientativa las funciones y responsabilidades citadas en el documento.

El responsable de la elaboración de un documento procederá a su **revisión, periódica o durante el uso y aplicación del documento, con el fin de incluir posibles modificaciones** originadas por cambios en el Sistema de Calidad que afecten al contenido del documento. Cualquier persona, relacionada con la Calidad o con un departamento implicado, podrá solicitar modificaciones al documento.

La solicitud de modificaciones se hará preferentemente por escrito y dirigida a quien elaboró y/o aprobó el documento. En la solicitud se indicará claramente cuál es el punto a modificar y las causas de la modificación. El responsable de la elaboración del documento y los departamentos implicados analizarán la solicitud de modificación. La inclusión de alguna modificación en cualquiera de las hojas del documento aumenta el número de edición de dicho documento, dicha modificación debe ser con anterioridad revisada y aprobada por las personas que figuran en la portada del documento. En el caso de tomar esta decisión, reflejará este hecho en el historial de las modificaciones sufridas por un documento, señalando las causas que le hayan llevado a tomar esta decisión. Una vez incluida una modificación el documento pasará por los procesos de revisión, aprobación y distribución señalados en los apartados correspondientes.

Los **Coordinadores de Calidad** registran las modificaciones respecto a la anterior edición, en el apartado de los documentos que corresponde al registro Control de las modificaciones y en el que se hace constar el motivo del cambio y modificación, la fecha y el número de versión.

La actualización de los procedimientos en siguientes versiones se refleja también en la primera página de los mismos indicándose el número de versión, la fecha y los motivos de las modificaciones.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 10 de 14

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA


El apartado siguiente en la primera página de los documentos es la referencia a los nombres y firmas de la autoría , revisión y aprobación del documento.

Realizado	Revisado	Aprobado
Fecha - 26-07-18	Fecha - 26-07-18	Fecha - 26-07-18

En la parte inferior del procedimiento se incluye una frase que refleja quien es el propietario del documento y la ubicación de los documentos controlados, dando a entender que el resto de copias se consideran como no controladas.

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

El Manual de Calidad es el documento que define la Política común de la **Unidad de la UCI Quirúrgica** en materia de Calidad. Este documento incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad, así como la justificación de cualquier exclusión. Hace referencia a los procedimientos documentados establecidos del sistema de gestión de la calidad. Incluye a su vez una descripción de la interacción de los procesos del sistema de gestión de la calidad a modo de mapa de procesos.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 11 de 14

Esta sistemática de codificación de la documentación aplicará al manual de calidad, los procedimientos, protocolos, documentos internos o externos e instrucciones de trabajo.


En el **caso de los registros**, si se trata de documentos que evidencian y reflejan acciones relacionadas con los procedimientos estratégicos o de apoyo, o bien aspectos de organización y gestión del servicio, se les relacionará con el documento a que hacen referencia y tendrán un número correlativo y la denominación. Contendrán el logotipo que se haya decidido y la fecha de aprobación, no haciendo constar, por operatividad y sentido práctico la versión si la hubiera y los controles de las modificaciones en el propio registro, aunque si se reflejará la versión y fecha en el registro de control de la información documentada.

Ejemplo **R.01 PE.02** Sería el registro número 01 del procedimiento estratégico 02. o el R.02 IT.04 Sería el registro número 02 de la Instrucción de Trabajo 04.

El **Servicio de UCI Quirúrgica** asegurará que los documentos necesarios estén a disposición de las personas del departamento que los necesiten, de forma que puedan acceder a todos los documentos actualizados que afecten a dicho departamento.

El acceso a toda la documentación se realizará en un repositorio específico en la intranet, con los controles de acceso adecuados que se definan por parte de la **Jefa del Servicio**. En cada uno de los documentos controlados por el sistema se hace mención en el pie de página, como se asegura la distribución de los mismos con la ubicación de las copias controladas y actualizadas de ellos en el espacio reservado para ello. Los coordinadores de Calidad archivarán los originales de los documentos vigentes; además mantienen el archivo, junto con la edición en vigor del documento.

La **Unidad de la UCI Quirúrgica** es responsable de archivar adecuadamente la edición en vigor de todos los documentos que reciba, así como de mantener el buen

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 12 de 14

estado de los mismos para garantizar que serán legibles en todo momento, para permitir su uso correcto. Calidad mantiene una relación, de todos los documentos en vigor, relacionados por su código, título y nº de edición vigente en el **R.01.PE.03 Registro de control de la Información Documentada**.

Control de la documentación externa

La documentación externa que llega a la **Unidad de la UCI Quirúrgica** y que se considera relevante para el funcionamiento y calidad del servicio prestado, estará controlada mediante la utilización del **R.01.PE.03 Registro de control de la Información Documentada** que permite definir cada documento externo, tener un resumen de su contenido, su localización y almacenamiento posterior, así como otros datos que se consideren de interés respecto al mismo. La codificación de la documentación externa se realizará con DE y un número correlativo.


El/los Coordinadores de Calidad de la **Unidad de la UCI Quirúrgica** después de realizar la evaluación de la documentación externa decide su inclusión en sistema y su ubicación y registro en el **R.01.PE.03 Registro de control de la Información Documentada**

5. RESPONSABILIDADES

Jefa de Servicio

- Aprobación de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad como son la Política de calidad, Manual de Calidad, Procedimientos Claves, Estratégicos, de Apoyo y los Protocolos.
- Aprobación de los documentos de gestión y organizativos del servicio o delegación en su caso con los profesionales que considere.

Coordinadores de Calidad:

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 13 de 14

- Gestión general de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, según se describe en el desarrollo de este procedimiento.
- Edición y distribución de documentos, junto a la retirada y eliminación de los que quedan obsoletos.
- Archivo de documentos originales en vigor y de los obsoletos identificados como tales.
- Actualización del historial de modificaciones de cada documento.
- Mantenimiento de una relación actualizada de todos los documentos en vigor y de los departamentos que utilizan cada uno de ellos.


Comisión de Calidad:

- Revisión general de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, antes de su aprobación.

6. INDICADORES

- Total de Documentos incluidos en el Sistema de Gestión de Calidad.
- Total de Documentos incluidos en el Sistema de Gestión de la Calidad según tipos.
- Total de Documentos revisados anualmente en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Total de Documentos revisados anualmente en el Sistema de Gestión de la Calidad según tipos.
- Documentos revisados y modificados respecto al total de revisados anualmente en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Documentos revisados y modificados respecto al total de revisados anualmente en el Sistema de Gestión de la Calidad según tipos.
- Total de Documentos externos al Sistema de Gestión de Calidad controlados.
- Documentos externos nuevos e incorporados anualmente al Sistema de Gestión de Calidad.

ANEXO 4. PE.06 Gestión de Riesgos y Oportunidades

	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 1 de 12


**PROCEDIMIENTO ESTRATEGICO DE GESTION DEL
RIESGO Y OPORTUNIDADES**

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha – 13-06-18	Fecha - 13-06-18	Fecha - 13-06-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 2 de 12

1. OBJETO

El procedimiento describe el sistema empleado por la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos del Hospital General Universitario de Elche** para la identificación, análisis, evaluación, prevención y minimización de los riesgos, así como establecer los requisitos para evitar que los riesgos se materialicen en eventos adversos a lo largo del proceso asistencial.


La gestión del riesgo se integra en nuestro sistema de Gestión de calidad como un proceso estratégico del Departamento, que debe estar presente en todos los procesos de la organización.

La definimos como un conjunto de actividades coordinadas, destinadas a prevenir y controlar el riesgo en una organización y dirigida a evitar eventos adversos que afecten a:

- Personas: Pacientes y profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Instalaciones: Edificios, equipos, mobiliario, medio ambiente, etc.
- Recursos económicos: inversiones, recursos de investigación, etc.
- Prestigio de la institución y satisfacción de los profesionales.

2. ALCANCE

Este procedimiento se refiere a todo lo relacionado con la gestión de riesgos y oportunidades en la organización, y se aplica a toda la organización, a la totalidad de los procesos que tienen que ver con el sistema de gestión de calidad y aplica a los diferentes profesionales de la organización en cuanto que, el sistema de gestión de calidad tiene un alcance global a la misma, con diferente nivel de responsabilidad y alcance dependiendo del puesto de trabajo y papel en el Sistema de Gestión de Calidad.

	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 3 de 12

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

ISO 31000:2013 Gestión del Riesgo. Principios y Directrices

ISO 9001:2015 . Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos usa el pensamiento basado en el riesgo para lograr esto de la siguiente manera:

Sección 4 (Contexto) se requiere que la organización determine los riesgos que lo pueden afectar.

Sección 5 (Liderazgo) se requiere que la alta dirección se comprometa para garantizar que se cumple la Sección 4.

Sección 6 (Planificación) se requiere que la organización emprenda acciones para identificar los riesgos y las oportunidades.


Sección 8 (Operación) se requiere que la organización implemente procesos para abordar los riesgos y las oportunidades.

Sección 9 (Evaluación del desempeño) se requiere que la organización monitorice, mida, analice y evalúe los riesgos y las oportunidades.


Sección 10 (Mejora) se requiere que la organización mejore por medio de la respuesta a los cambios en el riesgo.

Se refieren a continuación **algunas definiciones** referentes a los temas de gestión de riesgos que ayudarán a comprender el desarrollo de este procedimiento del sistema de calidad.

- **Riesgo:** Probabilidad de que ocurra un incidente.
- **Error:** Desviación de la práctica aceptada como correcta, independientemente del efectos que produzca en el paciente. En la práctica sanitaria el error se puede deber a tres causas:
 - Realizar acciones innecesarias –error de comisión-
 - Realizar de forma incorrecta actuaciones necesarias (indicadas)- error de comisión-
 - Omisión de actuaciones –error de omisión-.

	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 4 de 12

- **Incidente.** Acontecimiento o situación imprevista o inesperada que puede producir o no daño al paciente. Se considera incidente sin daño aquél que bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños, ni pérdidas al paciente, pero que, en otras circunstancias podría haberlo producido. El incidente con daño se conoce como evento adverso.
- **Seguridad del paciente:** Ausencia para un paciente de un daño innecesario o daño potencial a la atención sanitaria.
- **Evento:** Algo que le ocurre a un paciente.
- **Evento Adverso:** Incidente que causa daño a un paciente. Es un suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas perdurables o no para el paciente o la propia institución sanitaria, como consecuencia de la atención.
- **Evento Centinela:** Es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos o tiene riesgo de causarlos. Se llama centinela porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar respuesta para controlar la aparición de nuevos casos.
- **Identificación del riesgo:** Proceso para descubrir, listar y caracterizar elementos de riesgo.
- **Análisis del riesgo:** Es un proceso sistemático de recogida, registro y evaluación de la información sobre los riesgos, orientado a establecer posiciones o acciones preventivas como respuesta a un riesgo identificado.
- **Evaluación del riesgo:** Proceso de comparación del riesgo estimado frente a los criterios para la evaluación del riesgo para determinar la importancia del riesgo.
- **Tratamiento del riesgo:** Proceso para seleccionar, implementar las medidas dirigidas a reducir o evitar el riesgo.
- **Valoración del riesgo:** Proceso que integra el análisis del riesgo y la evaluación del riesgo.
- **AMFE:** Análisis modal de fallos y sus efectos.
- **ACR:** Análisis causa-raíz.
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad.

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-06 V-01</p>	
		<p>13-06- 18</p>	<p>Página 5 de 12</p>

4. DESARROLLO

Se define como riesgo un efecto de incertidumbre, es decir, una desviación de lo esperado, ya sea positivo o negativo según ISO 9000-2015.

Con frecuencia, el riesgo se caracteriza por referencia a eventos potenciales y consecuencias o a una combinación de éstos. También se puede expresar en términos de una combinación de las consecuencias de un evento (incluidos cambios en las circunstancias) y la probabilidad asociada de que ocurra.

Cumpliendo el punto 6 de la Norma ISO 9001-2015, se establece un nuevo requisito por el que las organizaciones tendrán que determinar los riesgos y oportunidades con potencial para impactar en el desempeño de los procesos del sistema de gestión de la calidad de forma negativa y positiva, con lo que debemos planificar e implementar acciones para abordar estos riesgos y oportunidades con la finalidad de aumentar la eficacia del sistema de gestión y prevenir los efectos negativos de los fallos.


El punto 6.1 de la norma nos define las acciones para abordar riesgos y oportunidades.

“Al planificar el SGC, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en 4.2 y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:

- a) Asegurar que el SGC puede lograr sus resultados previstos.
- b) Aumentar los efectos deseables.
- c) Prevenir o reducir efectos no deseados.
- d) Lograr la mejora.

La organización debe planificar:

- Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades.
- La manera de:
 - Integrar e implementar las acciones en sus procesos del SGC.

	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 6 de 12

- Evaluar la eficacia de estas acciones

Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y servicios.

Utilizar un enfoque basado en el riesgo en la implementación de los procesos requiere por tanto:

- Identificar los riesgos y oportunidades.
- Analizar y priorizar los riesgos y oportunidades.
- Planificar las acciones para tratar los riesgos.
- Implementar el plan de acción.
- Verificar la eficacia de las acciones.
- Aprender de la experiencia.
- De nuevo identificar los riesgos y oportunidades.

La **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** plantea la gestión del riesgo desde el punto de vista proactivo, en un análisis a priori, antes de que el riesgo llegue a materializarse en un incidente o evento adverso. La detección de los riesgos puede ser de múltiples procedencias:


Puede venir de una observación del paciente.

Puede venir de los profesionales.

Puede venir de resultados de la monitorización de los indicadores.

Puede venir de la revisión de las No Conformidades, etc.

En el caso en que se haya detectado y tratado una No Conformidad, incorporaremos esta situación como potencialmente repetible y como tal la consideraremos como riesgo, pudiendo de esta forma si lo vemos oportuno una acción de mejora a futuro.


	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-06 V-01</p>	
		<p>13-06- 18</p>	<p>Página 7 de 12</p>

El método utilizado para la priorización es el AMFE (análisis modal de fallos y sus efectos). Es decir, tratamos de detectar de forma anticipada el fallo para establecer los controles necesarios que disminuyan la ocurrencia.

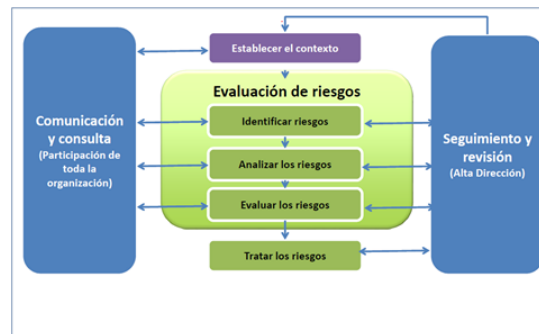
El **AMFE** es un método que investiga las debilidades potenciales del proceso y cuantifica el riesgo de fallo, considerando su probabilidad de ocurrencia y la gravedad, permitiendo priorizar los riesgos y así establecer acciones para eliminar o reducir la probabilidad de que ocurra.

Para aplicar el método, es necesario seguir las siguientes fases:

- 1.- Definir el proceso que vamos a analizar.
- 2.- Constituir un grupo de trabajo interdisciplinar (es importante que el personal tome conciencia de la importancia que tiene la mejora de su desempeño y el seguimiento de la gestión de riesgo así como la notificación de incidencias en la seguridad del paciente).
- 3.- Diseñar gráficamente el proceso.
- 4.- Describir los riesgos (posibles fallos del proceso), los agentes causales (posibles causas), los efectos del fallo (posibles efectos) y el error (qué no se ha hecho y se debería haber hecho).
- 5.- Analizar cada riesgo según Gravedad, Ocurrencia y Detectabilidad. Calcular el Índice de Prioridad del Riesgo.
- 6.- Establecer las acciones/medidas preventivas para evitar que ocurra, así como los profesionales responsables de llevarlas a cabo.

	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 8 de 12

Proceso de gestión del Riesgo según ISO 31000:2009






En la fase de identificación de riesgo se realiza un análisis de cada uno de los procedimientos de la organización, elaborando una lista de aquellos riesgos a los que puede estar expuesto el paciente o la organización. Para ello, se deberá un **grupo de trabajo** que controle el proceso asistencial sobre el que se van a identificar las actividades “críticas”.

Consideramos fuentes de información para la identificación del riesgo:

- Comunicaciones del SINEA.
- Quejas recibidas en SAIP.
- Resultados de indicadores.
- Resultados de auditorías.
- Actividades desarrolladas en los procedimientos.
- Requisitos legales aplicables.
- Experiencia de los profesionales.

Los riesgos identificados se incorporarán en el **R.01-PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo**

  SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  UCI QUIRÚRGICA	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 9 de 12


R.01-PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo						
PROCESO: ESTABILIZACIÓN			VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN			
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO // SITUACIÓN	CAUSA	EFEECTO	GRAVEDAD 1-10	FRECUENCIA 1-10	DIFÍCIL DETECCIÓN 1-10	RIESGO = GxFxD

Para la priorización utilizaremos el valor resultante del IPR y la matriz del riesgo. Aquellos cuyo valor en IPR sea superior a 500 o estén catalogados como riesgo extremo según la matriz del riesgo, requieren acción inmediata y comunicación a dirección del departamento.

Los que su valor se encuentre entre 200-500 su riesgo es alto, la dirección debe poner atención directa en su resolución, incluirlo en el programa de objetivos y establecer indicadores para su seguimiento.

Aquellos cuya puntuación se encuentre entre 100-200 nivel de riesgo moderado. Se establecerá un plan de acción para minimizar el riesgo y controlar la actividad durante un tiempo determinado.

Y los puntuados por debajo de 100 o considerados de riesgo bajo en la matriz, no requieren medidas preventivas obligatorias aunque sí se deben establecer acciones de mejora.

	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 10 de 12


PROBABILIDAD	CONSECUENCIAS				
	INSIGNIFICANTE	BAJO	GRAVE	MUY GRAVE	CATASTRÓFICO
CASI CIERTO	A	A	E	E	E
PROBABLE	M	A	A	E	E
POSIBLE	B	M	A	E	E
IMPROBABLE	B	B	M	A	E
RAPID	B	B	M	A	A
	E	Riesgo extremo, requiere acción inmediata			
	A	Riesgo alto, dirección debe poner atención directa en su resolución			
	M	Riesgo moderado, deben especificarse responsabilidades para su gestión.			
	B	Riesgo bajo, se gestiona con procedimientos rutinarios			

Tratamiento del riesgo:

Una vez priorizados los riesgos, debemos evitar el riesgo no iniciado, reducir o interrumpir la actividad que lo origina, modificar la actividad para reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o asumir el riesgo.

	POSSIBLE FALLO	IPR	MEDIDAS PREVENTIVAS	
1		150		<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="background-color: red; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> RIESGO INTOLERABLE <div style="background-color: orange; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> RIESGO IMPORTANTE <div style="background-color: yellow; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> RIESGO MODERADO <div style="background-color: lightgreen; width: 15px; height: 15px;"></div> RIESGO ACEPTABLE </div>
2				
3		144		
4		96		

La organización debe llevar a cabo un proceso de seguimiento y revisión de medidas implantadas para asegurar la eficacia y efectividad y detectar cambios que puedan requerir una revisión de los tratamientos del riesgo o de su priorización y valorar e identificar los riesgos sobrevenidos (en el caso de que los haya) de las medidas que se han implantado.

	Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-06 V-01	
		13-06- 18	Página 11 de 12

			VALORACIÓN RIESGO DESPUÉS DE LA ACCIÓN			
ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE IMPLANTACIÓN	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	GRAVEDAD	FRECUENCIA	DIFÍCIL DETECCIÓN	RIESGO = GxExD

5. RESPONSABILIDADES

La **responsabilidad** de la gestión del riesgo es de la **dirección**, pero en cada uno de los procesos deben ser los responsables de los mismos los que actúen de forma proactiva gestionando el riesgo y utilizando las diferentes metodologías y procedimientos para ello.

6. INDICADORES

Como en cualquier proceso, también en este se establecen determinados parámetros para hacer el seguimiento del mismo.


Los indicadores de actividad muestran el número de actividades relacionadas con el proceso:

- Número de grupos de trabajo para elaborar el mapa de riesgos.
- Número de reuniones programadas realizadas de grupos de trabajo de riesgos.

Los indicadores de adecuación muestran el cumplimiento de las diferentes premisas y criterios de calidad del proceso:

- Porcentaje de reuniones realizadas al año de un grupo de trabajo respecto a las programadas.

Los indicadores de efectividad muestran de diferentes formas el nivel de resultados obtenidos en las comisiones de calidad:

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión del Riesgo y Oportunidades</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-06 V-01</p>	
		<p>13-06-18</p>	<p>Página 12 de 12</p>


- Número de temas tratados
- Número de acuerdos tomados y decisiones en las reuniones.
- Número de equipos de mejora constituidos.

7. REGISTROS


R.01-PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo

8. ANEXOS

Anexo nº1 – Detalle del R.01-PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo

			<p>R01 PE.06 Registro AMFE para el análisis y priorización del riesgo</p>			
<p>PROCESO:</p>			<p>VALORACIÓN RIESGO ANTES DE LA ACCIÓN</p>			
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO // SITUACIÓN	CAUSA	EFFECTO	GRAVEDAD 1-10	FRECUENCIA 1-10	DIFÍCIL DETECCIÓN 1-10	RIESGO = GxExD

ANEXO 5. PE.02 Definición de Objetivos y Planes de acción

	<p>Procedimiento Estratégico de Definición de Objetivos y Planes de Acción</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-02 V-01</p>	
		10-02-18	Página 1 de 7


PROCEDIMIENTO ESTRATÉGICO DE DEFINICIÓN DE OBJETIVOS Y PLANES DE ACCIÓN

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
<p>Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao</p>	<p>Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour</p>	<p>Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell</p>
<p>Fecha - 10-02-18</p>	<p>Fecha - 10-02-18</p>	<p>Fecha - 10-02-18</p>

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Definición de Objetivos y Planes de Acción	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-02 V-01	
		10-02-18	Página 2 de 7

1. OBJETO

Describir el sistema utilizado en la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** para asegurar que los objetivos y planes de acción se identifican y definen adecuadamente,

Describe el sistema que asegure que los objetivos y planes de acción, son identificados, documentados, y tratados, de manera que sirvan de base para acometer el proceso de mejora continua de la calidad.

2. ALCANCE

A todas las áreas y profesionales de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos**. Se aplica a los objetivos y planes de acción, tanto a nivel general como en los diferentes servicios de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos**


3. DEFINICIONES Y REFERENCIAS

Es importante conocer la terminología que se aplica en este procedimiento y que se describe a continuación:

Objetivo de la calidad : algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.

Gestión de la calidad : actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

NOTA: La dirección y control, en lo relativo a la calidad, generalmente incluye el establecimiento de la política de la calidad y los objetivos de la calidad ,la

	<p>Procedimiento Estratégico de Definición de Objetivos y Planes de Acción</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
<p>PE-02 V-01</p>		<p>10-02-18</p>	<p>Página 3 de 7</p>

planificación de la calidad), el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y la mejora de la calidad.

Planificación de la calidad : parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad

NOTA: El establecimiento de planes de la calidad puede ser parte de la planificación de la calidad.

Control de la calidad : parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

Aseguramiento de la calidad : parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

Mejora de la calidad : parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.


Mejora continua : actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

4. DESARROLLO

A continuación se indican los pasos a seguir para cumplir los requisitos referentes al punto de Planificación de la Calidad , con la definición y desarrollo de los planes de acción.

Planificación

Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

	<p>Procedimiento Estratégico de Definición de Objetivos y Planes de Acción</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-02 V-01</p>	
		<p>10-02-18</p>	<p>Página 4 de 7</p>

Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 de la norma y los requisitos referidos en el apartado 4.2 de la norma y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:

- a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos;
- b) aumentar los efectos deseables;
- c) prevenir o reducir efectos no deseados;
- d) lograr la mejora.


La organización debe planificar:

- a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;
- b) la manera de:
 - 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad.
 - 2) evaluar la eficacia de estas acciones.

Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios.

NOTA 1 Las opciones para abordar los riesgos pueden incluir: evitar riesgos, asumir riesgos para perseguir una oportunidad, eliminar la fuente de riesgo, cambiar la probabilidad o las consecuencias, compartir el riesgo o mantener riesgos mediante decisiones informadas.

NOTA 2 Las oportunidades pueden conducir a la adopción de nuevas prácticas, lanzamiento de nuevos productos, apertura de nuevos mercados, acercamiento a

	Procedimiento Estratégico de Definición de Objetivos y Planes de Acción	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-02 V-01	
		10-02-18	Página 5 de 7

nuevos clientes, establecimiento de asociaciones, utilización de nuevas tecnologías y otras posibilidades deseables y viables para abordar las necesidades de la organización o las de sus clientes.

Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.

Los objetivos de la calidad deben:


- a) ser coherentes con la política de la calidad;
- b) ser medibles;
- c) tener en cuenta los requisitos aplicables;
- d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente;
- e) ser objeto de seguimiento;
- f) comunicarse;
- g) actualizarse, según corresponda.

La organización debe mantener información documentada sobre los objetivos de la calidad.

El paso siguiente será el **asignar diferentes objetivos a cada una de las líneas estratégicas** y posteriormente centrarse en la **definición y desarrollo de los planes** de acción siguiendo los puntos referidos en la norma a este respecto :

Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:

- a) qué se va a hacer;
- b) qué recursos se requerirán;
- c) quién será responsable;
- d) cuándo se finalizará;

	Procedimiento Estratégico de Definición de Objetivos y Planes de Acción	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-02 V-01	
		10-02-18	Página 6 de 7

e) cómo se evaluarán los resultado

Así como delos cambios

Planificación de los cambios

Quando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada y sistemática.

La organización debe considerar:

- a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;
- b) la integridad del sistema de gestión de la calidad;
- c) la disponibilidad de recursos;
- d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades


5. RESPONSABILIDADES

La dirección y la coordinación de calidad son los responsables del establecimiento de los diferentes objetivos y planes de acción , pero tal y como se puede apreciar en cada uno de los planes de acción hay diferentes actividades en las que los responsables son los diferentes profesionales del servicio y también son distintos los profesionales a los que aplican cada una de estas acciones

6. INDICADORES

Los indicadores refiriendo al numero de objetivos y a su cumplimiento serán los que se pueden plantear en este proceso

- N° de objetivos incluidos en el acta de revisión del sistema de gestión

	Procedimiento Estratégico de Definición de Objetivos y Planes de Acción	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-02 V-01	
		10-02-18	Página 7 de 7


- % de cumplimiento en los plazos definidos de los planes de acción

7 – REGISTROS


R.01 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción

8 – ANEXOS

Anexo nº 1 Detalle del **R.01 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción**

							
R.01 PE.02 Registro Ficha de objetivo y plan de acción							
Objetivo:							
Responsable:							
Observaciones:							
Acciones a desarrollar	Responsable	Personas Implicadas	Recursos Necesarios	Cronograma / Secuencia	Indicadores	Fuente de Datos	Observaciones

ANEXO 6. PE.04 Comisión de Calidad

	<p>Procedimiento Estratégico del Funcionamiento de la Comisión de Calidad</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-04 V-01</p>	
		10-03-18	Página 1 de 9


PROCEDIMIENTO ESTRATEGICO DEL FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE CALIDAD

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha - 10-03-18	Fecha - 10-03-18	Fecha - 10-03-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico del Funcionamiento de la Comisión de Calidad	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-04 V-01	
		10-03-18	Página 2 de 9

1. OBJETO

Describir el sistema empleado por la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** para el desarrollo y funcionamiento de la Comisión de Calidad como órgano adjunto al Jefe de la Sección y constituido por la participación de los profesionales de la misma, como instrumento facilitador y controlador del Sistema de Calidad en el proceso de mejora continua de los servicios realizados.

2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica de forma directa en su totalidad a todas las normas de funcionamiento de la Comisión de Calidad y sus participantes, así como de forma indirecta también a todos los profesionales de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** que en un momento dado desarrollan alguna actividad y como tal se encuentran incluidos en el Sistema de Calidad o bien por estar integrados en Equipos de Mejora o cualquier otro grupo de trabajo desarrollado por esta comisión con el fin de mantener y mejorar el funcionamiento del Sistema de Calidad.

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES


REFERENCIAS:

Norma ISO 9001 – 2015 . Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos
Punto 8 - Medición, análisis y mejora

DEFINICIONES:

Hay una serie de definiciones que tienen que ver con el proceso de trabajo y el funcionamiento de la Comisión de Calidad y que son necesarias para la comprensión de las actividades de la misma.

Comisión de la Calidad: Grupo de profesionales constituido como elemento consultivo y adjunto a la Jefa de Servicio y de apoyo a la Coordinación de Calidad

	Procedimiento Estratégico del Funcionamiento de la Comisión de Calidad	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-04 V-01	
		10-03-18	Página 3 de 9

, cuya misión es la de colaborar en todas aquellas actividades encaminadas al mantenimiento y mejora del sistema de calidad

Equipo de Mejora : Grupo de profesionales, integrado en el funcionamiento habitual del trabajo de la clínica, constituido a partir de la Comisión de Calidad como herramienta para el análisis y evaluación de diferentes situaciones relacionadas con los problemas de calidad o las oportunidades de mejora en el sistema de calidad.

Procedimiento de la Comisión de Calidad: Conjunto de normas de funcionamiento que regulan el desarrollo y la logística de las actividades de la comisión de calidad para un funcionamiento armónico ,efectivo y eficiente en el contexto cotidiano.


Actas de la Comisión de Calidad: Documento y registro del sistema de calidad que tiene como objeto reflejar y evidenciar las distintas actividades desarrolladas en las reuniones de la Comisión de Calidad.

4. DESARROLLO

El desarrollo del procedimiento considera diferentes apartados a tener en cuenta:

- Constitución y desarrollo de la Comisión de Calidad.
- Misión y Objetivos de la Comisión de Calidad.
- Logística y funcionamiento de la Comisión de Calidad.
- Entradas para el funcionamiento de la Comisión de Calidad.
- Salidas de la Comisión de Calidad.

Constitución y desarrollo de la Comisión de Calidad

	Procedimiento Estratégico del Funcionamiento de la Comisión de Calidad	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-04 V-01	
		10-03-18	Página 4 de 9

El organigrama de la Comisión de Calidad estará constituido por una **Presidencia** y un Secretario que será el **Coordinador de Calidad** y un número no determinado de vocales que serán representantes de los diferentes estamentos, buscando el equilibrio entre la operatividad de un número razonable de los miembros y la representatividad de los distintos campos y áreas de trabajo y actividades.

Misión y Objetivos de la Comisión de Calidad


La misión de la Comisión de Calidad es la de colaborar en el desarrollo, mantenimiento y mejora del Sistema de Calidad de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos**.

Como objetivos más específicos se pueden citar los siguientes:

- Facilitar al responsable y Jefe de la Sección la puesta en conocimiento y comprensión de todos los profesionales de la Política de calidad.
- Colaborar en el cumplimiento de los objetivos de calidad marcados como consecuencia de la Política de Calidad definida.
- Mantener y potenciar la orientación al paciente y sus necesidades en todas las actividades desarrolladas como eje del sistema de calidad.
- Mantener y potenciar el trabajo orientado a la satisfacción de las necesidades de los clientes internos de los servicios potenciando la sinergia y trabajo en equipo.
- Desarrollar y mantener todas aquellas herramientas encaminadas a la mejora continua de la calidad.

Logística y funcionamiento de la Comisión de Calidad

La primera reunión de constitución de la comisión de calidad será convocada por el Jefe de la Sección, buscando a los profesionales que participando como vocales puedan representar las diferentes áreas de trabajo y actividades de la **Unidad de**

	<p>Procedimiento Estratégico del Funcionamiento de la Comisión de Calidad</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-04 V-01</p>	
		10-03-18	Página 5 de 9

Cuidados Intensivos Quirúrgicos y los distintos elementos del Sistema de Calidad.


La periodicidad de las reuniones será en su inicio mensual, tomándose los **últimos martes de cada mes** como referencia, aunque el Presidente de la Comisión podrá convocar la reunión de la misma con carácter extraordinario cuando esto se considere necesario, ante la solicitud de alguno de los miembros o cuando las circunstancias del trabajo y servicios así lo hagan conveniente.

En las reuniones de la Comisión de Calidad el Secretario levantará acta de la reunión con todos los temas y acuerdos tratados en la misma, quedando el Acta de la Reunión de la Comisión de Calidad como registro de la misma a nivel del Sistema de Calidad y como herramienta que asegure la continuidad y efectividad del funcionamiento de la Comisión de Calidad.

Las reuniones se iniciarán con la lectura y aprobación del acta anterior, que ya habrán tenido en sus manos los distintos miembros de la comisión con una antelación de al menos cuatro días, con el fin de poder haber leído y considerado individualmente sobre sus diferentes temas. Una vez realizado este punto y con las observaciones y consideraciones que se planteasen, quedaría el acta definitiva, que se firmará por el Presidente y Secretario de la Comisión de Calidad.

Las Actas de las reuniones de la Comisión de Calidad serán archivadas por el Secretario de la Comisión que es el Coordinador de Calidad de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** y servirán como uno de los elementos de entrada para la revisión anual del Sistema de Calidad.

La Comisión de Calidad formará, cuando así se crea oportuno, cuantos Equipos de Mejora considere necesario para tratar los distintos temas a evaluar, problemas de calidad detectados para analizar y oportunidades de mejora a

	<p>Procedimiento Estratégico del Funcionamiento de la Comisión de Calidad</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-04 V-01</p>	
		10-03-18	Página 6 de 9

estudiar en el contexto del Sistema de Calidad, nombrando responsables para cada uno de los Equipos de Mejora y definiendo objetivos específicos y calendario de funcionamiento de los mismos.

Entradas para el funcionamiento de la Comisión de Calidad


Como elementos de entrada de información para la Comisión de Calidad se pueden citar los siguientes puntos:

- ✓ Resultados de los indicadores de Monitorización de los distintos procedimientos del Sistema de calidad.
- ✓ Aportaciones e información proporcionada por los distintos vocales participantes en la Comisión de Calidad.
- ✓ Resultados de las reclamaciones y quejas de los pacientes.
- ✓ Resultados de las Encuestas de satisfacción de los pacientes.
- ✓ Resultados de los estudios de expectativas y satisfacción de los clientes internos o médicos que remiten pacientes a la unidad.
- ✓ Resultados de las encuestas sobre clima laboral y satisfacción de los profesionales realizadas.
- ✓ Resultados de las Hojas de Detección de Problemas aportadas por los profesionales.

Salidas de la Comisión de Calidad

Como posibles salidas de la Comisión de Calidad que muestren los resultados del trabajo de la misma y objetiven los acuerdos y decisiones de la misma cabe citar los siguientes:

- ✓ Comunicados a los profesionales mediante notas internas sobre diferentes temas relacionados con la calidad de los servicios y el funcionamiento del Sistema de Calidad.

	Procedimiento Estratégico del Funcionamiento de la Comisión de Calidad	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-04 V-01	
		10-03-18	Página 7 de 9

- ✓ Informes y estudios específicos para la Dirección sobre temas relacionados con la calidad y tratados en las reuniones de la Comisión de Calidad o como resultado de la actuación de los Equipos de Mejora.
- ✓ Decisiones y cambios acordados de forma directa y con el consentimiento de la Dirección como Presidente de la Comisión de Calidad en temas relacionados con la calidad de la asistencia prestada.

5. INDICADORES

Se valorarán dos tipos de indicadores de monitorización :

- Productividad y funcionamiento de la comisión
- Efectividad y resultados de la Comisión

En este sentido se valorará el número de temas tratados en las reuniones de la Comisión de Calidad y el número de los mismos que desembocan en la constitución de Equipos de Mejora.


Para la evaluación de la efectividad de las acciones tomadas en consideración por la Comisión de Calidad y los Equipos de Mejora se valorará el porcentaje de ocasiones en que las propuestas de mejora consiguen resultados satisfactorios respecto al total.

Acta de la Comisión de Calidad
Informe del Equipo de Mejora

6. REGISTROS

R.01 PE.04 - Acta de la Comisión de Calidad

R.02 PE.04 - Acta del Equipo de Mejora

	Procedimiento Estratégico del Funcionamiento de la Comisión de Calidad	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-04 V-01	
		10-03-18	Página 9 de 9



ACTA DE EQUIPO DE MEJORA

Reunión nº _____ Fecha _____

Participantes :


Descripción del proyecto de mejora:

Actividades a realizar:

Responsables y tiempos:

Firmado :

ANEXO 7. PS.03 Gestión de Equipos

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-03 V-01	
		7/01/2018	Página 1 de 12


**PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E
INFRAESTRUCTURA**

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad	Responsable Sistema Gestión de Calidad
M ^a del Mar Miras García	Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Ana Pérez Carbonell
Fecha 01/02/2018	Fecha 01/02/2018	Fecha 01 /02/2018

Esta documentación pertenece a la **Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública**, al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-03 V-01	
		7/01/2018	Página 2 de 12

1. OBJETO

El objeto de este procedimiento es describir las actividades desarrolladas por la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** tanto para el mantenimiento y control de calidad de los equipos adscritos a la unidad así como para las partes estructurales de la misma.

2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todas las situaciones relacionadas con el mantenimiento y control de calidad de los equipos, al material inventariable y los componentes estructurales de la Uci-Q.

Su alcance llega y abarca a todos los profesionales que desarrollan su actividad profesional en la UCI-Q puesto que todos ellos pueden detectar fallos y deficiencias en materia de equipamiento y de infraestructura


Es importante destacar que la gestión de equipos y de infraestructuras constituye un proceso que requiere una serie de acciones y decisiones cuyos objetivos finales son:

- Mantener todos los equipos de nuestra unidad en óptimas condiciones para su utilización.
- Mantener los elementos estructurales y el espacio físico en condiciones adecuadas y seguras ya que constituyen nuestro ambiente de trabajo.

3. DEFINICIONES Y REFERENCIAS

7.1 RECURSOS.

Orión Logis: es el soporte informático proporcionado por la Conselleria de Sanitat para generar y tramitar los partes de rotura o mal funcionamiento de un equipo. También lo empleamos para dar parte de averías de componentes estructurales.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-03 V-01	
		7/01/2018	Página 3 de 12

Parte ordinario: aquel que una vez emitido no es necesario que sea reparado con prontitud porque tenemos equipo de sustitución/reparación (ejemplo: manguito presión de líquidos, silla)

Parte urgente: es aquel que por la naturaleza del material o del equipo estropeado es necesario reparar en la mayor brevedad posible (ejemplo: monitor de constantes, respirador, grifo que pierde agua...)

Servicio de Electromedicina: el servicio de Electromedicina es uno de los servicios externos del hospital.

Dicho servicio está formado por un equipo de profesionales con la formación adecuada que cubre las necesidades demandadas por nuestra unidad.

Se encarga de reparar todo aquello relacionado con los equipos (monitores, equipos de ventilación mecánica no invasiva, saturímetros portátiles, módulos de presión...)


Está ubicado en el sótano del hospital.

Servicio de Mantenimiento: al igual que pasa con el servicio de Electromedicina, el servicio de Mantenimiento es competencia de una empresa externa.

Se encarga de la reparación de toda la parte estructural del edificio (luz, agua, electricidad...). Está ubicado en el sótano del hospital.

4. DESARROLLO

Como ya hemos indicado anteriormente todo lo relacionado con la gestión de fallos o roturas se gestiona por medio del programa Orión Logis que tras una secuencia de paso y elecciones nos permite realizar un parte de aviso que refleja la avería tanto para Electromedicina como para Mantenimiento pero de manera

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-03 V-01	
		7/01/2018	Página 4 de 12

selectiva, es decir, dependiendo del tipo de rotura generamos un parte que termina llegando o al Servicio de Electromedicina o al de Mantenimiento.

A su vez dentro de los partes de Mantenimiento las sucesivas elecciones selectivas terminan generando un parte para el electricista, fontanero, carpintero...

De manera general podemos decir que todas las actividades desarrolladas dentro de este procedimiento se pueden estructurar de la siguiente forma

Servicio de Electromedicina

4.1.- Control de Calidad de los equipos.


La importancia de tener inventariados los equipos radica en que es el punto de partida para el trabajo que posteriormente tiene que hacer el Servicio de Electromedicina. Un equipo no inventariado es un equipo que no existe para dicho servicio y del que no se podrán emitir partes de manera automática en el caso de que se averíe o falle.

De la misma manera que no podrá ser incorporado en el cuadrante anual sobre control de calidad que efectúa y ejecuta Electromedicina.

4.2.- Actuación ante Incidencias en los equipos.

Ante una avería debemos recurrir al software Orión Logis donde elegiremos a que sección pertenece el equipo averiado (monitorización, anestesia y reanimación, diagnóstico general...), eligiendo a su vez el número de inventario correspondiente al equipo ya que en una misma sección pueden aparecer varios equipos de la misma familia.

Por ejemplo, si elegimos el apartado "anestesia y reanimación" nos llevará hasta la sección de respiradores, donde podremos encontrar tanto los respiradores de ventilación mecánica invasiva y los de no invasiva. Seleccionaremos el adecuado eligiendo aquel cuyo número de inventario sea el que coincida con el averiado.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-03 V-01	
		7/01/2018	Página 5 de 12

Esto es así con cada una de las secciones. Si elegimos “diagnóstico general” llegaremos a los pulsioxímetros, neuroestimuladores...

El de “monitorización” a los monitores de la unidad, módulos de presión...

Esto ocurre con cada una de los apartados para poder dar cabida a todos los equipos.

Algunas secciones no conducen a duda puesto que hay una única elección aunque esta situación es prácticamente excepcional (ejemplo: elevadores eléctricos, que sería la secuencia elegida y que nos llevaría hasta la grúa de la unidad).

4.3.- Alta de equipos nuevos

Todos los equipos que llegan a la unidad deberán ser dados de alta por el servicio de Electromedicina si ellos van a ser los responsables de su mantenimiento, reparación y sustitución de componentes.

Esta es una de las partes más arduas de tramitar porque hasta que al servicio de Electromedicina no se le informa de las condiciones en las que los equipos llegan a la unidad, no pueden proceder a su inventariado.


Que un equipo esté inventariado es un requisito imprescindible para que aparezca en nuestro listado de Orión Logis.

Una vez que sucede esto es garantía de que el servicio de Electromedicina está al tanto de su existencia y por lo tanto dispone de información importante y necesaria sobre el mismo (ficha técnica, modelo, referencia, manual instrucciones, distribuidor oficial,...)

Es también importante tener inventariados los equipos porque en este proceso también se consigue saber a que unidad del hospital está adscrito el equipos y por tanto a quien pertenece.

4.4.- Baja de equipos

Será el servicio de Electromedicina el que emitirá un informe exponiendo el motivo por el cual debe ser sustituido.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-03 V-01	
		7/01/2018	Página 6 de 12

En la mayoría de los casos el motivo de baja es la ausencia de componentes para la reparación de equipos.

También puede darse el caso que, aunque con reparación, el equipo ha dejado de cumplir los requisitos y estándares en materia de calidad y seguridad para el paciente.

Sea cual sea el motivo por el cual un equipo curse baja existirá una comunicación escrita por parte del Servicio de Electromedicina.

4.5.- Mantenimiento prestado por el Servicio de Mantenimiento.

Cuando precisamos reparar un equipo hacemos llegar la avería al servicio de Electromedicina utilizando el Orión Logis.

Esta es una buena herramienta pues con ella rentabilizamos nuestro tiempo.

Aún así hay que recordar que nuestros partes pueden ser de dos tipos: ordinarios y urgentes.


En contadas ocasiones la gravedad de la rotura y por tanto de la urgencia de que el equipo sea reparado prácticamente en el mismo momento nos obliga a ponernos en contacto con la administrativa del servicio o hablar directamente con el personal que se encuentre en ese momento en el taller para comunicar y detallar la situación.

También recurrimos a esta alternativa cuando transcurrido un tiempo razonable nuestro equipo no ha sido reparado y desconocemos los motivos.

Servicio de Mantenimiento

El servicio de Mantenimiento está también adjudicado a una empresa externa y se encarga de toda la parte estructural del edificio y mobiliario del mismo.

El procedimiento para poner en conocimiento una avería, desperfecto o rotura es muy similar a que se realiza con el Servicio de Electromedicina porque igualmente necesitamos hacer uso del Orión Logis.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-03 V-01	
		7/01/2018	Página 7 de 12

Con este programa ejecutaremos el parte que de aviso sobre nuestra necesidad y sobre la especialidad eligiendo el campo sobre el que va dirigido (electricidad, fontanería, carpintería...)

La elección sucesiva de los campos hace que finalmente se ejecute un parte muy específico donde tiene cabida un campo para añadir observaciones en el caso de que lo creamos conveniente.

Puede darse el caso de que la avería sea lo suficientemente urgente como para tener que llamar directamente al busca correspondiente aunque más tarde ejecutemos el parte (ejemplo: rotura tubería, rotura de la puerta que da acceso a la unidad...)

5. RESPONSABILIDADES

Aunque a lo largo del procedimiento se ha hablado mucho del servicio de Electromedicina y de Mantenimiento, las responsabilidades también son de:


- **Dirección económica:**

Porque tiene que proporcionar información sobre los equipos que se encuentran en el hospital y la manera en el que lo están (compra, préstamo, alquiler,..).

Y porque debe tomar las medidas oportunas cuando el servicio ofrecido por la empresa externa no cumple con las condiciones del concurso o pliego.

- **Jefatura del Servicio de UCI-Q:**

Porque tiene que proporcionar información de los equipos que se adquieren para la unidad y la manera en el que lo hacen (compra, préstamo, alquiler,..)

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-03 V-01	
		7/01/2018	Página 8 de 12

- **Supervisión de Enfermería:**

Porque:

- Tiene que detectar aquellos equipos no inventariados y notificarlo al Servicio de Electromedicina para que lo estén en la mayor brevedad posible.
- Es quien realiza los partes de los equipos averiados.
- Debe poner en conocimiento de sus superiores la falta de profesionalidad y responsabilidad de la empresa externa que se encarga de esta tarea.

- **Personal adscrito a la unidad:**

Porque:


- Tiene que notificar a su inmediato superior el fallo del equipo y si procede dejarlo fuera del circuito de uso.
- Está implicado en el buen uso que debemos hacer de los equipos y de las partes estructurales de nuestra unidad

6. INDICADORES

- Número total de partes emitidos en un año.

7. REGISTROS

- Listado general de equipos.
- Uso del Orión Logis para realizar solicitud de trabajos.
- Mantenimiento técnico- legal de los equipos inventariados.

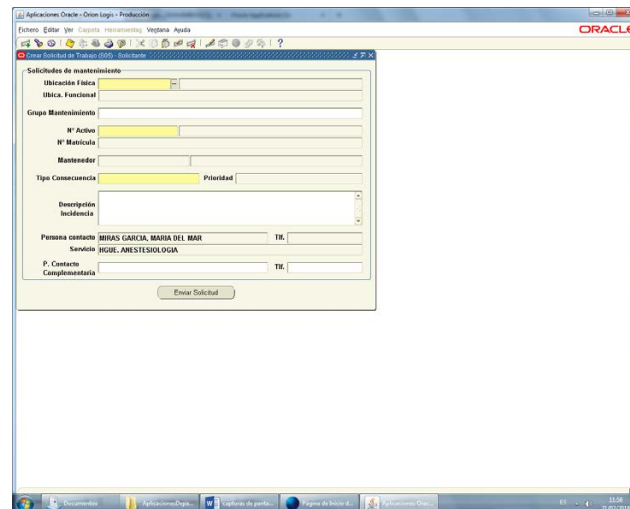
	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA		Sistema de Gestión de Calidad	
			PS-03 V-01	
			7/01/2018	Página 9 de 12


8. ANEXOS

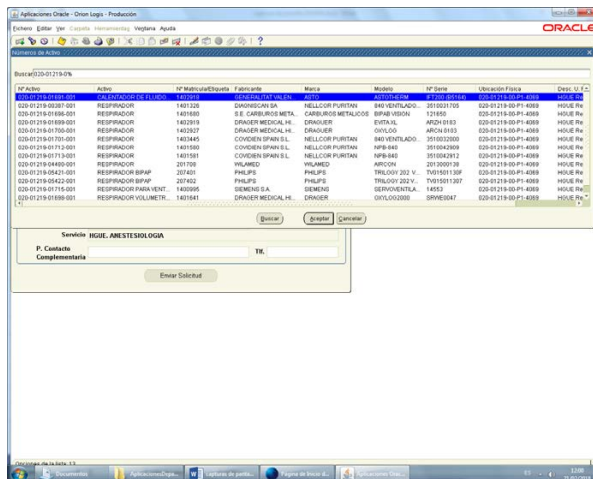
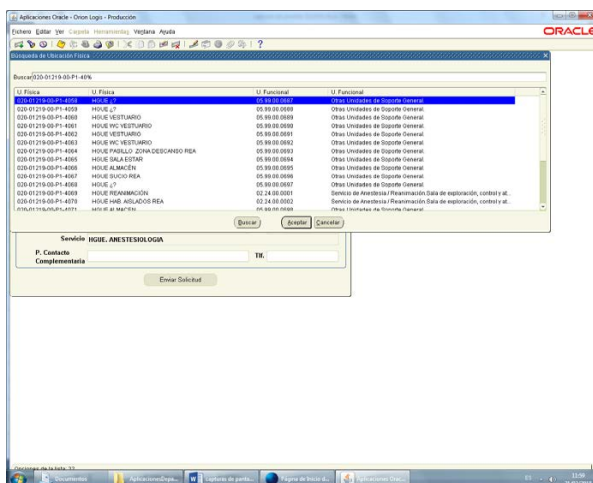
Anexo nº 1 Detalle de la plantilla general de para el registro de equipos.


Nº	Nombre del equipo	N Serie	Marca	Nº Asesorado	Contorno (Centimetros, Volúmenes)	Ubicación	Requisito Mantenimiento: Procedimientos Internos	Requisito Mantenimiento: Procedimientos Externos	Entrenamiento Personal Externo	Observaciones
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										

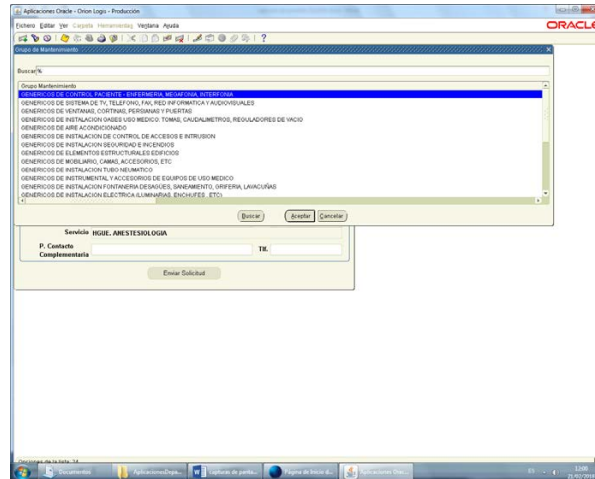
Anexo nº 2 Detalle de los pasos a seguir para crear una solicitud de trabajo al servicio de mantenimiento o al servicio de Electromedicina.



 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<h3>PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA</h3>	<h3>Sistema de Gestión de Calidad</h3> <p>PS-03 V-01</p> <p>7/01/2018 Página 10 de 12</p>
--	--	--



 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PS-03 V-01</p>	
		<p>7/01/2018</p>	<p>Página 11 de 12</p>



Oracle HRMS - Oracle Logon - Producción

Buscar/%

Grupo Mantenimiento

GENERICOS DE EQUIPOS, FAC,ENTE - EQUIP ENFERIA, REQUIP QUA, NUCED QUA
 GENERICOS DE SISTEMA DE TV, TELEFONO, FAC, RED RF ORNATICA Y AUDIOVISUALES
 GENERICOS DE VENTANAS, CORTINAS, PERSIANAS Y PUERTAS
 GENERICOS DE INSTALACION OJOS USO MEDICO, TOMAL, CAUDALMETROS, REGULADORES DE VADCO
 GENERICOS DE LABE ACROGICOVADCO
 GENERICOS DE INSTALACION DE CONTROL DE ACCESOS E ENTRUSION
 GENERICOS DE INSTALACION DE EQUIPOS DE INGENIERIA
 GENERICOS DE ELEMENTOS ESTRUCTURALES E ESPACIOS
 GENERICOS DE MOBILIARIO, CAMAS, ACCESORIOS, ETC
 GENERICOS DE INSTALACION TURBO-NEUMATICO
 GENERICOS DE INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS DE EQUIPOS DE USO MEDICO
 GENERICOS DE INSTALACION FONTANERIA DESAQUES, SANEAMIENTO, ORFEBRIA, LANACUAS
 GENERICOS DE INSTALACION ELECTRICA, LUMINARIAS, ENCHUFES, ETC

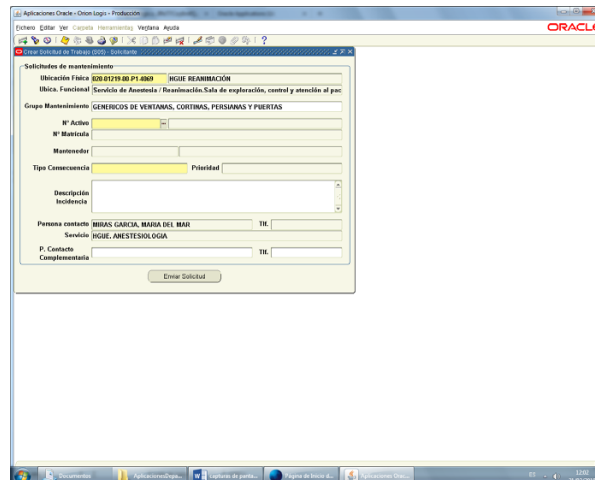
Buscar Borrar Cancelar

Servicio: **IGUE, ANESTESIOLOGIA**

P. Contacto: TI:

Complementaria:

Enviar Solicitud



Oracle HRMS - Oracle Logon - Producción

Solicitud de mantenimiento

Ubicación: **QUIRURGIA P1-480** **IGUE REANIMACION**

Ubica. Funcional: **Servicio de Anestesia / Reanimación, Sala de exploración, control y atención al pac**

Grupo Mantenimiento: **GENERICOS DE VENTANAS, CORTINAS, PERSIANAS Y PUERTAS**

Nº Activo:

Nº Material:

Mantenedor:

Tipo Consecuencia: Prioridad:

Descripción:

Incidencia:


Persona contacto: **IRIBAC GARCIA, MARIA DEL IRAC** TI:

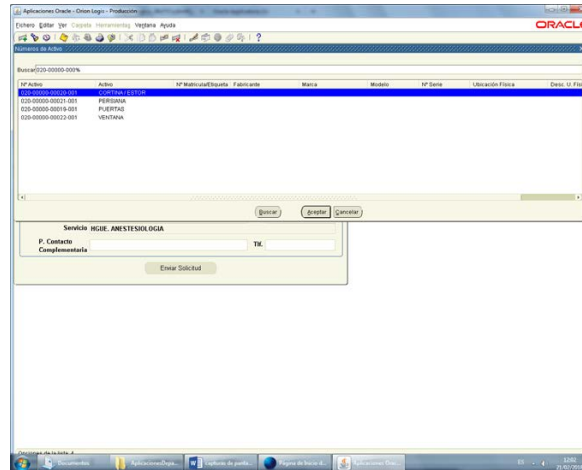
Servicio: **IGUE, ANESTESIOLOGIA**

P. Contacto: TI:

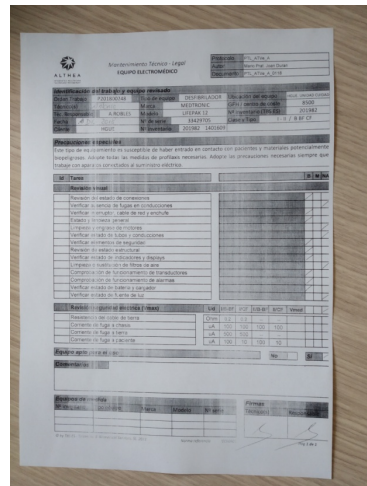
Complementaria:

Enviar Solicitud


 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA EN LA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PS-03 V-01</p>	
		<p>7/01/2018</p>	<p>Página 12 de 12</p>



Anexo nº 3 Ejemplo del mantenimiento técnico-legal de los equipos inventariados realizados por el servicio de Electromedicina.




ANEXO 8. PS.02 Logística y Almacén

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA		Sistema de Gestión de la Calidad
	PS-02 V-01		
	1-02-18	Página 1 de 11	

Procedimiento de Soporte de Logística y Almacén.


Realizado	Revisado	Aprobado
	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad	Responsable Sistema Gestión de Calidad
M ^a del Mar Miras García	Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Ana Pérez Carbonell
Fecha 01/02/2018	Fecha 01/02/2018	Fecha 01 /02/2018

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 2 de 11

1.- OBJETIVO	3
2.- ALCANCE	3
3.- REFERENCIAS Y DEFINICIONES	3
4.- DESARROLLO	4
5 – RESPONSABILIDADES	7
6 – INDICADORES	7
7 – REGISTROS	7
8.- ANEXO	8

1 - OBJETIVO

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 3 de 11

Describir como la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** lleva a cabo los procesos relacionados con la logística y almacenamiento del material inventariable y del fungible.

2 - ALCANCE

El proceso tiene un alcance referido a todo lo que tiene que ver con el abastecimiento, y en especial, con el almacenamiento de TODO el material necesario para ofrecer al paciente una atención de calidad durante su ingreso en la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos**.

Alcanza por tanto a la totalidad del personal que desarrolla su actividad en la misma.

3 - REFERENCIAS Y DEFINICIONES

Este procedimiento se aplica a los distintos almacenes disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos.


Acotamos algunas definiciones para aclarar cuantos almacenes existen en la unidad:

LENCERÍA. Lugar donde se guarda la ropa de cama: sábanas, fundas de almohada, toallas, mantas...

SUCIO/LIMPIO. Lugar destinado en nuestra unidad para:

- Almacenar artículos de uso cotidiano en la higiene del paciente.
- Realizar la limpieza y preparación de material reutilizable.
- Almacenamiento de contenedores de residuos llenos.

ALMCÉN DE APARATAJE. Espacio destinado al almacenaje de bombas de infusión de líquidos, equipos de presión intracraneal, equipos de ventilación mecánica invasiva y no invasiva, monitores de índice biespectral,...

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 4 de 11

FARMACIA. Como su nombre indica es aquel almacén destinado al almacenaje de fármacos orales e intravenosos. Almacenamos también todo aquello relacionado con fluidoterapia.

ALMACÉN GENERAL. Es donde almacenamos el mayor número de artículos fungibles utilizados en la unidad. Es lo más parecido al concepto general que tenemos de almacén.

4 - DESARROLLO

Como se ha explicado brevemente en el apartado anterior disponemos en la unidad de:

4.1.- FARMACIA:

Está situada a las espaldas de la bancada de trabajo de enfermería.

En ella está situada la fluidoterapia y todos los fármacos orales e intravenosos ordenados alfabéticamente.

Los opiodes y psicótrpos están situados en la cajonera del control.


Así mismo tenemos en la farmacia una estantería con equipos de urgencia (respiradores de transporte, saturímetros portátiles) y equipos de uso frecuente (motor medias neumáticas, bombas nutrición enteral...)

También encontramos aquí los equipos de contención mecánica, collarines, las cintas de la grúa y las almohadas especiales.

La falta de espacio en el almacén general de la unidad hace que también tengamos aquí material para la prevención del upp, apósitos oclusivos, vendajes...

(FOTOS 1 Y 2)

4.2.- ALMACÉN GENERAL.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 5 de 11

La unidad dispone de un almacén general para todo el material fungible de uso frecuente.

Se accede a él por dos puertas. Una de ellas está situada en el pasillo por donde se recepciona el pedido de almacén. La otra está dentro de la unidad. Al disponer de estas dos puertas conseguimos que los pedidos, que suelen ser voluminosos, nunca se acumulen dentro de la unidad y no obstaculicen el trabajo diario dentro de la misma.

Todo el material está dispuesto en lejas y dentro del mismo se intenta mantener una disposición lógica, aunque la limitación de espacio para almacenaje es un problema importante en la unidad. Tenemos por ejemplo, todos los guantes juntos (estériles o no), material de vía aérea (mascarillas, sondas de aspiración, tubos endotraqueales, sistemas de alto flujo...)
(FOTO 3)

4.3.- ALMACÉN APARATAJE.

Situado dentro de la unidad está dotado de un gran número de tomas eléctricas, dos tomas de oxígeno y dos de aire medicinal.

Esto nos permite mantener las bombas de infusión y otros equipos conectados a la red eléctrica de manera continua para posteriormente hacer uso de ellas en modo batería, preparar los respiradores y otros equipos previa a su utilización.


Disponer de este espacio facilita también que el Servicio de Electromedicina pueda reparar in situ nuestro aparataje.

Aquí también encontramos equipos de optimización hemodinámica, fungible para respiradores, batería de la grúa... (FOTO 4).

4.4.- SUCIO.

Cuenta con lejas para el almacenaje de:

- Empapadores, pañales, esponjas, bolsas para sondas nasogástricas, urinómetros, gasa cortada...
- Lejía, desinfectante de superficies, acetona...

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 6 de 11

- Cuñas y botellas de orina.
(FOTO 5)

4.5.- BANCADA DE TRABAJO.


Consta de un armario inferior y otro superior donde se almacena el material necesario para preparar las analíticas, jeringas, tiras reactivas de glucemia, sistemas de nutrición enteral, fungible para fluidoterapia, soluciones hidroalcohólicas, hemocultivos, instrumental quirúrgico esterilizado medicación intravenosa de urgencia, dispositivos electrónicos para nebulizaciones, la nevera de uso exclusivamente farmacológico...(FOTO 6).

4.6.- LENCERÍA

Una vez más la falta de espacio se hace evidente al tener que tener almacenada la ropa de cama y otros artículos (batas, calzas, fundas...) en una leja habilitada para este fin en un lugar pensado inicialmente para el paso de camas con pacientes. Es evidente y somos conscientes que no es el lugar idóneo pero desde luego es la solución más coherente para nuestra unidad (FOTO 7).

5 – RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de controlar el stock y disponer de todo el material necesario en la unidad corresponde, inicialmente, a la supervisora que es quien realiza los pedidos mediante el programa Orión Logis, pero también del resto de personal de la unidad porque todos, independiente de la categoría profesional, pueden notificar la bajada de stock o ausencia de un artículo para que la misma pueda realizar los trámites para reponerlo.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 7 de 11

Del mismo modo, es responsabilidad de **TODOS** mantener el **ORDEN** en cada uno de los almacenes, requisito este indispensable para poder localizar el artículo que necesitamos en cualquier situación y/o contexto.

6 – INDICADORES

Inicialmente se plantea el siguiente indicador:

- Saber el número de unidades gastadas de cada uno de los artículos. Podremos saberlo consultando con el Servicio de Suministros.

7 – REGISTROS

Albarán de entrega por parte de las empresa privada (material externalizado).
Albarán de entrega por parte del Almacén General, tanto si es de compra directa como almacenable en nuestro hospital.

8.- ANEXO


	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 8 de 11



FOTO 1



FOTO 2


	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 9 de 11



FOTO 3



FOTO 4


	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 10 de 11



FOTO 5



FOTO 6



	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE LOGÍSTICA Y ALMACÉN EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PS-02 V-01	
		1-02-18	Página 11 de 11



FOTO 7

ANEXO 9. PS.01 Gestión de Compras

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-01 V-01	
		04-10-17	Página 1 de 12


**PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE
COMPRAS**

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad	Responsable Sistema Gestión de Calidad
M ^a del Mar Miras García	Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Ana Pérez Carbonell
Fecha 01/02/2018	Fecha 01/02/2018	Fecha 01/02/2018

Esta documentación pertenece a la **Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública**, al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	<p align="center">PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p align="center">Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p align="center">PS-01 V-01</p>	
		<p align="center">04-10-17</p>	<p align="center">Página 2 de 12</p>

1. OBJETO

Dar a conocer la sistemática en la realización de pedidos, desde la ejecución del pedido propiamente dicho, hasta su posterior recepción, revisión y aprobación para que el departamento de contabilidad lo tenga en cuenta para su pago.

Asegurar que los materiales recepcionados en nuestra unidad son aquellos que se han solicitado y que los mismos cumplen con los requisitos de calidad exigidos, identificando aquellos que se consideren “no conformes” para proceder a su devolución.


Se trata por lo tanto de describir cada uno de los pasos empleados que tienen como objetivo proporcionar y mantener un aprovisionamiento adecuado de material a la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (UCIQ).

2. ALCANCE

El procedimiento de la Gestión de compras alcanza desde cuando se detecta una necesidad hasta la provisión/recepción del producto que satisface dicha necesidad..

Se aplica a todos los profesionales de la UCIQ, puesto que son parte importante en la detección de necesidades:

- Supervisión de enfermería porque participa en la detección de necesidades y es quien realiza la gestión del pedido.
- Servicio de Suministros porque es quien aprueba el pedido.
- Servicio de Almacén ya que recepciona, prepara y sirve el pedido.
- Proveedores internos: artículos que proceden del propio almacén general.
- Proveedores externos: artículos que proceden de compra directa.

	<p>PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PS-01 V-01</p>	
		<p>04-10-17</p>	<p>Página 3 de 12</p>

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES


El manual de Orion Logis hace referencia en el punto 8.4 al “control de los procesos, productos y servicios”.

La gestión de compras constituye un proceso complejo que requiere una serie de acciones y decisiones cuyo objetivo final es adquirir los productos que son necesarios para nuestra unidad en la cantidad correcta, en el momento preciso, con el menor coste e inversión posible y teniendo la total garantía sobre su calidad.

Departamento de compras: profesionales formados en la materia que establecen las líneas básicas para coordinar los pedidos. El departamento de Suministros evalúa y selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos establecidos por la organización.

Comprar: es la función que tiene como objetivo adquirir aquellos productos que nuestra unidad necesita del almacén, garantizando las cantidades necesarias, en el preciso momento y en las mejores condiciones de calidad y precio. Es decir actividades para adquirir /contratar los bienes necesarios para prestar asistencia sanitaria.

Aprovisionamiento: Prever las necesidades de los productos que nuestra unidad va a necesitar. Para ello es necesario conocer el tiempo transcurrido desde que se realiza una orden de pedido hasta que el mismo es recibido en nuestra unidad. De la misma manera es necesario conocer la forma de presentación en la que el producto es servido (kilos, unidades por caja...) y asegurarse de que el material es recibido en las condiciones demandadas y que el producto entregado coincide con el solicitado.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-01 V-01	
		04-10-17	Página 4 de 12

En el aprovisionamiento se cuida mucho la continuidad del producto puesto que son en definitiva aquellas actividades para mantener un flujo eficiente de productos, desde el punto de origen al punto de consumo con el objeto de satisfacer las necesidades de los pacientes.

Ejecución de la compra: Esta etapa comprende el conjunto de acciones para ejecutar la decisión de compra tomada anteriormente. Esta etapa tiene una gran importancia ya que en la misma es en la que se logra la materialización de la compra y requiere de una atención esmerada para ejecutarla ajustándose a los parámetros que conforman la decisión de compra.

Control: Revisar/supervisar que la mercancía proporcionada por los proveedores es entregada adecuadamente (calidad, cantidad solicitada, coste económico...)

Atributos del producto: Hace referencia a la calidad del mismo, condiciones de entrega, plazo...


Plazo de entrega: Tiempo transcurrido desde que se lanza la orden del pedido hasta que recibimos el producto en nuestra unidad.

Pliego de condiciones: Documento en que se exponen las condiciones a las que deben sujetarse las dos partes que formalizan un contrato.

Previsión: Adelantarnos a las necesidades no solo en materia de cantidades sino de nuevos productos.

Organización: Criterios de funcionamiento establecidos y que deben ser seguidos en el proceso de compra.

Proveedor: Dicho de una persona o de una empresa que abastece de todo lo necesario para un fin a grandes grupos, asociaciones, comunidades.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-01 V-01	
		04-10-17	Página 5 de 12

Orión Logis: es la aplicación informática utilizada por todos los departamentos de la Comunidad Valenciana para la gestión de compras, almacenes y mantenimiento.

4. DESARROLLO

Teniendo en cuenta que la unidad tiene la **necesidad constante de adquirir recursos**: humanos, medio ambientales, **materiales**... se hace más que evidente la importancia de una buena, adecuada y responsable gestión de compras.


Por ello es imprescindible que a la hora de adquirir un producto:

Identificar los productos a comprar: Se debe tener definida una metodología y una persona física (como responsable) para realizar las compras y que la misma sea conocida por el proveedor, tanto si es interno como si es externo.

Definir especificaciones del producto a comprar: Todos los aspectos relevantes en la compra deben tener sus requisitos y especificaciones definidas. Por ejemplo: conocer la cantidad de presentación en la que se sirve el material (unidades por caja), forma, medidas, fechas, etc, porque dichas características son muy variables de un material a otro.

Planificar las compras: La planificación de las compras está relacionada con los pronósticos de consumo, **pues a partir de lo que se calcula que se va a consumir, nos abastecemos**. Tener este tipo de cosas claras nos permite mejorar las negociaciones con los proveedores a fin de obtener descuentos, permite disminuir stocks de inventario y mejorar el tratamiento que le brindamos al producto, especialmente en caso de que sea frágil o pueda caducar.

En nuestro caso el pedido al almacén general se realiza los lunes por la mañana haciendo uso del software Orión Logis. Posteriormente y tras ser aprobado, el

	<p align="center">PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p align="center">Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p align="center">PS-01 V-01</p>	
		<p align="center">04-10-17</p>	<p align="center">Página 6 de 12</p>

servicio de almacén lo prepara para servirlo al día siguiente (martes) por la mañana. El hecho de tener un día de la semana asignado a la realización del pedido facilita lógicamente el trabajo interno de nuestro almacén general pero, independientemente de este dato organizativo, es importante destacar que se puede realizar un pedido en cualquier día de la semana. La única diferencia radica en que en lugar de ser el personal de almacén quien nos lo haga llegar a la unidad será el personal de la unidad quien acuda a recogerlo. Esta función corresponde al personal subalterno.


Compra directa: en el caso de que el artículo pertenezca al apartado de compra directa no estamos sujetos a un día de la semana. De la misma manera podrá llegar al almacén general cualquier día de la semana. El almacén será el encargado de comunicarlo a nuestro celador y el mismo de hacerlo llegar a la unidad.

Evaluar y seleccionar proveedores: En un principio la selección de proveedores del material las realizan las Comisiones creadas específicamente por un equipo de profesionales de distintos centros de la Comunidad.

Durante un período de tiempo dichos profesionales examinan las muestras proporcionadas por los proveedores interesados en participar en el concurso con la finalidad de que los materiales cumplan una serie de requisitos (tipo de envase, material, caducidades...)

Para que un proveedor pueda ser seleccionado por nuestra organización debe por lo tanto cumplir con una serie de requisitos plasmados y publicados en el pliego de condiciones y además demostrar su capacidad para suministrar el producto en la cantidad y en los tiempos exigidos.

Todos aquellos que no cumplan los requisitos mínimos del pliego de condiciones quedan automáticamente descartados. De esta manera nos aseguramos que los artículos que posteriormente serán servidos sean de calidad.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-01 V-01	
		04-10-17	Página 7 de 12

No obstante y con la finalidad de asegurar que los productos comprados estén de acuerdo con los requisitos especificados en el pedido, se tendrá que realizar la verificación del cumplimiento de todos ellos en la recepción de los mismos y se tendrá que comunicar al proveedor cualquier incidencia o desviación que se detecte en este proceso.

Cuando algún proveedor detecta que se va a quedar sin stock debe informarlo con antelación e informar del tiempo previsible de la rotura, de esa manera el Servicio de Suministros puede informar a todos los servicios afectados y buscar alternativas.

Generalmente son ellos los responsables de buscar otros proveedores que sirvan material que pueda desempeñar la misma función pero siempre previa presentación de documentación y ficha técnica.

En este punto el responsable de suministros revisa dicha documentación y solicita nuestra ayuda para resolver dudas.


Otros productos más específicos pueden ser elegidos por cada unidad, cubriendo de esa manera las necesidades particulares de cada especialidad médica.

Dichos artículos son solicitados previamente por nosotros y pasan a formar parte de nuestro listado de artículos una vez que han pasado la aprobación por la comisión de compras.

Realizar el trámite de compra/pedido: Como ya hemos comentado anteriormente, el soporte informático proporcionado por la Consellería para la realización de compras y otras tareas es el Orión Logis.

Con dicho sistema realizaremos la petición de compra de aquellos materiales que posteriormente y tras ser aprobado, el servicio de almacén prepara y sirve.

Verificar el producto comprado: Cuando llega un pedido a nuestra unidad y con la finalidad de asegurar que los productos recepcionados son los que en su momento se solicitaron por medio del pedido, se realiza una verificación, de

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-01 V-01	
		04-10-17	Página 8 de 12

manera que se comprueba que todo el material solicitado ha llegado en las condiciones y cantidades adecuadas.

En caso de detectar alguna falta o fallo deberemos ponernos en contacto vía telefónica con el almacén, el cual nos comunicará el motivo del fallo (rotura stock, olvido...)

Todo proceso de compra, tanto de material fungible habitual como el más específico viene documentado con una copia del pedido realizado o con un albarán.

En dicho documento aparece información interesante como: fecha del pedido, centro de actividad (servicio/especialidad) que realiza el pedido, cantidad solicitada, codificación del artículo, descripción del mismo.

Información de los proveedores externos: Tener un seguimiento y supervisión de los materiales pedidos y suministrados para nuestra unidad nos permite tomar decisiones y acciones en el proceso de compra (correctivas, preventivas y mejora).


En nuestro caso el hospital dispone de una Unidad de Compras y Suministros, cuyo responsable se encarga de que las empresas cumplan con los requisitos establecidos en el pliego de condiciones, por ello cualquier incidencia o desviación que se detecte en este proceso debe ser comunicado.

Que los proveedores no cumplan con los requisitos establecidos en el pliego de condiciones puede ser motivo justificado para cambiar de proveedor.

Sin estos pasos, en retroalimentación continua, la UCIQ no funcionaría adecuadamente.

5. RESPONSABILIDADES

Como en todo el engranaje de la sanidad, el trabajo en equipo es fundamental, solo de esta manera podremos conseguir otro de nuestro objetivo final: hacer del sistema sanitario un sistema eficiente, eficaz y efectivo. Por ello es preciso que todo el personal tome conciencia de que forma parte del proceso, siéndole parte activa

	<p align="center">PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p align="center">Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p align="center">PS-01 V-01</p>	
		<p align="center">04-10-17</p>	<p align="center">Página 9 de 12</p>

del proceso y que por lo tanto se tienen responsabilidades propias y compartidas. Podemos decir que las responsabilidades quedan repartidas de las siguientes maneras:

Personas físicas:


Supervisión de enfermería
 Personal de la unidad
 Administrativa almacén general
 Celador del almacén
 Jefa de Suministros.
 Responsable de almacén general
 Responsable de compra directa
 Proveedores.

6. INDICADORES

- Número de pedidos extraordinarios.
- Numero de pedidos en los que se detecta alguna incidencia/defecto.
- Número de productos en los que nos afectan las roturas de stock en el año.

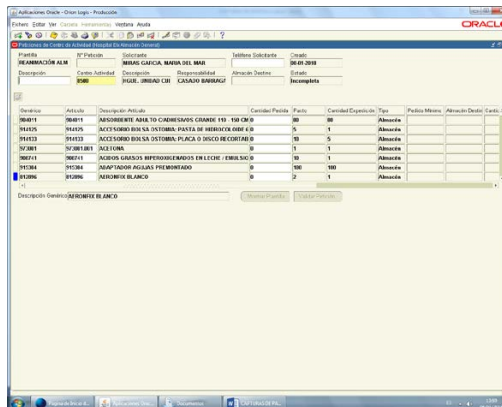
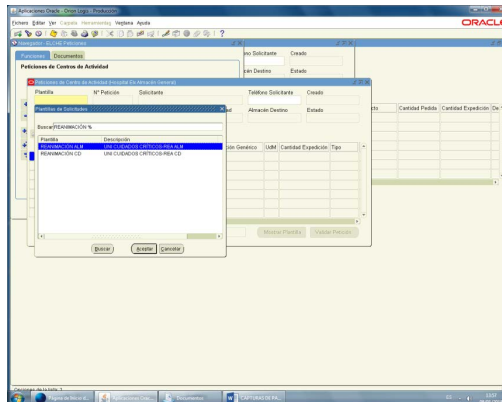
7. REGISTROS


Registro en el software Orión logis.
 Soporte papel del pedido cuando se recepciona en nuestra unidad.
 Solicitud de material no inventariable.

	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-01 V-01	
		04-10-17	Página 10 de 12

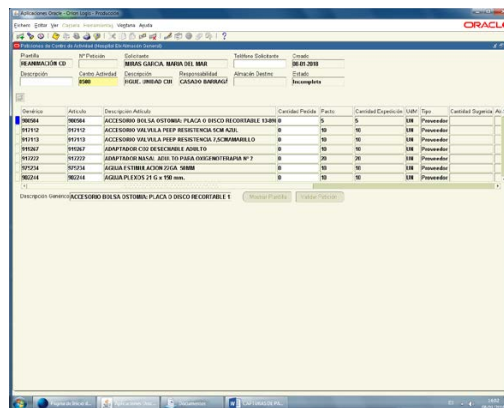
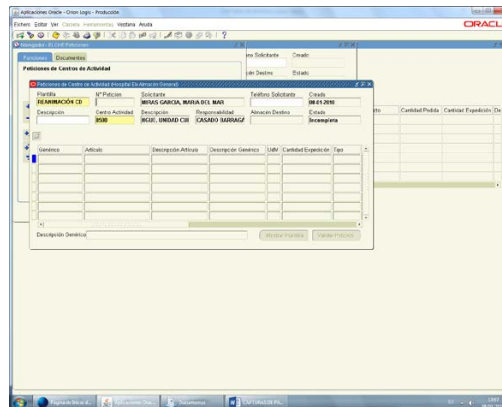
8. ANEXOS


Anexo nº 1 Detalle del proceso para la adquisición de productos del almacén general.



	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA	Sistema de Gestión de Calidad	
		PS-01 V-01	
		04-10-17	Página 11 de 12

Anexo nº 2 Detalle del proceso para la adquisición de productos de compra directa.




	PROCEDIMIENTO DE SOPORTE DE GESTIÓN DE COMPRAS EN LA UCI QUIRÚRGICA		Sistema de Gestión de Calidad	
			PS-01 V-01	
	04-10-17		Página 12 de 12	

Anexo nº 3 Detalle del modelo de solicitud de introducción de material no inventariable.

MODELO DE SOLICITUD DE INTRODUCCIÓN DE MATERIAL NO INVENTARIABLE (DESECHABLES)

SERVICIO PETICIONARIO		CENTRO DE ACTIVIDAD	
NOMBRE GENÉRICO			
DESCRIPCIÓN			
PROCEDIMIENTO EN EL QUE SERÁ UTILIZADO <small>(prueba diagnóstica, técnica, etc...)</small>		EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS MEDIANTE SISTEMA ENDOMAT	
NUEVO PRODUCTO <small>(marcar con una "x")</small>		SUSTITUCIÓN <small>(marcar con una "x")</small>	
COSTE			
JUSTIFICACIÓN ASISTENCIAL Y/O ECONÓMICA, OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE GESTIÓN <small>(Objetivos y Compromisos si los hubiere. Adjunte informe si procede)</small> Este equipo de tubuladuras es exclusivo del sistema endomat. Dichas tubuladuras sufren un deterioro con el uso continuado y es necesario reponerlas cada cierto tiempo. En Quirófono la dotación existente desde un principio era de 3 unidades pero disponíamos últimamente de sólo 2 tubuladuras. En la última semana un de ellas se ha roto y la otra se ha extraviado.			
OTRAS OBSERVACIONES			
FECHA DE PETICIÓN:		FECHA DE APROBACIÓN:	
FIRMA: Precisa Firma o VºBº del Jefe Clínico		FIRMA: El Secretario de la Comisión de Dirección	

ANEXO 10. PE.09 Satisfacción de los profesionales

	Procedimiento Estratégico de Evaluación del entorno de trabajo y Satisfacción de Profesionales de UCIQ	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-09 V-01	
		10-09-18	Página 1 de 5


PROCEDIMIENTO ESTRATÉGICO DE EVALUACIÓN DEL ENTORNO DE TRABAJO Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA UCIQ

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha - 10-09-18	Fecha - 10-09-18	Fecha - 10-09-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Evaluación del entorno de trabajo y Satisfacción de Profesionales de UCIQ	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-09 V-01	
		10-09-18	Página 2 de 5

1. OBJETO

Describir como la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos del Hospital General Universitario de Elche** define y lleva a cabo los procesos relacionados con el análisis de la satisfacción de los profesionales y entorno laboral.

La Norma ISO 9001:2015 se refiere a los requisitos relacionados con este punto 7.1.4 al referirse al ambiente para la realización de los procesos que *“La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.*

NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como:


- a) sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos);*
- b) psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones);*
- c) físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido).*

Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.

2. ALCANCE

El proceso tiene un alcance referido a todo lo que tiene que ver con los profesionales y el entorno laboral la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos del Hospital General Universitario de Elche**.

El proceso , como tema estratégico que es, aplica a la Dirección , es decir a la **Jefa de Servicio** y Responsables de las diferentes secciones y unidades del mismo , que

	Procedimiento Estratégico de Evaluación del entorno de trabajo y Satisfacción de Profesionales de UCIQ	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-09 V-01	
		10-09-18	Página 3 de 5

definirá y aprobará la metodología necesaria para su realización , delegando en los profesionales que considere oportuno según el caso para cada una de las etapas del mismo, aunque dado el carácter de lo planteado en el proceso realmente aplica de una u otra forma a todos los profesionales de la organización.

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

El **marco de referencia de la organización** viene determinado por el carácter de servicio público que desempeña y estar enmarcada en la Consellería de Salud Pública y Sanidad Universal con lo que toda la legislación y normativa de la misma aplicará a este punto de análisis del contexto y partes interesadas.

De la misma forma tomando con referencia la Norma ISO 9001 en su versión del año 2015 , los requisitos de la misma que hacen mención a los puntos tratados en el documento son los siguientes :

Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad . Requisitos . Puntos 7.1.4 mencionado previamente


4. DESARROLLO

Se ha realizado un cuestionario a los profesionales del servicio con el fin de conocer su opinión respecto a la satisfacción con el puesto de trabajo y el entorno laboral.

El cuestionario contemplaba los siguientes componentes :

Identificación del puesto de trabajo : *Administrativo/a , Auxiliar Enfermería , Enfermera/o , Facultativo.*

Carga de trabajo y presión en el trabajo

	Procedimiento Estratégico de Evaluación del entorno de trabajo y Satisfacción de Profesionales de UCIQ	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-09 V-01	
		10-09-18	Página 4 de 5

Confortabilidad del puesto de trabajo
Seguridad en el puesto de trabajo
Relación con los compañeros
Apoyo del jefe de servicio/unidad
Reconocimiento del esfuerzo
Posibilidad de expresarse
Escucha de las propuestas
Información para el desarrollo del trabajo
Información de los resultados obtenidos
Repercusión del trabajo de cada uno en la Calidad del servicio
Facilidad para la formación (asistencia cursos, congresos)
Valoración general con el puesto de trabajo y entorno laboral
Observaciones

5. RESPONSABILIDADES


La gestión y responsabilidad de este proceso es de la Dirección y como tal de la **Jefa de Servicio y supervisora**, contando con los **Coordinadores de Calidad** y los responsables de las diferentes unidades y secciones para su realización.

6 - INDICADORES

Inicialmente se plantean los siguientes indicadores :

- Porcentaje de participación de los profesionales en el cuestionario
- Número de opiniones favorables y desfavorables en los diferentes componentes
- Número de áreas e mejora

7. REGISTROS

	Procedimiento Estratégico de Evaluación del entorno de trabajo y Satisfacción de Profesionales de UCIQ	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-09 V-01	
		10-09-18	Página 5 de 5


R01 PE.09 – Cuestionario de Satisfacción del profesional y entorno labora

8. ANEXOS

Anexo nº 1 .- Detalle del R01 PE.09 – Cuestionario de Satisfacción del profesional y entorno laboral

		R.01.PE.-09 Cuestionario de Valoración del entorno laboral y satisfacción con el puesto de trabajo																				
Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos																						
Estimado compañero, desde queremos conocer su satisfacción con el puesto de trabajo y el entorno laboral. Valore de 1 a 10 las cuestiones planteadas, siendo 1 poco satisfecho y 10 totalmente satisfecho. Las respuestas son confidenciales y serán tratadas de forma global. Muchas gracias por su colaboración																						
Área de Trabajo : Anestesia __ REA __ Unidad del Dolor __																						
Medico/a __ Enfermero/a __ Auxiliar Clínica __ Celador __		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
1.-Carga de trabajo y presión para desempeñar su trabajo																						
2.- Confortabilidad del puesto de trabajo																						
3.- Seguridad en el puesto de trabajo																						
4.-Relación con los compañeros																						
5.- Apoyo del jefe de servicio/unidad																						
6.- Reconocimiento de mi esfuerzo																						
7.- Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito																						
8.-Mis propuestas son escuchadas																						
9.- Recibo información para el desarrollo de mi trabajo																						
10.- Recibo información de los resultados obtenidos																						
11.- Repercusión de su trabajo en la Calidad del servicio																						
12.- Facilidad para la formación (asistencia cursos, congresos)																						
<table border="1"> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
13 .- Valoración general del entorno laboral y satisfacción con el puesto de trabajo																						
14 .- Observaciones / Sugerencias																						

ANEXO 11. PE.10 Gestión de competencias y formación de los profesionales

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-10 V-01</p>	
		10-09-18	Página 1 de 13


PROCEDIMIENTO ESTRATÉGICO DE GESTIÓN DE COMPETENCIAS Y FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha - 10-09-18	Fecha - 10-09-18	Fecha - 10-09-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-10 V-01	
		10-09-18	Página 2 de 13

1. OBJETO

Este procedimiento describe cómo se realiza el proceso de gestión de competencias y formación de los profesionales en los profesionales de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** como elemento clave en la gestión de los procesos de apoyo referidos a lo recursos humanos de la organización.


Las competencias se refieren a los comportamientos que se llevan a cabo cuando se ponen en práctica los conocimientos, aptitudes y rasgos de personalidad. Las competencias son un conjunto de comportamientos observables que están causalmente relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo concreto y en una organización concreta.

2. ALCANCE

El proceso tiene un alcance referido a todas las áreas y profesionales de la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** y en todo lo referente al punto de la Norma ISO 9001-2015 y como tal aplica todos los profesionales independientemente de su lugar en el organigrama y su perfil profesional.

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

Norma ISO 9001 : 2015 - Sistema de Gestión de la Calidad .Requisitos.
Norma ISO 9000 : 2015 - Sistema de Gestión de la Calidad .Vocabulario.
Manual de Calidad .

	Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-10 V-01	
		10-09-18	Página 3 de 13

Competencia : Capacidad para aplicar conocimientos y habilidades con el fin de lograr los resultados previstos. La competencia demostrada a veces se denomina cualificación

En esta definición se pueden destacar tres aspectos importantes:


- Característica: esto es, la competencia se considera que es una característica personal.
- Organización concreta: las competencias que exige cada organización dependerán de sus valores, su cultura, su misión y su estrategia.
- Puesto de trabajo: cuando se habla de puestos de trabajo distintos, no se puede suponer que una competencia, aunque tenga el mismo nombre, signifique lo mismo al ser exigida por dos puestos de trabajo distintos.

4. DESARROLLO

Los requisitos referidos por la Norma ISO 9001-2015 respecto este punto son los siguientes :

La organización debe:

- a) *determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad;*
- b) *asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas;*
- c) *cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;*
- d) *conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.*

	Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-10 V-01	
		10-09-18	Página 4 de 13


NOTA Las acciones aplicables pueden incluir, por ejemplo, la formación, la tutoría o la reasignación de las personas empleadas actualmente; o la contratación o subcontratación de personas competentes.

Estos requisitos son usualmente auditados como parte del proceso de realización de un producto y no de manera aislada. Sin embargo, se reconoce que algunas organizaciones tendrán procesos de recursos humanos por separado donde mucha de la evidencia necesaria se encontrará. Se refiere en este desarrollo las actividades típicas realizadas para asegurar la competencia de los profesionales y para evaluar la eficacia de las acciones tomadas para satisfacer esas necesidades de competencia.

Para satisfacer los requisitos de la norma ISO 9001 sobre los aspectos antes mencionados, una organización necesitará hacer varias cosas:

- Identificar que competencias son requeridas por el personal que desarrolla el trabajo que afecta la calidad.
- Identificar que personal que ya realiza el trabajo tiene las competencias requeridas.
- Decidir que competencias adicionales son requeridas.
- Decidir cómo esas competencias adicionales se van a obtener, entrenando al personal (externamente o internamente), entrenamiento teórico o práctico, contratando nuevo personal competente, asignación del personal competente existente a diferentes tareas.
- Entrenar, contratar o reasignar personal.
- Revisar la eficacia de las acciones tomadas para satisfacer las necesidades de competencia.
- Revisar periódicamente la competencia del personal.

A través del proceso, se requiere que la organización mantenga los registros apropiados de educación, entrenamiento, habilidades y experiencia. Sin embargo,

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-10 V-01</p>	
		<p>10-09-18</p>	<p>Página 5 de 13</p>

la norma ISO 9001 no especifica como el proceso será establecido o la naturaleza exacta de los registros a mantener.

Componentes de las competencias

En cualquier profesional hay que tener en consideración estos componentes al referirnos a las competencias.


A). SABER: para llevar a cabo un comportamiento que permita a un trabajador obtener resultados buenos o excelentes en su actividad laboral, lo primero que dicho trabajador necesita poseer son los conocimientos que exige su trabajo. En suma, el trabajador necesitará disponer de un Saber.

B). SABER HACER: no todas las personas que poseen los conocimientos exigidos por un trabajo lo realizan con la misma eficacia y con igual eficiencia; es necesario que se sepan aplicar dichos conocimientos a los problemas concretos que día a día se presentan en el trabajo; en suma, es preciso que la persona posea un conjunto de habilidades y/o destrezas. Por tanto, nos encontramos con que la persona deberá Saber Hacer.

C). SABER ESTAR: casi todos desarrollamos nuestra actividad profesional dentro de una organización, con una cultura y unas normas de comportamiento específicas y concretas; por ello, es preciso que los comportamientos del trabajador se adapten a esa cultura y a esas normas, tanto de la organización en general, como de su grupo en particular.

D). QUERER HACER: además, es preciso que la persona esté motivada para llevar a cabo los comportamientos exigidos por su trabajo.

E). PODER HACER: este aspecto se refiere a disponer de los medios y recursos que exige la actividad.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-10 V-01	
		10-09-18	Página 6 de 13

Evaluación del desempeño. Desarrollo de competencias


En el desarrollo profesional de cualquier trabajador hay una necesidad constante de actualización de conocimientos, es decir, de aprender nuevas formas de operar, todo ello ligado al desarrollo de una mejor actuación en su trabajo, bien, a través del dominio de tareas y funciones ya existentes, o mejor dicho, de competencias profesionales definidas en su puesto; bien, a través de la ampliación de tales competencias, nuevas formas de actualización en el proceder profesional o por el cambio cultural de la organización.

El desarrollo de las competencias se define como el proceso de capacitación profesional de aquellos empleados que aun disponiendo de las competencias que el puesto o proceso de trabajo requiere, están por debajo del umbral considerado óptimo o excelente y para ello, es necesario realizar una evaluación para conocer en qué nivel se encuentra el trabajador, cuales son sus puntos fuertes a mantener y débiles a modelar.

Aportaciones del enfoque de competencias a la gestión de recursos humanos

Con el fin de mejorar los resultados de la organización, las aportaciones de la gestión por competencias son las siguientes:

- Promover un estilo de dirección participativo.
- Crear un canal de comunicación entre profesionales y responsables.
- Informar a los profesionales de su desempeño y como desarrollan su trabajo.
- Evaluar objetivamente su contribución a la organización.
- Fomentar en los profesionales el cumplimiento de los objetivos.
- Motivar a los profesionales por su trabajo bien hecho.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-10 V-01	
		10-09-18	Página 7 de 13

El Perfil Profesional:

Todo puesto de trabajo viene determinado por un conjunto de requerimientos profesionales y actitudinales que llamamos perfil, dicho perfil, establece las exigencias o competencias del puesto.

Todo perfil de competencias de puesto exige:

- Conocimientos teóricos
- Conocimientos prácticos
- Habilidades
- Destrezas
- Actitudes
- Capacidades: de motivación, de escucha
- Motivaciones personales
- Orientación psicoprofesional
- Adaptabilidad


Una vez que queda definido el perfil del puesto, se determinan las competencias esenciales (mapa de competencias), que serán las que se utilizarán para evaluar el MAPA DE COMPETENCIAS

Los mapas de competencias son representaciones gráfico-visuales, desglosados en competencias de conocimiento, de habilidad y de actitud, de los requerimientos de los puestos de trabajo, que necesitan para el desarrollo de los mismos por parte de los profesionales.

Las competencias a desarrollar en los mapas son:

- Conocimientos- conocer- se derivan de la aplicación de una técnica específica.
 - Habilidades- saber hacer- se adquieren mediante entrenamiento y experiencia.
- Plan de Carrera Profesional.
- Actitudes- querer hacer- rasgos o características personales.

Esta información se refleja en el **R.01 PE.10 - Ficha - Mapa de competencias del puesto de trabajo**

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-10 V-01</p>	
		<p>10-09-18</p>	<p>Página 8 de 13</p>


El paso siguiente es definir el mapa de competencias de cada uno de los puestos de trabajo en función del diccionario de competencias que se defina en la organización.

El siguiente punto será la puesta en marcha de la evaluación del desempeño y la formación desarrollada para la mejora del mismo:

- La evaluación del desempeño se realizará anualmente.
- Se pasará el cuestionario a cada uno de los profesionales a evaluar para su autoevaluación.
- El responsable de ese profesional, dispondrá de un cuestionario por cada profesional para realizar la evaluación de cada uno.
- Tras la realización de la autoevaluación (profesional) y evaluación (responsable), se realizará una reunión, máximo 1 hora, para comentar los resultados (puntos fuertes y puntos débiles), comparar las discrepancias existentes y realizar una propuesta de acciones de mejora para el profesional junto con unos objetivos del área para desarrollar durante el año siguiente hasta la nueva evaluación del desempeño.
- Se realizará un informe de la evaluación del desempeño donde se indiquen los puntos fuertes, puntos débiles y acciones de mejora propuestas junto con el cuestionario cumplimentado y los objetivos marcados. Dicho informe será firmado por ambas partes como acuerdo.
- Durante el año en curso, se irá comentando con el profesional, los progresos y/o desviaciones y cuál será la metodología a seguir para alcanzar las acciones y objetivos marcados.
- La evaluación, autoevaluación e informe de evaluación del desempeño se archivará como documentación del sistema de gestión de la calidad. **R.02 PE.10 - Registro de Cuestionario de evaluación de competencias del puesto de trabajo**

En este apartado se identifican y definen las competencias según los diferentes apartados y la escala de valoración de cada una de ellas.

Todas las valoraciones tienen una puntuación mínima de 0 puntos y una máxima de 4. En el apartado de anexos de este procedimiento se presenta un modelo de mapa

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-10 V-01</p>	
		<p>10-09-18</p>	<p>Página 9 de 13</p>

de competencias de un perfil profesional y un modelo cuestionario de evaluación de competencias.

Respecto a la formación continuada de los profesionales como respuesta a este requisito de la norma y siguiendo lo referido en los párrafos anteriores , se definirá un **R.03.PE.10 Plan de Formación de los profesionales** , llevando a cabo un **R.04 PE.10 Registro General de la Formación**, y cumpliendo con lo referido en la norma se hará también una **R.05.PE.10 Evaluación de la eficacia de la formación** realizada.

5. RESPONSABILIDADES


La Dirección tiene la responsabilidad de hacer el seguimiento , medición análisis y evaluación de los procesos bajo su competencia , trasladando esta información a la organización en su conjunto.

Esta situación no quita para que en cada uno de los elementos citados en el proceso , hayan responsabilidades compartidas a diferentes niveles entre todos los profesionales de la organización, pues en este punto todos los profesionales tienen que estar implicados en su distintos niveles.

6. INDICADORES

Se plantea inicialmente el seguimiento de una serie de indicadores de actividad para comprobar el funcionamiento general del proceso, buscando el conocer los datos a nivel global.

- Número de profesionales en los que se ha definido el mapa de competencias.
- Número de profesionales en los que se ha realizado la evaluación del desempeño según el mapa de competencias.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-10 V-01	
		10-09-18	Página 10 de 13

- Número de cursos y acciones formativas realizadas internamente en el servicio.

7. REGISTROS

R.01 PE.10 - Ficha - Mapa de competencias del puesto de trabajo

R.02 PE.10 - Registro de Cuestionario de evaluación de competencias del puesto de trabajo

R.03 PE.10 – Plan de Formación


R.04 PE.10 – Registro General de la Formación de los Profesionales

R.05 PE.10 – Registro de Evaluación de la Eficacia de la Formación

8. ANEXOS


Anexo nº 1 – Detalle de la **R.01 PE.10 - Ficha - Mapa de competencias del puesto de trabajo**

FICHA/ MAPA DE COMPETENCIAS DE PERFIL PROFESIONAL		
CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES

	Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-10 V-01	
		10-09-18	Página 11 de 13

Anexo nº 2 – Detalle del **R.02 PE.10 Registro de Cuestionario de evaluación de competencias del puesto de trabajo**

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS					
Profesional :	Fecha:				
	0	1	2	3	4
PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS					
PREGUNTAS SOBRE HABILIDADES					
PREGUNTAS SOBRE ACTITUDES					

	Procedimiento Estratégico de Gestión de Competencias y Formación de los Profesionales	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-10 V-01	
		10-09-18	Página 13 de 13

Anexo nº 5 – Detalle de **R.05 PE.10 – Registro de Evaluación de la Eficacia de la Formación**

**REGISTRO DE EVALUACION
ACTIVIDAD DE FORMACION**

Servicio _____

Actividad de Formación :

Tipo : Curso ___ Taller ___ Congreso ___ Otros (especificar) _____

Modalidad : Presencial ___ A distancia ___ Mixta ___ Nº Horas : _____

Impartida por :

Número de Alumnos :

Análisis de la satisfacción con la actividad de formación Si ___ No ___

Metodología Utilizada ___ Cuestionario
 ___ Entrevistas con alumnos

Resultado de la evaluación realizada :

Observaciones relevantes :

Evaluación de la eficacia de la formación Si ___ No ___

Metodología Utilizada
 ___ Cuestionarios
 ___ Entrevistas con alumnos
 ___ Opinión de Responsables de Area
 ___ Resultados en el Servicio


Evaluación realizada :

Observaciones relevantes :

Fecha de la Evaluación:

Fdo. Coordinador de Calidad

ANEXO 12. PE.07 Gestión de comunicación interna y externa

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Comunicación Interna y Externa	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-07 V-01	
		10-07-18	Página 1 de 4


**PROCEDIMIENTO ESTRATÉGICO DE GESTIÓN DE LA
COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA**

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha - 10-07-18	Fecha - 10-07-18	Fecha - 10-07-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	<p align="center">Procedimiento Estratégico de Gestión de la Comunicación Interna y Externa</p>	<p align="center">Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p align="center">PE-07 V-01</p>	
		<p align="center">10-07-18</p>	<p align="center">Página 2 de 4</p>

1. OBJETO

Describir como la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** define y lleva a cabo los procesos relacionados con la gestión de la comunicación interna y externa.

La Norma ISO 9001:2015 se refiere a los requisitos relacionados con este punto 7.4 que *“La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar y e) quién comunica.*


2. ALCANCE

El proceso tiene un alcance referido a todo lo que tiene que ver la gestión de la comunicación en todas las áreas en la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos**.

El proceso, como tema estratégico que es, aplica a la Dirección, que definirá y aprobará la metodología necesaria para esta comunicación, delegando en los profesionales que considere oportuno según el caso para cada una de las etapas del mismo, aunque dado el carácter de los planteado en el procesos realmente aplica de una u otra forma a todos los profesionales de la organización.

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

El **marco de referencia de la organización** viene determinado por el carácter de servicio público que desempeña y estar enmarcada en la Consellería de Salud Pública y Sanidad Universal con lo que toda la legislación y normativa de la misma aplicará a este punto de análisis del contexto y partes interesadas.


	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Comunicación Interna y Externa	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-07 V-01	
		10-07-18	Página 3 de 4


De la misma forma tomando con referencia la Norma ISO 9001 en su versión del año 2015 , los requisitos de la misma que hacen mención a los puntos tratados en el documento son los siguientes :

Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad . Requisitos . Puntos 4.1 - Comprensión de la organización y de su contexto y 4.2 - Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

4. DESARROLLO

Para cumplir con los requisitos del punto 7.4 de la nueva versión de la norma ISO 9001 se desarrolla y se cumplimentará el nuevo **R01 PE.07– Registro de Comunicación Interna y Externa** con el siguiente formato

		R01 PE.07 – Registro de Comunicación Interna y Externa			
DEFINICION DE LOS CONTENIDOS DE GESTION DE LA COMUNICACION DEL SISTEMA DE CALIDAD					
	QUE	CUANDO	A QUIEN	COMO	QUIEN

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de la Comunicación Interna y Externa</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-07 V-01</p>	
		<p>10-07-18</p>	<p>Página 4 de 4</p>

5. RESPONSABILIDADES

La gestión inicial de la comunicación es de la Dirección que delega en su caso en la Jefa de Servicio o bien en otros profesionales según el tema, los diferentes contenidos y ámbitos a comunicar.

6. INDICADORES

Inicialmente se plantean los siguientes indicadores :

- Número de comunicados de prensa al año
- Número de comunicaciones internas significativas

7. REGISTROS


R01 PE.07 – Registro de Comunicación Interna y Externa

8. ANEXOS

Anexo nº 1 Detalle del **R01 PE.07 – Registro de Comunicación Interna y Externa**

					
R01 PE.07 – Registro de Comunicación Interna y Externa					
DEFINICION DE LOS CONTENIDOS DE GESTION DE LA COMUNICACION DEL SISTEMA DE CALIDAD					
QUE	CUANDO	A QUIEN	COMO	QUIEN	

ANEXO 13. PE.03 Gestión de la información documentada

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 1 de 14


PROCEDIMIENTO ESTRATEGICO DE GESTION DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha - 26-03-18	Fecha - 26-03-18	Fecha - 26-03-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 2 de 14

1. OBJETO

Este documento tiene por objeto describir el sistema empleado por la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** para asegurar que los documentos bajo el alcance de este procedimiento, son elaborados, revisados, aprobados, distribuidos, archivados y modificados de forma controlada.

2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica en su totalidad a:

- Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad:
- Las normas y reglamentos aplicables al producto o servicio, así como la documentación externa que se considere necesaria y relevante para la realización del servicio

El procedimiento aplica a todos los profesionales de la organización, con diferente nivel de responsabilidad y alcance dependiendo del puesto de trabajo y papel en el Sistema de Gestión de Calidad.


3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

Norma ISO 9001-2015 Sistemas de Gestión de Calidad . Requisitos .
7.5 Información documentada

Norma ISO 9000

Norma ISO 9000-2015 Sistemas de Gestión de Calidad . Fundamentos y Vocabulario .

Se refieren a continuación **algunas definiciones** referentes a los temas de documentación que ayudarán a comprender el desarrollo de este procedimiento del sistema de calidad.

 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad PE-03 V-01 26-03-18 | Página 3 de 14</p>
---	--	--

Documento: Información y su medio de soporte.

Información: Datos que poseen significado.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

Proceso: conjunto de actividades interrelacionadas que, partiendo de uno o más inputs (entradas) los transforma, generando un output (resultado o salida).

Y respecto a los **diferentes tipos de documentos** que podrían utilizarse en el Sistema de Gestión de la Calidad.


Manual de la calidad: Documento que especifica y describe el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.

Aunque la última versión de la Norma ISO 9001, no incluye este documento como obligatorio, como hacía en versiones previas, puede ser muy recomendable su existencia pues incluye de forma general los diferentes apartados y puntos del Sistema de Gestión de Calidad.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Dependiendo del tipo de proceso que describan podrán ser también de tres tipos: **Claves, Estratégicos y de Soporte.**

Aunque la entidad de los procesos a los que aplican procedimientos para su descripción puede ser muy variable, hay casos en los que podría hablarse de “procedimientos generales de funcionamiento de ...”, mientras que otros podrían ser “procedimientos específicos para ...”

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad PE-03 V-01 26-03-18 | Página 4 de 14
---	---	---

Protocolo : Documento que indica cómo actuar en una determinada situación.

En nuestro ámbito utilizamos este tipo de documento para normalizar actuaciones clínicas buscando la disminución de la variabilidad y a mejora de la calidad de los procesos asistenciales realizados, ligadas al diagnóstico o tratamiento o patología aunque realmente pueden utilizarse también para describir situaciones no tan claramente asistenciales.


Documento Interno : Genéricamente es un documento que se elabora y controla en la organización describiendo de forma mas concreta una planificación del trabajo , un modelo de organización , una forma de hacer las cosas s simplemente cualquier información que la organización considera que debe ser controlada.

Esto hace que los Documentos Internos puedan responder a muchas necesidades , dando lugar a muy diferentes tipos.

Instrucción de Trabajo : Se trata de un documento que se refiere de forma muy concreta la manera de llevar a cabo una acción y que ayuda de la misma forma que los documentos anteriores a normalizar el trabajo y disminuir la variabilidad del mismo y los posibles errores. Se utilizan generalmente este tipo de documentos para describir el funcionamiento de un equipo o la sistemática a seguir en una aplicación informática

Documento Externo : Documento externo todo aquel que es necesario para el sistema de gestión de calidad o que deriva del mismo, pero que no han sido elaborados por el propio servicio.

Se trata de documentos como leyes , normas , bibliografías relevantes , manuales de equipos, documentos ajenos al servicio, etc... que interesan para el sistema de gestión de calidad y que deben ser identificados y controlados, aunque pueden tener otra finalidad y objetivo no tan específico según los procesos y el tipo de organización a que nos estemos refiriéndonos.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 5 de 14

4. DESARROLLO

Los requisitos señalados en el punto "7.5 Información Documentada" señalan el índice y camino a seguir en la descripción de este apartado del procedimiento.

7.5 Información documentada

7.5.1 Generalidades

7.5.2 Creación y actualización

7.5.3 Control de la información documentada

7.5.1 – Generalidades. Información Documentada

El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:

- a) *la información documentada requerida por esta Norma Internacional;*
- b) *la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.*


NOTA La extensión de la información documentada para un sistema de gestión de la calidad puede variar de una organización a otra, debido a:

- *el tamaño de la organización y su tipo de actividades, procesos, productos y servicios;*
- *la complejidad de los procesos y sus interacciones; y*
- *la competencia de las personas.*

7.5.2 – Creación y Actualización

Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:

- a) *la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);*
- b) *el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);*
- c) *la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación*

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	
		<p>PE-03 V-01</p>	
		26-03-18	Página 6 de 14

7.5.3 Control de la información documentada

7.5.3.1 - La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:

- a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite;
- b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).

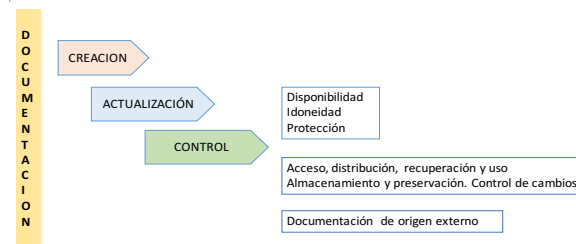
7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:


- a) distribución, acceso, recuperación y uso;
- b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
- c) control de cambios (por ejemplo, control de versión);
- d) conservación y disposición.

La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar.

La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas.

NOTA El acceso puede implicar una decisión en relación al permiso, solamente para consultar la información documentada, o al permiso y a la autoridad para consultar y modificar la información documentada.



	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 7 de 14

Los tipos de **documentos internos** que se van a utilizar inicialmente en el Sistema de Gestión de la Calidad son los siguientes :

Manual de Calidad

Procedimientos

Protocolos

Documentos Internos

Documentos externos

Instrucciones de Trabajo


Registros

A todos estos documentos internos del sistema de gestión de la calidad mencionados les aplicará todo el conjunto de requisitos que se han ido nombrando en los párrafos anteriores y que se describen a continuación.

En la **Unidad de la UCI-Q**, los documentos internos del Sistema de Gestión de la Calidad **son elaborados por los profesionales**, que son los que mejor conocen la forma de actuación en las distintas situaciones con lo que habrá que ver quien o quienes son los profesionales mas oportunos para ello según el caso.

Su **aprobación**, después de ser revisados y valorados por la Comisión de Calidad como grupo de profesionales de diferentes estamentos, y que participan en la definición y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, **se hará por la responsable del mismo, la Jefa del Servicio.**

La **identificación de todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad** se hará mediante un código / referencia, y edición que acompañarán al título y que estarán presentes al menos en la primera página del mismo.


 GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 8 de 14

Los **códigos que se utilizan para la identificación de los distintos tipos de documentos** mencionados previamente son los siguientes :


Manual de Calidad – **MC**
 Procedimientos Clave – **PC**
 Procedimientos Estratégicos – **PE**
 Procedimientos de apoyo – **PA**
 Protocolos – **PT**
 Documentos Internos – **DI**
 Documento Externo – **DE**
 Instrucciones de Trabajo – **IT**
 Registros – **R**

A continuación del código del documento seguirá habitualmente un número correlativo , aunque si la organización, por diferentes razones, dispone de sistemas de numeración previos o diferentes se considerarán también adecuados, siempre que se mantenga el carácter individual del mismo.

En el inicio de la primera página se presenta esta información que se refiere anteriormente junto con el logo de la organización , tal y como aparece en el presente procedimiento estratégico.

 GENERALITAT VALENCIANA Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor Unidad de Cuidados Intensivos de Anestesia	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-07-18	Página 9 de 15

Los documentos son elaborados por los profesionales que conocen los procesos, son revisados por los coordinadores de calidad y aprobados por el Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad. Los destinatarios de los documentos son los

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad PE-03 V-01 26-03-18 | Página 9 de 14
---	---	---


indicados por quien aprueba el documento, tomando como base orientativa las funciones y responsabilidades citadas en el documento.

El responsable de la elaboración de un documento procederá a su **revisión, periódica o durante el uso y aplicación del documento, con el fin de incluir posibles modificaciones** originadas por cambios en el Sistema de Calidad que afecten al contenido del documento. Cualquier persona, relacionada con la Calidad o con un departamento implicado, podrá solicitar modificaciones al documento.

La solicitud de modificaciones se hará preferentemente por escrito y dirigida a quien elaboró y/o aprobó el documento. En la solicitud se indicará claramente cuál es el punto a modificar y las causas de la modificación. El responsable de la elaboración del documento y los departamentos implicados analizarán la solicitud de modificación. La inclusión de alguna modificación en cualquiera de las hojas del documento aumenta el número de edición de dicho documento, dicha modificación debe ser con anterioridad revisada y aprobada por las personas que figuran en la portada del documento. En el caso de tomar esta decisión, reflejará este hecho en el historial de las modificaciones sufridas por un documento, señalando las causas que le hayan llevado a tomar esta decisión. Una vez incluida una modificación el documento pasará por los procesos de revisión, aprobación y distribución señalados en los apartados correspondientes.

Los **Coordinadores de Calidad** registran las modificaciones respecto a la anterior edición, en el apartado de los documentos que corresponde al registro Control de las modificaciones y en el que se hace constar el motivo del cambio y modificación, la fecha y el número de versión.

La actualización de los procedimientos en siguientes versiones se refleja también en la primera página de los mismos indicándose el número de versión, la fecha y los motivos de las modificaciones.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 10 de 14

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA


El apartado siguiente en la primera página de los documentos es la referencia a los nombres y firmas de la autoría , revisión y aprobación del documento.

Realizado	Revisado	Aprobado
Fecha - 26-07-18	Fecha - 26-07-18	Fecha - 26-07-18

En la parte inferior del procedimiento se incluye una frase que refleja quien es el propietario del documento y la ubicación de los documentos controlados, dando a entender que el resto de copias se consideran como no controladas.

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

El Manual de Calidad es el documento que define la Política común de la **Unidad de la UCI Quirúrgica** en materia de Calidad. Este documento incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad, así como la justificación de cualquier exclusión. Hace referencia a los procedimientos documentados establecidos del sistema de gestión de la calidad. Incluye a su vez una descripción de la interacción de los procesos del sistema de gestión de la calidad a modo de mapa de procesos.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 11 de 14

Esta sistemática de codificación de la documentación aplicará al manual de calidad, los procedimientos, protocolos, documentos internos o externos e instrucciones de trabajo.


En el **caso de los registros**, si se trata de documentos que evidencian y reflejan acciones relacionadas con los procedimientos estratégicos o de apoyo, o bien aspectos de organización y gestión del servicio, se les relacionará con el documento a que hacen referencia y tendrán un número correlativo y la denominación. Contendrán el logotipo que se haya decidido y la fecha de aprobación, no haciendo constar, por operatividad y sentido práctico la versión si la hubiera y los controles de las modificaciones en el propio registro, aunque si se reflejará la versión y fecha en el registro de control de la información documentada.

Ejemplo **R.01 PE.02** Sería el registro número 01 del procedimiento estratégico 02. o el R.02 IT.04 Sería el registro número 02 de la Instrucción de Trabajo 04.

El **Servicio de UCI Quirúrgica** asegurará que los documentos necesarios estén a disposición de las personas del departamento que los necesiten, de forma que puedan acceder a todos los documentos actualizados que afecten a dicho departamento.

El acceso a toda la documentación se realizará en un repositorio específico en la intranet, con los controles de acceso adecuados que se definan por parte de la **Jefa del Servicio**. En cada uno de los documentos controlados por el sistema se hace mención en el pie de página, como se asegura la distribución de los mismos con la ubicación de las copias controladas y actualizadas de ellos en el espacio reservado para ello. Los coordinadores de Calidad archivarán los originales de los documentos vigentes; además mantienen el archivo, junto con la edición en vigor del documento.

La **Unidad de la UCI Quirúrgica** es responsable de archivar adecuadamente la edición en vigor de todos los documentos que reciba, así como de mantener el buen

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 12 de 14

estado de los mismos para garantizar que serán legibles en todo momento, para permitir su uso correcto. Calidad mantiene una relación, de todos los documentos en vigor, relacionados por su código, título y nº de edición vigente en el **R.01.PE.03 Registro de control de la Información Documentada**.

Control de la documentación externa

La documentación externa que llega a la **Unidad de la UCI Quirúrgica** y que se considera relevante para el funcionamiento y calidad del servicio prestado, estará controlada mediante la utilización del **R.01.PE.03 Registro de control de la Información Documentada** que permite definir cada documento externo, tener un resumen de su contenido, su localización y almacenamiento posterior, así como otros datos que se consideren de interés respecto al mismo. La codificación de la documentación externa se realizará con DE y un número correlativo.


El/los Coordinadores de Calidad de la **Unidad de la UCI Quirúrgica** después de realizar la evaluación de la documentación externa decide su inclusión en sistema y su ubicación y registro en el **R.01.PE.03 Registro de control de la Información Documentada**

5. RESPONSABILIDADES

Jefa de Servicio

- Aprobación de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad como son la Política de calidad, Manual de Calidad, Procedimientos Claves, Estratégicos, de Apoyo y los Protocolos.
- Aprobación de los documentos de gestión y organizativos del servicio o delegación en su caso con los profesionales que considere.

Coordinadores de Calidad:

	Procedimiento Estratégico de Gestión de la Información Documentada	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-03 V-01	
		26-03-18	Página 13 de 14

- Gestión general de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, según se describe en el desarrollo de este procedimiento.
- Edición y distribución de documentos, junto a la retirada y eliminación de los que quedan obsoletos.
- Archivo de documentos originales en vigor y de los obsoletos identificados como tales.
- Actualización del historial de modificaciones de cada documento.
- Mantenimiento de una relación actualizada de todos los documentos en vigor y de los departamentos que utilizan cada uno de ellos.


Comisión de Calidad:

- Revisión general de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, antes de su aprobación.

6. INDICADORES

- Total de Documentos incluidos en el Sistema de Gestión de Calidad.
- Total de Documentos incluidos en el Sistema de Gestión de la Calidad según tipos.
- Total de Documentos revisados anualmente en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Total de Documentos revisados anualmente en el Sistema de Gestión de la Calidad según tipos.
- Documentos revisados y modificados respecto al total de revisados anualmente en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Documentos revisados y modificados respecto al total de revisados anualmente en el Sistema de Gestión de la Calidad según tipos.
- Total de Documentos externos al Sistema de Gestión de Calidad controlados.
- Documentos externos nuevos e incorporados anualmente al Sistema de Gestión de Calidad.

ANEXO 14. PE.08 Satisfacción de los pacientes

	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 1 de 9


**PROCEDIMIENTO ESTRATÉGICO DE EVALUACIÓN DE
LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha – 14-09-18	Fecha - 14-09-18	Fecha - 14-09-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 2 de 9

1. OBJETO

Describir como la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** define y lleva a cabo los procesos relacionados con el análisis de la satisfacción del cliente.

2. ALCANCE


El proceso tiene un alcance referido a todo lo que tiene que ver el análisis de la satisfacción del cliente en la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos**.

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

El **marco de referencia de la organización** viene determinado por el carácter de servicio público que desempeña y estar enmarcada en la **Consellería de Salud Pública y Sanidad Universal** con lo que toda la legislación y normativa de la misma aplicará a este punto de análisis del contexto y partes interesadas.

De la misma forma tomando como referencia la Norma ISO 9001 en su versión del año 2015, los requisitos de la misma que hacen mención a los puntos tratados en el documento son los siguientes:

Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos. Puntos 4.1 - Comprensión de la organización y de su contexto y 4.2 - Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

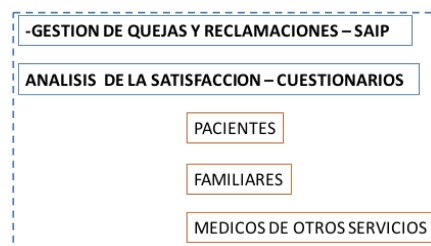
	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 3 de 9

4. DESARROLLO


Para cumplir con los requisitos del punto 9.1.2 que "La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.

NOTA Ejemplos de seguimiento de las percepciones del cliente pueden incluir las encuestas al cliente, la retroalimentación del cliente sobre los productos o servicios entregados, las reuniones con los clientes, el análisis de las cuotas de mercado, las felicitaciones, las garantías utilizadas y los informes de agentes comerciales.

En lo referente a la satisfacción del cliente y su análisis, en el desarrollo de proceso se contemplan dos ámbitos bien diferenciados : por un lado las quejas , reclamaciones y sugerencias que se plantean al servicio a través del **SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente del Departamento de Salud)** y por otro la realización de encuestas dirigidas a los diferentes perfiles del clientes que tiene el Servicio



La gestión de las quejas y reclamaciones se realizará de forma normalizada a través del **SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente)** , que es la Unidad funcional que garantiza la capacidad de los ciudadanos a ejercer sus derechos, a aumentar el nivel de información y la utilidad como medio para

	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 4 de 9

solucionar todos aquellos problemas que puedan surgir en el proceso asistencial al paciente.


Los **trámites que se pueden realizar en el SAIP** son:

- Tramitación de quejas
- Agradecimientos
- Sugerencias
- Solicitud de Segunda Opinión
- Registro del Documento de Voluntades Anticipadas
- Solicitud de cambio de Facultativo Especialista
- Solicitud de cambio de Médico, Pediatra y Centro
- Gestión de cualquier caso que el paciente demande
- Responsable del control de las encuestas de satisfacción del Departamento de Salud y las propias del Servicio
- Garantiza el cumplimiento de los derechos de los pacientes e informa de las obligaciones de los mismos

El proceso más relevante de estas funciones del SAIP es la gestión de quejas y reclamaciones que se realiza con la cumplimentación de la **Hoja de quejas** como formato oficial (anexo 1). EL **SAIP** informa puntualmente y solicita información a la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** respecto a la quejas y reclamaciones que tienen relación con el mismo.

5. RESPONSABILIDADES

La gestión del análisis de satisfacción de los clientes con la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** es responsabilidad de la dirección, representada por la

	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 5 de 9

Jefa de Servicio y la Coordinación de Calidad , aplicando sus resultados a todos los profesionales.

6. INDICADORES

Inicialmente se plantean los indicadores referidos a la participación en las encuestas y los resultados de las mismas, planteándose en algunos casos las diferencias según diferentes variables.

- Porcentaje de participación de los pacientes en el cuestionario
- Número de opiniones favorables y desfavorables en los diferentes componentes
- Número de áreas de mejora y observaciones referidas


7. REGISTROS

R.01-PE.08 .- Hoja de Quejas - SAIP

R.02-PE.08 .- Hoja de Sujerencias y Observaciones


R.03-PE.08. -Hoja de agradecimientos

R.04-PE.08 .- Encuesta de Satisfacción del Paciente y familiar de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos


	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 6 de 9


8. ANEXOS

Anexo nº1 – Detalle de la **Hoja de Quejas - SAIP**


		FULL DE QUEIXES HOJA DE QUEJAS	
CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO		MUNICIPI / MUNICIPIO	
A DADES DEL/DE LA PACIENT / DATOS DEL/LA PACIENTE			
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
NOM HISTORIA CLÍNICA / Nº HISTORIA CLÍNICA		DATA DE NÀSQUENT / FECHA DE NACIMIENTO	
		NOM TÀRGETA SANITÀRIA / Nº TÀRGETA SANITÀRIA	
B DADES DE LA PERSONA INTERESSADA / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA			
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
DNI		DNI	
DOMICILI / CALLE/PLAÇA, NOMBRE / PORTAL / DOBLELL / CALLE/PLAZA, NÚMERO / PUERTA		CP / LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVINCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C MOTIU DE LA QUEIXA / MOTIVO DE LA QUEJA			
<p style="font-size: small; margin: 0;">TEL·LÈFON DE CONTACTE AL SERVEI DE COMUNICACIÓ AMB EL PACIENT / TELÉFONO PARA EL SERVICIO DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">La persona interesada / La persona interesada</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Firma</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Les dades de contacte personal que apareixen a continuació són privades en tot moment i no s'han de revelar per cap altre mitjà, llevat que la persona interessada ho autoritze. A més, la informació de la presentació i resolució de la queixa, s'ha de guardar amb el nom de la persona interessada i no de la queixa.</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Les dades de contacte personal recollides en el present full de queixes són de caràcter confidencial i no s'han de revelar per cap altre mitjà, llevat que la persona interessada ho autoritze. A més, la informació de la presentació i resolució de la queixa, s'ha de guardar amb el nom de la persona interessada i no de la queixa.</p>			
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA CONSEJERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA		REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA DATA D'ENTRADA EN EL REGISTRE D'ENTRADA / FECHA ENTRADA EN REGISTRO DE ENTRADA 22/04/18	

Anexo nº2 – Detalle de la **Hoja de Sujerencias y Observaciones**

	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 7 de 9

 FULL DE SUGGERIMENTS HOJA DE SUGERENCIAS	
CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO	MUNICIPI / MUNICIPIO
A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA (*) (**) / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA (*) (**)	
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
DOMICILI (CARRER, PLÇA I NÚMERO) / DOMICILIO (CALLE, PLAZA Y NÚMERO)	C. POSTAL
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
TELÈFON / TELÉFONO	
B EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN	
Empty space for the suggestion content	
_____ d _____ de _____ La persona interessada / La persona interesada	
<p>El carácter personal que conté l'imprès podran ser inclosos en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que li atribueixen en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, té la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa la Ley Orgánica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).</p> <p>El carácter personal contenido en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE n.º 298, de 14/12/99).</p> <p>Esta al seu suggeriment, omplir els espais reservats amb les seues dades personals.</p> <p>està remesa en un termini màxim de 15 dies.</p> <p>esta a su sugerencia, cumplimenta los espacios reservados con sus datos personales.</p> <p>serà remès en un plaço màxim de 15 dies.</p>	
REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA	
DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN FECHA ENTRADA EN ÓRGAN	

Anexo nº3 – Detalle de la Hoja de Agradecimientos

	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 8 de 9

GENERALITAT VALENCIANA
CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

**FULL D'AGRAÏMENT
HOJA DE AGRADECIMIENTO**

A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

COGNOMS / APELLIDOS: _____ NOM / NOMBRE: _____

CARRETER / CALLE, PLAZA, NÚMERO / PORTAL / DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA): _____ CP: _____

CALITAT / LOCALIDAD: _____ PROVÍNCIA / PROVINCIA: _____ TELEFONI / TELEFONO: _____

B AGRAÏMENT O FELICITACIÓ A / AGRADECIMIENTO O FELICITACIÓN A

_____ d _____ de _____

La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

set deixar constància de les atencions rebudes i el treball realitzat pels professionals que fanen. Va aportar a estimular la nostra labor assistencial. més deler constància de les atencions rebudes i el treball realitzat per los professionals que le atenden. portación a estimular nuestra labor asistencial. y personal que conté l'impresió poden ser inclosos en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a l'ítem, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Así mismo, se l'informa de que dades d'adreça, replicació, cancel·lació i oposició, tal com de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 226 de 14/12/99).


personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, lo de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 226, de 14/12/99).


**REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA**

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO

**DE SANITAT
DE SANIDAD**

Anexo nº4 – Detalle de la Encuesta de Satisfacción del Paciente y familiar del la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos.

	Procedimiento Estratégico de Evaluación de la satisfacción del cliente	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-08 V-01	
		14-09-18	Página 9 de 9

	ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTE Y FAMILIA UCI-Q	Equipo de mejora de la Humanización de los cuidados en UCI-Q	RI16 V-1 10/12/2018
---	---	--	------------------------

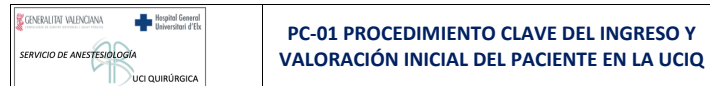
<input type="checkbox"/> SOY PACIENTE	FECHA:	DÍAS DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> De 1 a 3 días <input type="checkbox"/> De 4 a 7 días <input type="checkbox"/> De 8 a 15 días <input type="checkbox"/> De 15 a 30 días <input type="checkbox"/> Más de 1 mes
<input type="checkbox"/> SOY FAMILIAR / CUIDADOR		

Valore la satisfacción en el servicio de la UCI Quirúrgica, puntuando entre 0 (muy insatisfecho) y 10 muy satisfecho las siguientes cuestiones:

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	¿Cómo valora la acogida y recepción en la UCI Quirúrgica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	¿Cómo está de satisfecho con la confortabilidad de las instalaciones y equipamiento?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de las enfermeras?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de las auxiliares de enfermería?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los médicos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los celadores?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	¿Cómo valora la comunicación e información recibida sobre sus tratamientos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	¿Se ha sentido usted seguro en la unidad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	¿Cómo valora la posibilidad de acompañamiento continuado de sus familiares?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	¿Cómo valora en general su estancia en la unidad de la UCI Quirúrgica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

OBSERVACIONES / COMENTARIOS:

ANEXO 15. PC.01 Ingreso y valoración inicial del paciente



PC-01 PROCEDIMIENTO CLAVE DEL INGRESO Y VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN LA UCIQ

Control de las modificaciones

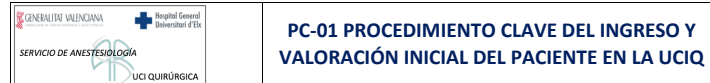
VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA
V02	Cambio en el programa de gestión de la Hospitalización Orion Clinico®	20-11-2019

Realizado	Revisado	Aprobado
Dra. Ana Pérez Carbonell Dra. María Mercader Alarcón Dr. Jaime Miralles Sancho M ^a Asunción Antón Latour	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Laura García Cortecero	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha – 20-11-2019	Fecha – 16-12-2019	Fecha – 16-12-2019

Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Departamento de salud de Elche, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso autorizado por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones vigentes aquellas que estén a disposición en el repositorio documental informático.



- 1.- Objeto y Alcance
- 2.- Referencias normativas y definiciones
- 3.- Desarrollo
- 4.- Responsabilidades
- 5.- Indicadores
- 6.- Registros
- 7.- Anexos



1. OBJETO Y ALCANCE

El objeto de este proceso es describir el proceso del ingreso del paciente en la UCI Quirúrgica y la valoración inicial de tal forma que se proporcione al paciente crítico una atención integral, inmediata, oportuna, precisa y con calidad con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios del Departamento de Salud de Elche.

La correcta adecuación de todos los equipos empleados durante el ingreso y la eficacia y coordinación del personal implicado en el proceso, serán explicitados en este procedimiento, pues se consideran elementos fundamentales del proceso.

Así mismo, será objetivo de este procedimiento, ofrecer seguridad al paciente durante el ingreso previendo posibles riesgos que puedan sucederse durante el mismo.

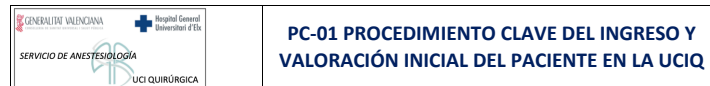
Este procedimiento se aplica en su totalidad a todo paciente en estado crítico, que exige monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y equipos altamente especializados.

El alcance del proceso está comprendido desde que se le indica al paciente la necesidad de cuidados críticos y por lo tanto el ingreso en la UCI Quirúrgica, hasta que finaliza la valoración inicial y aplica a todos los profesionales implicados en las diferentes actividades de este (facultativos, profesionales de enfermería, auxiliares y celadores).

2. REFERENCIAS NORMATIVAS Y DEFINICIONES

2.1. Referencias Normativas

- Egol A, Fromm R, Guntupalli K K, et al. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Crit Care Med 1999; 27(3):633-638
- Satoro T. What is the optimal criteria for Intensive Care Unit admission?. The Journal of Trauma Injury Infection and Critical Care 2011; 70(5):1303-1304
- Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, et al. Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of



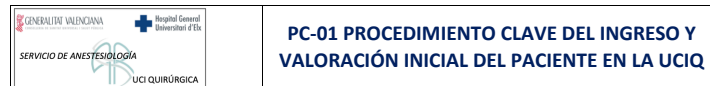
emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study. Crit Care Med 2009; 37(11)

- Horta V, Silva J, Ribas A. Criteria for patient admission to an intensive care unit and related mortality. Rev Clin Esp 2010; 218(3) 3:148
- Mercier E, Girardeau B, Ginies G, et al. Iatrogenic events contributing to ICU admission: a prospective study. Intensive Care Med 2010; 36:1033-1037
- Perkins G, Fullerton J. Who to admit to intensive care?. Crit Care Med 2011; 11(6):601-604
- Capuzzo M, Moreno R, Alvisi R. Admission and discharge of critically ill patients. Crit Care 2010; 16:499-504
- Wunsch H, Angus D, Harrison D, et al. Comparison of Medical Admissions to Intensive Care Units in the United States and United Kingdom. J Respir Crit Care Med 2011; 183:1666-1673
- Transferencia de pacientes (método IDEAS). Monográfico de Seguridad Clínica 061. Aragón 2014. Consultado en: https://issuu.com/seguridadclinica061/docs/monografico_n_2
- Proceso de cuidados del paciente crítico: valoración enfermera. Proyecto de Implantación de Metodología Enfermera. Consejería de Sanidad, Asturias 2011. Consultado en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/GUIA%20VALORACION%20INTERACT.pdf
- Martín Delgado M C, Cabré Pericas L, Ruíz Moreno J. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2017. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC); 2017.

2.2. Definiciones

PACIENTE CRÍTICO: aquel individuo que, por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida.

SAPS III (Simplified Acute Physiology Score III): Para el paciente quirúrgico se utilizará el SAPS III al ingreso, siendo el más indicado y con mayor grado de exactitud en la estimación de la mortalidad.



SOFA (Sequential Organ Failure Assessment Score): se usa en el paciente séptico donde además su medida en diferentes tiempos (24, 48, 72 horas) permite valorar la evolución y es un criterio objetivo de mejoría y guía del tratamiento, así como de limitación del esfuerzo terapéutico por otro lado.

TAE: Traumatismo Alta Energía (TAE), traumatizado grave que presenta varias lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente, siendo al menos alguna de ellas de riesgo vital.

TSR: score que se usará en los pacientes con TAE.

IDEAS: Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y Síntomas de alarma. Método estandarizado de transferencia de pacientes.

3. DESARROLLO

Las camas de cuidados críticos deben estar reservadas para aquellos pacientes que tienen una "perspectiva razonable de recuperación". Este concepto fue aceptado en 1940 para pacientes quemados y traumatizados y en 1983 se establece la primera conferencia de consenso por la NIH (*National Institute of Health*).

3. 1. Indicaciones de ingreso en UCIQ


3.1.1. Respecto de la necesidad de ingreso del paciente en la Unidad

La indicación de ingreso en la UCIQ se puede plantear como una respuesta debida a su patología, o como la necesidad de estabilización de dicha patología.

Así mismo, el motivo de ingreso del paciente se puede clasificar como:

A. Ingreso por necesidad de monitorización

Pacientes que precisan un elevado nivel de cuidados y monitorización: niveles 2 y 3 según *Comprehensive Critical Care DH 2000* (departamento de Salud del Reino Unido).

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITAT DE VALÈNCIA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA	PC-01 PROCEDIMIENTO CLAVE DEL INGRESO Y VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN LA UCIQ
--	--

Nivel	Descripción de los cuidados
0	Pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.
1	Pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.
2	Pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados.
3	Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todos los pacientes complejos requiriendo soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Comprehensive Critical Care. DH (2000).

Pacientes que sean recuperables, en lo posible evitar el ingreso de casos terminales con pronóstico fatal a corto plazo.

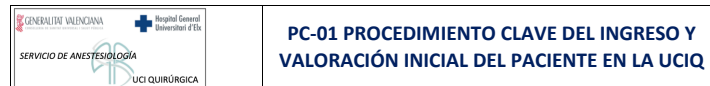
B. Ingreso por patología y diagnóstico

B.1. Procedimientos quirúrgicos estables y programados

- Cirugía General: pancreatometomía, hepatectomía, gastrectomía total, cirugía de citorreducción + HIPEC, esofagectomía, adrenalectomía.
- Cirugía Vascular: cirugía de aorta (incluida endoprótesis) y cirugía de carótida (incluye stent).
- ORL: tumores de base de cráneo, vaciamiento cervical radical bilateral, laringuectomía.
- Urología: cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, nefrectomía parcial, implante renal.
- Neurocirugía: patología intracraneal, patología de columna torácica con apertura de la duramadre, patología de columna cervical instrumentada.

B.2. Procedimientos quirúrgicos que sin estar incluidos en lo anterior sean realizados en pacientes cuyo estado físico y patología previa lo haga recomendable (pacientes ASA III y IV, p.e. enfermedad cardiaca inestable, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con necesidad de oxigenoterapia adicional, etc.)

B.3. Procedimientos quirúrgicos que presenten incidencias que requieran la atención del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (p.e. hemorragia obstétrica, sangrado, IAM perioperatorio, iatrogenia, etc.)



B.4. Otras patologías y situaciones

- Sepsis y shock séptico
- TAE
- Patología intracraneal/cervical con necesidad de cirugía urgente
- Estados hipertensivos del embarazo
- Terapias con potenciales complicaciones: trombolisis, radiología intervencionista, angiografía cerebral terapéutica, etc.

C. Ingreso por situaciones clínicas y parámetros a estudio (signos vitales, signos físicos de comienzo agudo, valores de laboratorio, pruebas de imagen, pruebas complementarias)

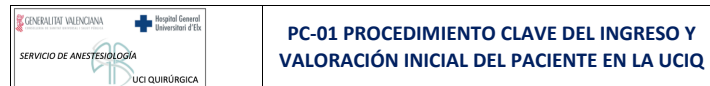
3.1.2. Respecto a la prioridad de ingreso del paciente en la Unidad

PRIORIDAD I: pacientes críticamente enfermos, inestables, que necesitan tratamiento intensivo (soporte ventilatorio, drogas vasoactivas) y monitorización que no se puede brindar fuera de la unidad. No tienen limitación en la terapia (p.e. fallo respiratorio, shock séptico, etc.).

PRIORIDAD II: pacientes no necesariamente críticos que requieren monitorización intensiva y pueden potencialmente necesitar tratamiento intensivo. No tienen limitación en la terapia (p.e. pacientes con comorbilidad que desarrollan una situación aguda quirúrgica o programados para una intervención mayor).

PRIORIDAD III: pacientes inestables, críticamente enfermos por una enfermedad aguda, pero que asocian enfermedad de fondo y tienen mínima posibilidad de recuperación y beneficio con el tratamiento intensivo. Estos pacientes pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar la complicación aguda: NO se darán medidas extraordinarias de soporte incluida la medicación de alto coste (p.e. paciente oncológico complicado con infección, taponamiento cardiaco, etc.).

PRIORIDAD IV: no son apropiados para admitir en Cuidados Intensivos. La admisión debe ser individualizada por circunstancias inusuales y bajo la supervisión del jefe de la Unidad. Existen 2 categorías:

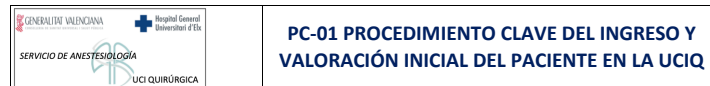


1. Pacientes que se benefician poco de los cuidados intensivos: demasiado bien para beneficiarse (p.e. cirugía vascular periférica, cetoacidosis diabética hemodinámicamente estable, etc.).
2. Pacientes con enfermedad terminal e irreversible con inminencia de muerte: demasiado enfermos para beneficiarse (p.e. muerte encefálica que no va a ser donante, daño cerebral irreversible, cáncer metastásico con tratamiento fallido, etc.).

3.1.3. Respecto a la procedencia de los pacientes

Los pacientes atendidos en la UCIQ pueden tener diferentes procedencias tal y como se plantea en el esquema siguiente.

- Quirófanos programados: los cirujanos que prevean cirugías de alta complejidad que requieran cuidados intensivos y por lo tanto ingreso del paciente en la UCIQ, se pondrán en contacto con el anestesiólogo responsable de la unidad para solicitar la reserva de la cama de forma anticipada a la intervención.
- Quirófanos de urgencias: el anestesiólogo/a responsable del paciente que está siendo sometido a tratamiento quirúrgico urgente, será el responsable de comunicarse con la UCIQ para realizar el ingreso tras la finalización de la cirugía.
- Planta de Hospitalización: la UCIQ atenderá e ingresará a pacientes de planta que tras ser valorados por los anestesiólogos/as por solicitud de sus médicos/as, consideren la necesidad de ingreso por su inestabilidad hemodinámica o respiratoria e incluso por la necesidad de monitoreo continuo y cuidados intensivos.
- Urgencias: los pacientes atendidos por puerta de urgencias son otra posible procedencia de ingreso a la UCIQ. En este caso, el médico/a de urgencias se pondrá en contacto con el anestesiólogo, el cual valorará su posible ingreso. Si tras la valoración, el anestesiólogo/a considera que el paciente debe ingresar en la UCIQ, deberá avisar a la unidad para que habiliten el box donde va a ser ingresado con todos los recursos necesarios, solicitando a la vez, que la cama correspondiente al paciente sea trasladada a la sala de urgencias con el fin de que el paciente sufra los menos cambios posibles, de esta forma, si el paciente necesita ser trasladado al TAC o a cualquier otra unidad antes de ingresar en la



UCIQ, ya lo hará en su propia cama, este procedimiento evitará riesgos innecesarios por las diferentes transferencias de una cama a otra.

- Paritorio: el anestesiólogo/a valorará el ingreso de pacientes gestantes o puérperas que por complicaciones susceptibles de ingreso requieran los cuidados dispensados en la UCIQ. El procedimiento seguirá los mismos pasos enunciados en el ingreso procedente de puerta de urgencias.
- URPA: el anestesiólogo/a responsable del paciente en la Unidad de Recuperación Postanestésica, valorará la necesidad de ingreso en UCIQ del paciente sangrante o inestable.
- Otros departamentos: con diferentes particularidades respecto a la indicación de este y la valoración por parte del anestesiólogo/a.

3. 2. Ingreso del paciente en la UCIQ

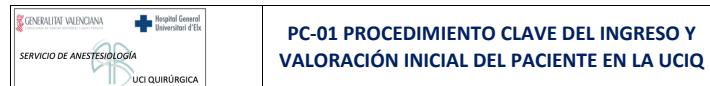
En el momento que el personal de enfermería de la UCIQ sea informado de un nuevo ingreso, decidirá en consenso qué equipo de enfermería se hará cargo del paciente, teniendo en cuenta las cargas de trabajo de los pacientes ya ingresados en la unidad.

Antes de que el paciente ingrese, el/la auxiliar de enfermería asignado/a al paciente revisará el box correspondiente con el listado de verificación (*anexo 1*) en mano, comprobando que todo el material y aparataje necesario para el ingreso se encuentra dispuesto y en perfectas condiciones para su uso. El enfermero/a revisará y ajustará las alarmas del monitor. Además, este último dejará la gráfica sobre el tablero en la mesilla auxiliar del paciente para un registro de enfermería continuo durante el ingreso y valoración.

A la llegada del paciente, el celador/a fijará la cama y la conectará a la red eléctrica, posicionará al paciente si precisa, y retirará del box los palos de gotero de transporte y bala de oxígeno cuando no se precisen.

El/la auxiliar de enfermería deberá comprobar que las barandillas de la cama están subidas y aseguradas.

De forma simultánea, el enfermero/a y el médico/a a cargo del paciente recibirá la transferencia de este según el modelo IDEAS (*anexo 2*) y comenzará a monitorizar al



paciente con el siguiente orden secuencial (si no ingresa con el monitor de transporte del box):


1. Monitorización de constantes vitales:
 - a. Oximetría (pulsioxímetro)
 - b. Acceso arterial (monitorización invasiva o no)
 - c. ECG con 5 derivaciones
2. Oxigenoterapia (cuando el paciente es trasladado conectado a una fuente externa de oxígeno, no se desconectará al paciente de esta fuente hasta que las constantes vitales estén totalmente monitorizadas).
3. Conexión de bombas de perfusión.
4. Disposición de drenajes (se colocará el drenaje en un lugar adecuado y seguro, además se marcará con rotulador negro sobre el receptal la cantidad drenada al ingreso). El enfermero que traslada al paciente desde quirófano deberá informar a la enfermería responsable del paciente en la unidad las cualidades que presente el drenaje: con/sin vacío, necesidad de presurización/nivel adecuado, etc.
5. Diuresis: El auxiliar de enfermería conectará un urinómetro horario a la sonda vesical o bolsas de urostomía (al igual que los drenajes se colocará en un lugar adecuado y seguro, registrando en la gráfica de enfermería la cantidad de diuresis al ingreso).
6. Vías venosas: Se comprobará el número de vías, localización (periféricas y centrales), así como la permeabilidad de estas.

Durante toda la monitorización, el/la auxiliar de enfermería prestará apoyo a la enfermera en el desempeño de dicho proceso.

La transferencia de la información si se trata de un médico/a externo a la Unidad a aquél que se encuentra responsable en la Unidad debe hacerse según el modelo IDEAS (*anexo 2*).

Mientras el/la enfermero/a realiza la monitorización y de forma prácticamente simultánea, el anestesiólogo/a responsable del paciente comienza con la valoración inicial del mismo.

El Anestesiólogo/a determinará la necesidad de mayor monitorización, canalización de nuevos accesos vasculares, tratamientos inmediatos, etc. Y la

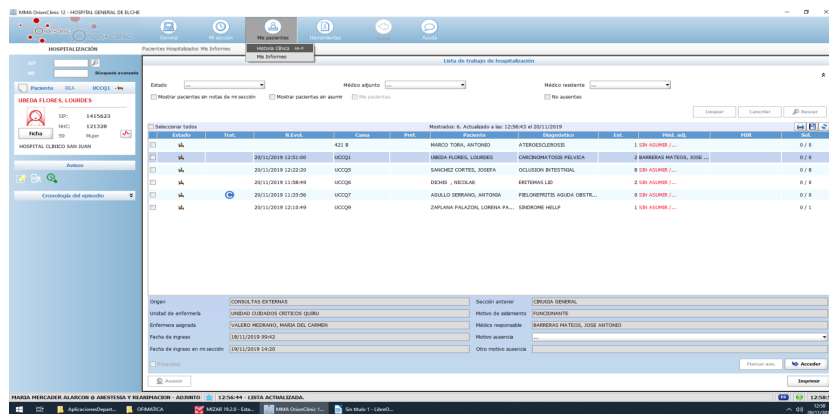


SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
UCI QUIRÚRGICA

PC-01 PROCEDIMIENTO CLAVE DEL INGRESO Y VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN LA UCI

enfermería junto con su auxiliar deberán responder a tales necesidades, disponiendo de los materiales/fármacos que sean necesarios.

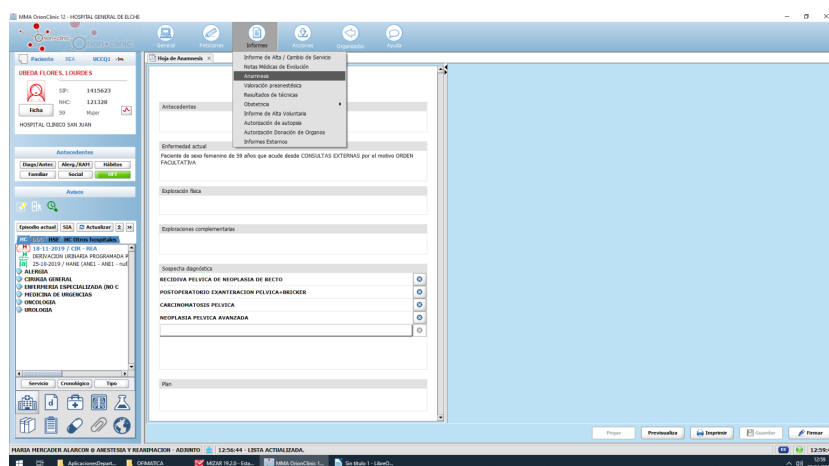
Dicha valoración, así como los antecedentes personales, enfermedad actual, exploración física, pruebas complementarias, sospecha diagnóstica, plan y tratamiento, serán documentados en un registro informatizado llamado "Anamnesis" en el programa informático Orion Clinic® y deberá imprimirse y adjuntarse a la gráfica de enfermería durante todo el ingreso del paciente para poder consultarla cuando se necesite.



Lista de Indicios de Hospitalización

Selección	Indicio	Enfer.	R. Enfer.	Cama	Prof.	Indicador	Valoración	Est.	Trat. act.	FEEM
<input type="checkbox"/>	VA	2011/08/19 12:05:00	UC001	421 B	BARCO TOLA, ANTONIO	ATROFECALCÉMICO	1 SIN VALORAR ...	0 / 8		
<input type="checkbox"/>	VA	2011/08/19 12:32:20	UC001		URBIA FLORES LOURDES	CARCINOMA TORSO PELVICO	2 BARRAS METEOR. JOSE ...	0 / 8		
<input type="checkbox"/>	VA	2011/08/19 12:38:49	UC002		SANDEZ CORTES, JOSEFA	OCCLUSIONE INTESTINAL	8 SIN VALORAR ...	0 / 8		
<input type="checkbox"/>	VA	2011/08/19 12:38:49	UC002		DEJANA, NEOLAJA	INTOXICACION LEO	2 SIN VALORAR ...	0 / 8		
<input type="checkbox"/>	VA	2011/08/19 12:38:49	UC002		ABALLE GONZALEZ, ANTONIA	FELCIANETOS SILENIO ORBITAL	9 SIN VALORAR ...	0 / 8		
<input type="checkbox"/>	VA	2011/08/19 12:38:49	UC001		ZARLANA PRAZANO, LORENA PAL...	SEBORGHE HELIX	1 SIN VALORAR ...	0 / 1		

Origen
 Unidad de enfermería: CONSULTAS EXTERNAS
 Sección anterior: CIRUGIA GENERAL
 Enfermería asignada: VALERIO MEDRANO, RAFAEL DEL CARMEN
 Médico responsable: SANDERAZ METELOS, JOSE ANTONIO
 Fecha de ingreso: 19/08/2019 09:42
 Médico asignado:
 Fecha de ingreso en su sección: 19/08/2019 14:30
 Otro médico asignado:



Informe de Anamnesis

URBIA FLORES LOURDES
 DNI: 41434623
 NIE: 433328
 Fecha: 09 Mujer

Antecedentes
 Informes de Alta / Cambio de Servicio
 Historia Médica de Evolución
 Anamnesis
 Valoración anestésica
 Resultados de técnicas
 Operativas
 Informe de Alta Valutaria
 Autopsia de autopsia
 Autopsia de órganos
 Informes Externos


Enfermedad actual
 Paciente de sexo femenino de 39 años que acude desde CONSULTAS EXTERNAS por el motivo ORIZEN PÁGULO Y TUN

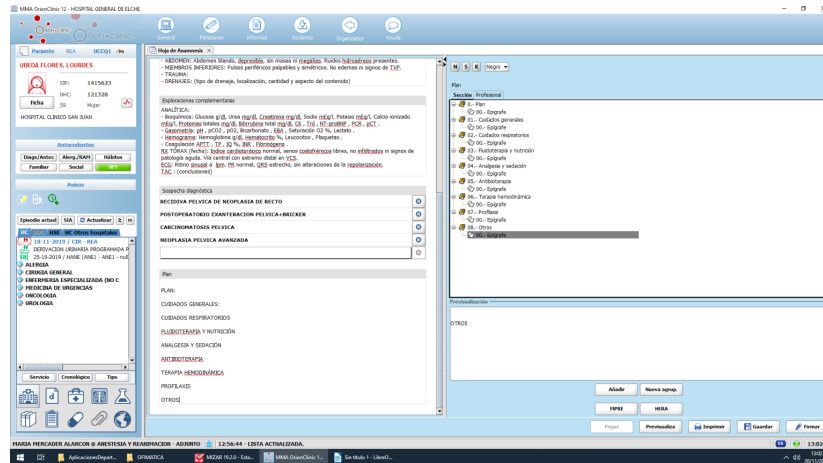
Exposición física

Exposiciones complementarias

Síntoma(s) esperada(s)
 INCÓMODA PELVICA DE REOPERASA DE RECTO
 POSTOPERATORIOS ENANTERACION PELVICA-BECKER
 CARCINOMATOSOS PELVICA
 NEOPLASIA PELVICA AVANZADA

Plan

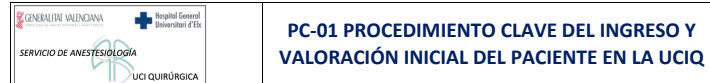

PC-01 PROCEDIMIENTO CLAVE DEL INGRESO Y VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN LA UCIQ



Una vez que la enfermería ha monitorizado y acondicionado al paciente, pasará a realizar la valoración inicial de enfermería. Esta valoración se registrará en la gráfica de enfermería (*anexo 3*), documento que se cumplimentará en formato papel. Dicha cumplimentación está desarrollada y explicitada en el protocolo de cumplimentación de la gráfica de enfermería. Este registro contiene: datos personales del paciente, familiar de contacto y teléfono del cuidador principal, alergias, tipo de movilización, tipo de aislamiento, peso del paciente, constantes vitales, oxigenoterapia, salidas, entradas, tratamiento, ventilación mecánica, evaluación vascular, heridas y drenajes, UPP, escalas: Braden (riesgo UPP), Glasgow (nivel de conciencia), Richmond (sedación-analgésia), EVA (dolor).

Durante el proceso de ingreso y tras haber colaborado con el/la enfermero/a en la monitorización y acomodación del paciente, el/la auxiliar de enfermería realizará el ingreso en admisión, el cual se realizará telefónicamente, es a partir de este momento cuando el hospital tiene constancia del ingreso del paciente en la UCIQ. Posteriormente, imprimirá 15 etiquetas identificativas, las cuales serán incluidas en la historia del paciente.

El/la Anestesiólogo/a responsable junto con el equipo de enfermería que se encuentre al cuidado del paciente, dará la orden al auxiliar de enfermería para que los familiares puedan visitar al paciente tras el ingreso inmediato. Cuando el/la enfermero/a



considere que el/la paciente ha recibido la asistencia necesaria al ingreso, se lo comunicará al auxiliar de enfermería, que será la responsable de informar a los familiares de los pacientes sobre las normas y horarios para visitar a su familiar ingresado/a; los acompañará al box y les entregará información donde se explicita todo lo que deben conocer sobre la Unidad.

También cumplimentará la hoja de acompañamiento familiar (*anexo 4*) con los datos del cuidador principal, su teléfono y demás información de interés.

4. RESPONSABILIDADES

Anestesiología: será el responsable de:

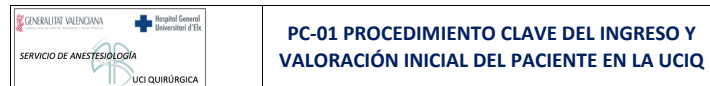
- Valorar a los pacientes susceptibles de ingreso en la UCIQ
- Del ingreso del paciente en la unidad
- Realizar la valoración inicial

Enfermería: será responsable de:

- Recibir la transferencia enfermera del paciente según el modelo IDEAS
- Monitorizar y acomodar al paciente a su llegada a la UCIQ
- Realizar la valoración inicial de enfermería
- Asistir al Anestesiólogo en la valoración inicial y la necesidad de cuidados complementarios: canalización de accesos vasculares, mayor monitorización, tratamientos inmediatos, etc.

Auxiliar de enfermería: será responsable de:

- Adecuar los recursos necesarios del box para realizar el ingreso del paciente en la unidad.
- Prestar apoyo al personal de enfermería y facultativos durante todo el proceso de ingreso, monitorización y valoración inicial
- Realizar el ingreso en admisión.
- Informar a la familia del paciente ingresado de horarios y normas a seguir durante las visitas.



Celador: será responsable de:

- Trasladar al paciente desde la unidad indicada hasta la UCIQ, previo a contar y disponer de todo el material necesario para el traslado.
- Si el paciente procede de quirófano o URPA recogerá previamente el monitor de transporte del BOX asignado al paciente.
- Se proveerá de una bala de oxígeno para su uso durante el traslado.
- El celador es responsable de fijar y enchufar la cama a la corriente eléctrica, atender a las posibles necesidades de movilización y correcta colocación del paciente en cama.
- Retirar del box palos de gotero de transporte y bala de oxígeno.

5. INDICADORES


- Número de ingresos en UCIQ – Anual
- Reingresos no programados en UCIQ – Anual

6. REGISTRO


- Programa de gestión de la Hospitalización Orion Clinic®

Anexo 1. Listado de verificación: equipamiento de un BOX de la UCIQ

LISTA VERIFICACIÓN: EQUIPAMIENTO DE UN BOX DE LA UCIQ	
<p>Cables Monitor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Saturación de oxígeno. <input type="checkbox"/> Monitorización cardíaca. <input type="checkbox"/> T.A. y manguito. <input type="checkbox"/> Presión arterial invasiva (cable gris) <input type="checkbox"/> PAI para Flow-Trac (cable blanco) <input type="checkbox"/> T^o axilar. <p><input type="checkbox"/> 2 caudalímetros, uno en el lado derecho y otro en el izquierdo.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 aparato con mascarilla y alargadera</p> <p>RECOMENDADO</p> <p>2 sistemas de aspiración conectados: cortar extremos anchos de tubo bulbo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ANTERIOR: Manómetro de vacío + Contenedor con bolsa para Secrec. Via Aérea <input type="checkbox"/> POSTERIOR: Manómetro de vacío + Contenedor con bolsa para Secrec. Via Aérea o subglótica o drenaje torácico <input type="checkbox"/> 1 sistema de aspiración subglótica montada (sin conectar). <p>Cesta con sondas de aspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15 de 16F (naranja). <input type="checkbox"/> 15 de 14 F (verde). <input type="checkbox"/> 5 de 10 F (negras). <p>Bombas de infusión: 6 Fresenius</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Izquierda: 2 serán de jeringa y 2 normales (volumétricas) <input type="checkbox"/> Derecha: 1 será de jeringa y 1 normal (volumétrica) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 pinza de hemostasia. <input type="checkbox"/> 1 pinza Kocher plástico <input type="checkbox"/> 1 fonendoscopio identificado con el número del box. <p><input type="checkbox"/> En el estante superior de la torre: 3 cajas de guantes nitrilo de las tallas S/M/L</p> <p>Sobre los cajones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contenedor de material punzante de base ancha (5L) <input type="checkbox"/> Gasas cortadas. 	<p>Primer cajón:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 5 bráculas anti-reflujo. <input type="checkbox"/> 5 ampollas de S.F 0.9% de 10 ml. <input type="checkbox"/> 5 paquetes de gasas estériles. <input type="checkbox"/> Un envase de clorhexidina alcohólica: para desinfección de válvulas de catéteres antes de extracción de sangre y de inyección IV. <input type="checkbox"/> 10 agujas de carga. <input type="checkbox"/> 5 jeringas de 10cc. <input type="checkbox"/> 20 electrodos. <p>Segundo cajón: Guantes estériles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A la Izda Pequeños, de las tallas 6/6.5/7/ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con polvo, 4 paquetes de cada <input type="checkbox"/> Sin polvo, 1 paquete de cada ➤ A la Derecha Grandes, de las tallas 7.5/8 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con polvo, 4 paquetes de cada <input type="checkbox"/> Sin polvo, 1 paquete de cada <p>Lavabo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si el paciente está intubado, se dejará el bote con agua para limpieza del sistema de aspiración y caja mascarillas. <p>Armario lavabo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empapadores: 5 grandes y 5 pequeños. <input type="checkbox"/> Esponjas jabonosas 12 (medio paquete) <p>Mesita del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un dosificador de gel hidroalcohólico. <input type="checkbox"/> En la parte inferior, cuña y botella. <p><input type="checkbox"/> 2 papeleras G-II, una a cada lado</p> <p>FECHA: FIRMA:</p>

 SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA	PC-01 PROCEDIMIENTO CLAVE DEL INGRESO Y VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN LA UCI
---	--



Anexo 2. Transferencia de pacientes entre distintos servicios o unidades asistenciales (IDEAS)



La técnica IDEAS está especialmente indicada para la Transferencia de Pacientes entre distintos servicios o unidades asistenciales.

IDEAS	
I	IDENTIFICACIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> Identificación del profesional responsable del paciente. Identificación del profesional que recibe al paciente. Identificación del paciente: Nombre y Apellidos, Sexo, Edad, Localización, Nacionalidad, Idioma, Estilo de vida, hábitos tóxicos, etc.
D	DIAGNÓSTICO
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico actual. Diagnósticos previos, antecedentes, enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, tratamiento habitual, etc. En Traumas (ATF, caídas, etc.) explicar el mecanismo lesional. Alergias
E	ESTADO
Función Respiratoria	Frecuencia y patrón respiratorio, ventilación mecánica, Saturación de O ₂ , cianosis, expectoración, auscultación pulmonar...
Función Hemodinámica	Frecuencia cardiaca, ritmo, tensión arterial, relleno capilar, pulsos, edemas, sangrados, auscultación cardiaca...
Función Neurológica	Nivel de conciencia, orientación, alteraciones de la conducta, focalidad neurológica, movilidad, sensibilidad, coordinación, reflejos, pupilas...
Función Renal-Metabólica	Diuresis, incontinencia, alteraciones electrolíticas, pH...
Función Digestiva-Endocrina	Nauseas, vómitos, glucemia, nutrición, dieta...
Función Locomotora-Piel	Motricidad, autonomía, lesiones, heridas (tipo y localización), quemaduras, deformidades, sudoración...
Función Inmunológica-Hematológica	Signos de infección, anemia, coagulopatía...
Dolor	Nivel, tipo, duración, localización...
A	ACTUACIONES
Soporte Respiratorio	Oxigenoterapia, IOT, modo ventilatorio, aspiración...
Fármacos	Administrados, actuales, perfusiones, bombas...
Vías	Accesos venosos periféricos, centrales, intraoseos...
Sondas	Digestivas, urológicas
Técnicas e Instrumental	Marcapasos, desfibrilación, diálisis...
Pruebas Diagnósticas	ECG, analíticas, pruebas de imagen (Rx, TAC, RNM...)
Cuidados	Curas, taponamientos heridas, postura de traslado, cambios posturales, drenajes...
S	SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA
	Resumen y Recordatorio de los aspectos más importantes que requieren una especial atención, incluidas alergias. Confirmar la comprensión de elementos claves, permitiendo realzar preguntas y aplicar técnicas de Feed-Back.

*Modificado de Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI (2013):13(4)

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITAT DE VALÈNCIA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  UCI QUIRÚRGICA	PC-01 PROCEDIMIENTO CLAVE DEL INGRESO Y VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN LA UCI
---	--

Anexo 3. Gráfica de enfermería

CAMA	Día entrada	Día salida	HORARIO DE INTERVENCIÓN																								ALERGIAS		CAMA	
			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	1	2
40	20	40	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
35	20	40	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
30	20	40	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
25	20	40	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
20	20	40	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
15	20	40	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
10	20	40	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
5	20	40	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				



VALORES				EVALUACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
Fecha	Hora	Valor	Unidad	Observaciones	Intervenciones	Evaluación	Resultados

  <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-01 PROCEDIMIENTO CLAVE DEL INGRESO Y VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>
--	--

Anexo 4. Hoja de acompañamiento familiar

DIAGNÓSTICO DE INGRESO	FECHA INGRESO	FECHA ALTA	HABITACIÓN
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">ETIQUETA DEL PACIENTE</div>	CUIDADOR PRINCIPAL:		
	TELÉFONO:		
2º CUIDADOR:			
TELÉFONO:			
FOTOCOPIA DNI PACIENTE: <input type="checkbox"/>			
VIVEN EN:		IDIOMA: TRADUCTOR:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">FIRMA</div>	HOJA INFORMATIVA PARA FAMILIARES		
	ACOMPANAMIENTO FAMILIAR ESTANDAR		
	AVISO A FAMILIA ANTES Y DESPUÉS DEL QUIRÓFANO		
HE LEÍDO Y ACATO LAS NORMAS			
ACOMPANAMIENTO FAMILIAR EXTENDIDO O RESTRINGIDO POR NECESIDADES DEL PACIENTE (Valoración por equipo de enfermería):			
INCIDENCIAS EN EL ACOMPANAMIENTO FAMILIAR:			

ANEXO 16. PC.02 Estabilización del paciente

 GENERALITAT VALENCIANA <small>GOVERN DE LES ILLES BALEARS - GOVERN DE MURCIA</small> SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA	PC-02 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCIQ
---	--

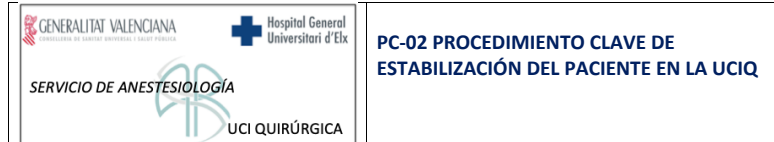
PC-02 PROCEDIMIENTO CLAVE ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCIQ

Control de la modificaciones

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Ana Pérez Carbonell Jaime Miralles Sancho Paco Martínez Peñuela	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha - 10-09-18	Fecha - 10-09-18	Fecha - 10-09-18

Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Departamento de salud de Elche, al Servicio de Anestesiología , Reanimación y Tratamiento del Dolor , quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso autorizado por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones vigentes aquellas que estén a disposición en el repositorio documental informático.

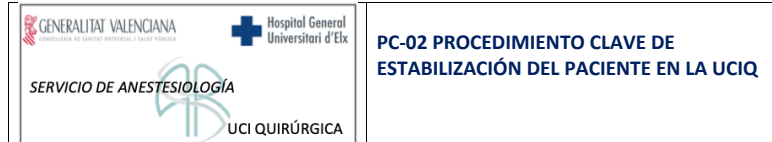


- 1.- Objeto y Alcance
- 2.- Referencias normativas y definiciones.
- 3.- Desarrollo
- 4.- Responsabilidades
- 5.- Indicadores
- 6.- Registros.
- 7.- Anexos.

1.- Objeto y Alcance

PC 02 V01

Página 2 de 18



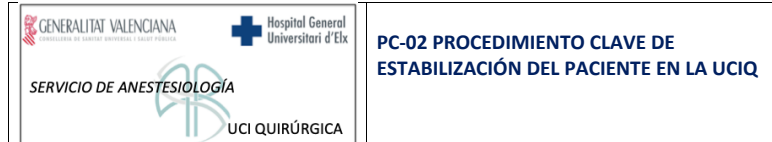
El objeto de este proceso es describir el proceso de estabilización del paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos.

El paciente crítico es, sin duda, uno de los más complejos de manejar, tanto en lo referente al diagnóstico como al tratamiento. La necesidad de tomar decisiones con una repercusión inmediata en el pronóstico vital y funcional del enfermo hace que sea totalmente necesario la protocolización sistemática de todos los procesos relativos a la estabilización del paciente.

Para ello, la UCIQ pretende estandarizar dichos procedimientos en base a unas condiciones específicas y comunes de las diferentes especialidades quirúrgicas, con el fin de prestar un servicio de calidad al paciente, basándose en el conocimiento de los profesionales implicados y en la evidencia científica que demuestra la mejor forma de manejar a estos pacientes.

Por lo tanto, el objetivo primordial de este proceso es documentar las diferentes actividades y sus interrelaciones, teniendo en cuenta las diferencias de manejo inherentes a la propia especialidad quirúrgica, que bajo el criterio de los profesionales cualificados, serán la base de los cuidados prestados al paciente crítico.

La complejidad y gravedad de los pacientes, las múltiples interacciones que se presentan entre el paciente y los diferentes profesionales y auxiliares, la frecuencia de procedimientos que se realizan como apoyo al diagnóstico y procedimientos terapéuticos invasivos y no invasivos, la utilización de múltiples medicamentos, el estrés y la fatiga, la necesidad de una comunicación continua y estrecha entre los diferentes actores de la prestación del servicio y entre familiares, entre otros, hacen que los pacientes críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para la ocurrencia de diferentes eventos adversos.



Por ello, la seguridad del paciente es la base sobre la que se sustentan todos los cuidados prestados sobre el paciente crítico, por lo que, la UCIQ despliega todos los medios a su alcance, para que de forma proactiva, puedan detectarse y evitarse toda forma de error que pueda influir de forma negativa en la estabilización del paciente crítico.

El inicio de este proceso empieza con el fin de la evaluación inicial del paciente y termina cuando el paciente, dentro de su gravedad o limitaciones, se considera estable y apto para seguimiento, y la aplican todos los profesionales implicados en las diferentes actividades del mismo (facultativos, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores).

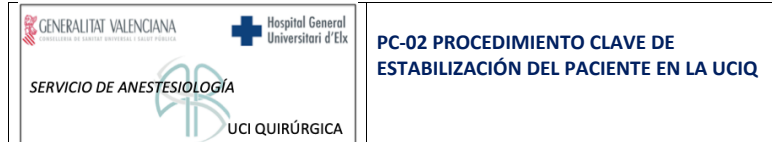
El alcance de este procedimiento se refiere a todo lo relacionado con la monitorización, tratamiento y cuidados del paciente durante las primeras 24 horas de su ingreso en la unidad.

Se trata de establecer un plan de actuación para las próximas horas que permita la correcta evolución del paciente y basado en el protocolo de actuación de cada uno de los procedimientos quirúrgicos que ingresan en la unidad.

Dos son los objetivos fundamentales:

1. Favorecer una recuperación rápida y de calidad
2. Reducir la incidencia de complicaciones

2.- Referencias normativas y definiciones.



Referencias normativas:

Definiciones:

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

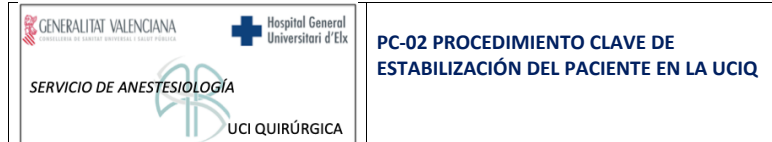
PACIENTE QUIRÚRGICO: consideramos paciente quirúrgico a todo aquel que tiene un diagnóstico que requiere de una intervención quirúrgica para su tratamiento, tanto si ésta se ha realizado como si está pendiente de la misma. Es decir, englobamos al paciente durante todo el periodo perioperatorio.

PROCESO QUIRÚRGICO: patología para cuyo tratamiento se precisa de la realización de una intervención quirúrgica, que puede ser mayor o menor.

PACIENTE CRÍTICO: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

APOYO VITAL: es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Cada técnica de apoyo vital puede ser o no aplicada en cada paciente. Ejemplo de técnica de apoyo vital: la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico.

VENTILACIÓN MECÁNICA: es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos



inspiratorios. No es una terapia, es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.

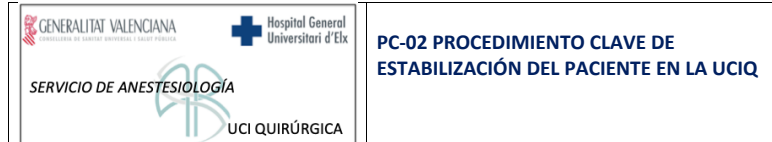
SOPORTE HEMODINÁMICO: terapia farmacológica y/o mecánica para servir de ayuda temporal a la función cardiovascular, cuyo objetivo principal será siempre asegurar la perfusión de todos los órganos vitales y tejidos. Incluye la monitorización continua invasiva o no de la función cardiovascular como terapia preventiva.

COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA: aquella que viene provocada de forma directa por la técnica quirúrgica aplicada. Las mas frecuentes son las hemorragias, infección de la herida, dehiscencia de sutura, y abscesos del lecho quirúrgico.

COMPLICACIÓN ANESTÉSICA: aquella derivada del uso de los fármacos necesarios para la anestesia, así como del manejo de la vía aérea y de la inserción de vías y catéteres. La mas frecuente es la hipoventilación e hipoxemia.

COMORBILIDAD: situación clínica del paciente, previa a la intervención, que favorece la aparición de complicaciones en el postoperatorio. Destacan por su prevalencia y relevancia clínica: HTA, diabetes, ACV, eventos cardiacos previos, ascitis, diálisis, disnea, EPOC.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA: el riesgo que tiene un paciente de tener complicaciones postoperatorias se puede establecer de manera intuitiva, como los grados de la ASA, o bien por sistemas objetivos de puntuación. A pesar de lo subjetivo de la clasificación ASA, esta dispone de una gran aceptación, sin embargo, su mayor inconveniente es que no reconoce el riesgo intrínseco de la intervención que se le va a realizar cuando el perfil de riesgo del paciente es altamente dependiente del tipo concreto de cirugía (no tiene el mismo riesgo

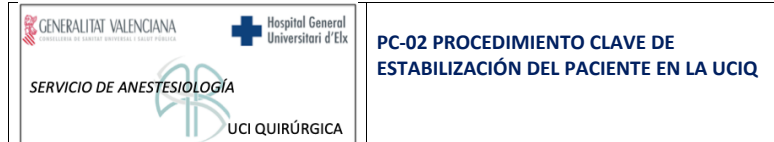


una fístula anal que una esofagectomía). Por todos estos motivos, se precisa de un sistema objetivo de medición del riesgo. Los sistemas de evaluación del riesgo en cirugía se utilizan para estimar de una manera estandarizada la posibilidad de desarrollar complicaciones postoperatorias para un paciente determinado o una población concreta.

ESCALA POSSUM: La escala POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity), que está orientada específicamente a pacientes quirúrgicos, está siendo ampliamente utilizada para predecir la mortalidad y la morbilidad en gran variedad de procesos quirúrgicos, además de ser una herramienta útil para la comparación (entre hospitales, servicios o cirujanos) por riesgo ajustado. (ANEXO I)

CLASIFICACIÓN DE CLAVIEN-DINDO: es el sistema de clasificación de las complicaciones mas ampliamente utilizado, descrita en 2004 y reevaluada y modificada en 2009. Cataloga las complicaciones por su severidad basado en el tratamiento aplicado para corregir respectivamente cada complicación y las captura en cinco grados, que reflejan comprensiblemente la magnitud de cada complicación. (ANEXO II)

3.- Desarrollo



Una vez finalizado el ingreso y la evaluación inicial del paciente, comienza el proceso de estabilización, donde se pondrán en marcha todos los mecanismos que conducen a dicha estabilización.

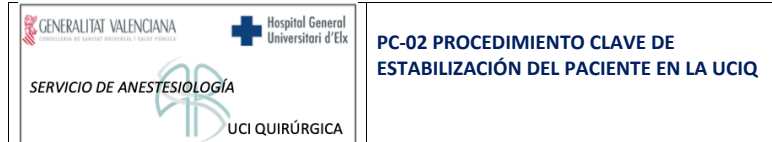
El proceso de estabilización cuenta con el desarrollo documentado de todos los procedimientos implicados en los que son partícipes los facultativos, personal de enfermería, auxiliares y celadores. Estos procedimientos se van a desarrollar en formato protocolo teniendo en cuenta el sistema afectado del paciente (hemodinámica, respiratorio, etc) además de clasificarse simultáneamente por especialidades quirúrgicas (neurocirugía, traumatología, etc).

CLASIFICACIÓN POR SISTEMAS

- Hemodinámico, RCP
- Sepsis y shock séptico
- Disfunción multiorgánica
- Mantenimiento del donante de órganos y explantes.
- Respiratorio, daño pulmonar y distrés respiratorio.
- Politrauma
- Neurológico
- Renal
- Digestivo (función hepática, intestinal, nutrición, drenajes)

CLASIFICACIÓN POR ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

- Cirugía mayor abdominal (ginecológica, hepato-pancreática, esófago-gástrica)
- Cirugía oncológica (HIPEC)
- Cirugía vascular mayor
- Cirugía urológica mayor
- Neurocirugía



- Traumatología compleja (columna)
- Obstetricia (complicaciones obstétricas, pre-eclampsia, síndrome de HELLP, etc)

La valoración será individual, y se aplicaran los cuidados propios de la Unidad además el específico del procedimiento quirúrgico realizado, y que estará establecido en los protocolos por especialidad quirúrgica (ANEXO III)

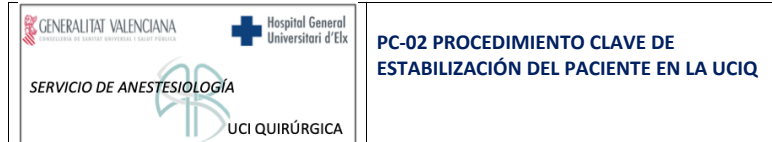
En esta fase los aspectos clave y que por lo tanto dirigen la base de estos protocolos son:

1. Control y alivio del dolor
2. Profilaxis tromboembólica indicada
3. Profilaxis de la úlcera de estrés
4. Profilaxis antibiótica
5. Fluidoterapia
6. Régimen terapéutico
7. Medidas especiales

Control y alivio del dolor: para el control adecuado del dolor es imprescindible su medición, motivo por el cual en la gráfica de enfermería debe figurar la puntuación EVA cada 6 horas. El tratamiento puede ser intravenoso y/o con bloqueo loco-regional.

Los fármacos intravenosos en perfusión continua seguirán las pautas de dilución y dosificación de la farmacoteca de la unidad.

Profilaxis tromboembólica: El tromboembolismo pulmonar, en países desarrollados, es una de las causas más frecuentes de muerte en pacientes hospitalizados; constituye una complicación aguda de la trombosis venosa profunda, la cual es prevenible y, por lo tanto, es una causa de muerte evitable. Actualmente, aunque disponemos de métodos muy eficaces para prevenir esta enfermedad, no hay conciencia en la práctica médica que la profilaxis debe realizarse en forma sistemática en los pacientes de riesgo. Por lo tanto lo



prioritario en este sentido, es estratificar el riesgo de los pacientes para poder tomar las medidas preventivas que correspondan a cada caso. En la consulta de preanestesia se deberá, mediante un programa Excel diseñado para medir el riesgo de desarrollar TVP, estratificar el riesgo del paciente y pautar las medidas profilácticas indicadas para cada caso (mecánicas, farmacológicas, etc)

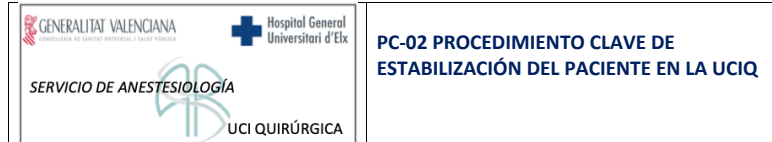
En su defecto se realizará tras el ingreso del paciente en la unidad (ANEXO IV)

Profilaxis de la úlcera de estrés: El paciente críticamente enfermo puede desarrollar erosiones gástricas y, en ocasiones, úlceras por estrés con sangrado gastrointestinal grave que puede ser fatal. Los factores de riesgo más importantes son el fallo respiratorio y las coagulopatías. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) o los antagonistas de receptores H2 (H2RA) se utilizan en la profilaxis de sangrado por úlceras de estrés. Se ha mostrado que la alimentación enteral temprana reduce el riesgo de sangrado por úlceras de estrés, aunque solo en estudios retrospectivos. Es importante destacar que la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos por sí sola no justifica la profilaxis. Esta terapia lleva asociada efectos adversos entre los que destaca un riesgo aumentado y precoz de la aparición de neumonía, facilitando el sobre crecimiento bacteriano a nivel gástrico. Para ello utilizaremos la recomendaciones para profilaxis de úlceras por estrés de la American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) (ANEXO V)

Profilaxis antibiótica: según los diferentes protocolos de profilaxis quirúrgica establecidos por los servicios quirúrgicos y aprobados por la comisión de infecciones de nuestro Departamento.

Fluidoterapia: desde la incorporación del concepto de terapia dirigida por objetivos, el manejo de la fluidoterapia se debe realizar en base al objetivo de mejora del VS y de la perfusión tisular, individualizando su manejo en base a las condiciones previas del paciente y al procedimiento quirúrgico realizado.

Para establecer una fluidoterapia de mantenimiento, cuyo objetivo es mantener




la homeostasis del organismo, se debe hacer en base a dos consideraciones:

- *las necesidades de agua y sodio que necesita el paciente.* La fluidoterapia debe ser ajustada a cada paciente en función de su natremia, que debería constar en todo paciente hospitalizado al que se vaya a pautar sueroterapia, evitando el riesgo de hiponatremia como principal complicación, debido a los numerosos estímulos no osmóticos de secreción de ADH que se producen en estos pacientes, como son la depleción de volumen, las náuseas, los vómitos, el dolor o el estrés, las enfermedades respiratorias y neurológicas, así como la toma de diferentes fármacos. Se hace necesario conocer y tratar las alteraciones del sodio dado que la hiponatremia es la alteración electrolítica más frecuente en el paciente quirúrgico (ANEXO VI)

La norma general de fluidoterapia a un ritmo de 1500 ml/m²/día con suero salino al 0,9% no es válida para todas las circunstancias, ya que puede ocasionar una sobrecarga de volumen como complicación más importante. En aquellas situaciones en las que la capacidad para excretar agua y sodio está alterada, se necesita restricción de agua y sodio, como ocurre en el postoperatorio inmediato y los pacientes inmovilizados y en ventilación mecánica.

El Ringer Lactato es ligeramente hipotónico respecto al plasma por lo que no está recomendado como fluidoterapia de mantenimiento. En su lugar se prefiere soluciones balanceadas como Isofundin o suero salino al 0,9%.

- *Los requerimientos calóricos:* se calculan en función del gasto metabólico del paciente, que depende de la edad, la actividad física y la temperatura. Se debe aportar **glucosa** para minimizar la degradación proteica como fuente de energía y evitar la cetosis. La concentración de glucosa recomendada es de **5 g/100 kcal**, lo que corresponde a un 20% del gasto energético diario estimado.

	<p>PC-02 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>
---	---

Régimen terapéutico: consta del tratamiento postoperatorio estándar para los diferentes procedimientos quirúrgicos, que facilitan la recuperación postoperatoria y previenen las complicaciones más frecuentes incluyendo las infecciones de la herida quirúrgica. De manera individualizada se indicará el tratamiento habitual del paciente que precisa ser continuado tras la intervención quirúrgica.

Medidas especiales: todas aquellas medidas diferentes a las generales de un paciente postoperado. Se incluyen medidas especiales de fisioterapia respiratoria, posición del paciente, movilización especial, etc...

5.- Indicadores

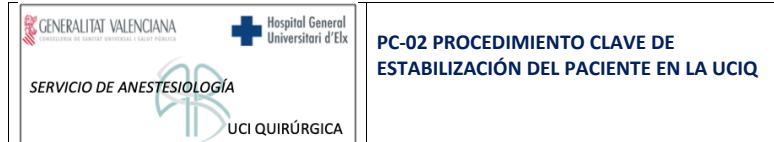
Adecuación de la tromboprofilaxis farmacológica

<p>5a. Adecuación de la Profilaxis tromboembólica farmacológica</p>
<p>Fórmula de cálculo: Pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis farmacológica con profilaxis tromboembólica correcta x 100/ Pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis.</p>
<p>Aclaraciones: Pacientes con indicación de profilaxis como indica el protocolo. Profilaxis tromboembólica: es la indicada en el protocolo.</p>
<p>Periodo de estudio: Desde intervención quirúrgica hasta el alta hospitalaria.</p>
<p>Criterios de inclusión en el numerador: Casos con intervención (GRD tipo quirúrgico) e indicación de profilaxis tromboembólica. Tipo de ingreso programado</p>
<p>Denominador: Todos los casos de ingreso con intervención (GRD tipo quirúrgico), indicación de tromboprofilaxis farmacológica y tipo de ingreso programado.</p>
<p>Tipo de indicador: Indicador de proceso</p>
<p>Frecuencia de entrega de resultados: Basal y final (Intermedia opcional)</p>

Adecuación del tratamiento de la úlcera de estrés

Pacientes intervenidos de cirugía mayor y tratamiento profiláctico de la úlcera de estrés correcto x 100/ pacientes intervenidos de cirugía mayor con indicación de tratamiento profiláctico de la úlcera de estrés

Incidencia de hiponatremia durante la fluidoterapia de mantenimiento:



Casos detectados de hiponatremia durante las 24 de ingreso x100/ todos los pacientes ingresados con fluidoterapia y sin soporte nutricional artificial inicial.





6.- Registros.

Hoja de ingreso y tratamiento de la UCI quirúrgica

7.- Anexos

PC 02 V01

Página 13 de 18

 <p>GENERALITAT VALENCIANA GOBIERNO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA</p>	 <p>Hospital General Universitari d'Elx</p>	<p>PC-02 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>
 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</p>		
 <p>UCI QUIRÚRGICA</p>		

Anexo I- Escala POSSUM

TABLA 2. Sistema POSSUM

Puntuación	1	2	4	8
Variables fisiológicas				
Edad	< 60	61-70	> 70	-
Sistema cardiaco	No	Fármacos	Edema, cardiopatía	Cardiomegalia
Sistema respiratorio	-	EPOC	EPM	Grave
PAS	110-129	130/170 o 10/9	> 170 o 90-99	< 90
Pulso	50-80	81-100 o 40-49	101-120	> 120 o < 40
Glasgow	15	12-14	9-11	< 9
Urea (mmol/l)	< 7,5	7,5-10	10,1-15	> 15
Sodio	> 136	131-135	126-130	< 126
Potasio	3,5-5	3,1-3,4/5,1-5,3	2,9-3,1/5,4-5,9	< 2,9 o > 5,9
Hemoglobina (g/l)	13-16	11,5-12,9/16,1-17	10-11,4/17,1-18	< 10 o > 18
Leucocitos	4-10.000	10,1-20/3,1-3,9	> 20 o < 3,1	-
ECG	Normal	-	F.A. Contr.	Otro
Variables quirúrgicas				
Grav. quir.	Menor	Moderada	Mayor	Mayor +
N.º interv. quir.	1	2	> 2	-
Transf. (µl)	< 100	101-500	501-1.000	> 1.000
Exudado peritoneal	No	Seroso	Pus local	Peritonitis difusa
Malignidad	No	Tumor localizado	Adenopatías	Metástasis
Tipo de cirugía	Programada	-	Urgente rescus. posible	Urgencia inmediata




ECG: electrocardiograma; EPM: enfermedad pulmonar moderada; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; Grav. quir.: gravedad de la cirugía; N.º interv. quir.: número de intervenciones quirúrgicas; PAS: presión arterial sistólica; POSSUM: Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity; rescus.: reanimación previa a cirugía; Transf.: transfusión sanguínea.

Anexo II – Clasificación de Clavien-Dindo

Grade	Definition
Grade I	Any deviation from the normal postoperative course without the need for pharmacological treatment or surgical, endoscopic, and radiological interventions Allowed therapeutic regimens are: drugs as antiemetics, antipyretics, analgetics, diuretics, electrolytes, and physiotherapy. This grade also includes wound infections opened at the bedside
Grade II	Requiring pharmacological treatment with drugs other than such allowed for grade I complications Blood transfusions and total parenteral nutrition are also included
Grade III	Requiring surgical, endoscopic or radiological intervention
Grade IIIa	Intervention not under general anesthesia
Grade IIIb	Intervention under general anesthesia
Grade IV	Life-threatening complication (including CNS complications)* requiring IC/ICU management
Grade IVa	Single organ dysfunction (including dialysis)
Grade IVb	Multiorgan dysfunction
Grade V	Death of a patient
Suffix "d"	If the patient suffers from a complication at the time of discharge (see examples in Table 2), the suffix "d" (for "disability") is added to the respective grade of complication. This label indicates the need for a follow-up to fully evaluate the complication.

*Brain hemorrhage, ischemic stroke, subarachnoidal bleeding, but excluding transient ischemic attacks.
CNS, central nervous system; IC, intermediate care; ICU, intensive care unit.

Anexo III- Tratamiento postoperatorio por procedimiento quirúrgico

 GENERALITAT VALENCIANA <small>GOVERN DE LES ILLES BALEARS - GOVERN DE VALENCIA</small> SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  UCI QUIRÚRGICA	 Hospital General Universitari d'Elx	PC-02 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCIQ
--	---	--

 ANESTESIOLOGÍA
REANIMACIÓN
TRATAMIENTO DEL DOLOR





Hospital General
Universitari d'Elx

TÍTULO
autores

PREOPERATORIO	ASPECTOS CLÍNICOS		
	TRATAMIENTO		
	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		

INTRAOPERATORIO	ANESTESIA		
	CIRUGÍA		


POSTOPERATORIO		CUIDADOS GENERALES	MEDICACIÓN
	TRATAMIENTO		
	ANALGESIA		
	FLUIDOTERAPIA		
	MEDIDAS ESPECIALES		

 GENERALITAT VALENCIANA <small>GOBIERNO DE LAS ILIAS VALENCIANAS</small> SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  UCI QUIRÚRGICA	 Hospital General Universitari d'Elx	PC-02 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCIQ
--	---	--

Anexo IV- Clasificación del riesgo trombótico

Cuál es el RIESGO TROMBOEMBÓLICO de su paciente?*

Evaluación (Puntúe con 1,2,3 ó 5 según la casilla simple, doble, triple o quintuple)



Simple	Doble	Triple	Quíntuple
Edad 41-60 años <input type="checkbox"/>	Edad >60 años <input type="checkbox"/>	Antecedentes de TVP/EP <input type="checkbox"/>	Artroplastia de rodilla <input type="checkbox"/>
Cirugía menor <input type="checkbox"/>	Neoplasia <input type="checkbox"/>	Infarto miocárdio <input type="checkbox"/>	Fractura de cadera <input type="checkbox"/>
Embarazo o postparto (<1mes) <input type="checkbox"/>	Cirugía mayor (>45min) <input type="checkbox"/>	Insuf. Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/>	Poli-traumatismo <input type="checkbox"/>
Vena varicosa <input type="checkbox"/>	Cirugía laparoscópica (>45min) <input type="checkbox"/>	Sepsis / Infección <input type="checkbox"/>	
Enfermedad inflamatoria intestinal <input type="checkbox"/>	Encamamiento >72 hrs <input type="checkbox"/>	Trombofilia heredada <input type="checkbox"/>	
Obesidad (>20% peso ideal) <input type="checkbox"/>	Inmovilización con escayola <input type="checkbox"/>	Trombofilia adquirida <input type="checkbox"/>	
Anticonceptivos orales <input type="checkbox"/>	Acceso venoso central <input type="checkbox"/>		

Puntuación total:

Puntuación	Riesgo	Profilaxis recomendada ⁽¹⁾
0-1	BAJO	Sin medidas específicas. Deambulación precoz
2	MODERADO	Compresión Neumática Intermitente (CNI) o Medias de Compresión Graduadas (MCG) o Heparina No Fraccionada (HNF) (12h) o Heparina Bajo Peso Molecular (HBPM)
3-4	ALTO	CNI + MCG o MCG + HNF o MCG + HBPM o
≥5	MUY ALTO	CNI + MCG + HBPM o CNI + MCG + HNF o CNI + MCG + Dosis Ajustada Heparina

* Proporcionado por Tyco Healthcare (próximamente COVIDIEM) como soporte educacional
 (1) GP Claggett et al; Prevention of Venous Thromboembolism, CHEST 1998
 1997 International Consensus Statement: Prevention of Venous Thromboembolism, Guidelines according to Scientific Evidence.
 JE Caprini, JJ Arcelus et al; Clinical Assessment of Venous Thromboembolism Risk in Surgical Patients. Seminars in Hemostasis 1991.

Anexo V- Profilaxis de la úlcera de estrés

 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</p>  <p>Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-02 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>
--	---

Población:

Pacientes quirúrgicos o en tratamiento médico no críticos No se recomienda profilaxis


Usar profilaxis en pacientes críticamente enfermos con uno de los siguientes:

Coagulopatía (plaquetas <50000 mm³ INR* >1,5)
 Ventilación mecánica >48 horas
 Historia de ulceración o hemorragia gastrointestinal dentro del 1 año de admisión
 Glasgow <10
 Herida térmica >35% del área de superficie corporal
 Hepatectomía parcial
 Puntuación de trauma >16
 Trasplante hepático o renal
 Herida del cordón espinal
 Falla hepática

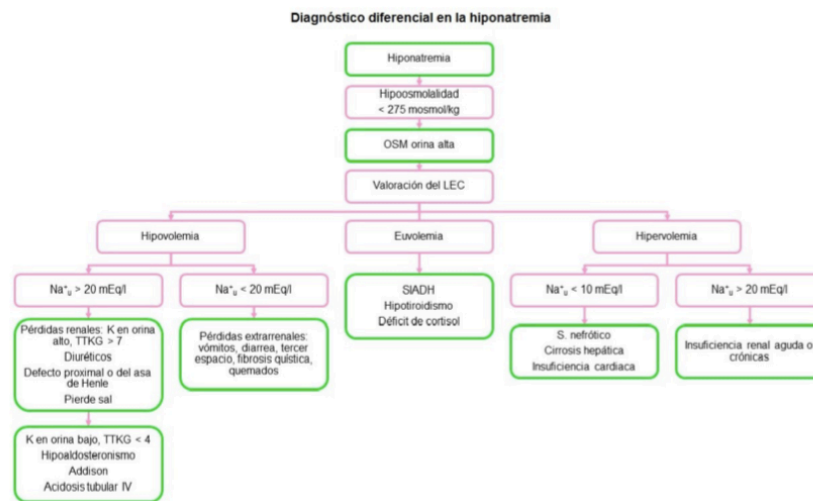
Usar profilaxis si el paciente presenta dos o más de los siguientes:

Sepsis
 Estancia en UCI** mayor a 1 semana
 Sangrado oculto que dura al menos 6 días
 Dosis altas de corticoides (>250 mg/d de hidrocortisona o equivalente a este)



Tabla 1. Recomendaciones para profilaxis de úlceras por estrés de la American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) (31)

 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-02 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>
---	---

Anexo VI- Diagnóstico diferencial de las hiponatremias



ANEXO 17. PC.03 Seguimiento del paciente

 GENERALITAT VALENCIANA <small>CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSITAT I SALUT PÚBLICA</small> SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA	PC-03 PROCEDIMIENTO CLAVE SEGUIMIENTO
---	---------------------------------------





PC-03 PROCEDIMIENTO CLAVE: SEGUIMIENTO

Control de la modificaciones

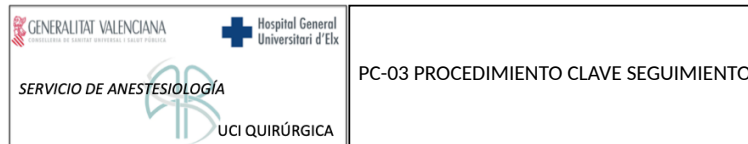
VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA
1		18/09/18
2	Adaptación a sistema Orion Clinic Inclusión de Checklist en Macros de Orion Clinic Inclusion de pase de guardia a las 23h Inclusión de extracción de analíticas a las 07:00h Inclusión en programa ENVIN	20/1/20

Realizado	Revisado	Aprobado
Jaime Miralles Sancho	Coordinador Sistema Gestión de Calidad	Responsable Sistema Gestión de Calidad
Fecha – 20/01/20	Jaime Miralles Sancho Marga Úbeda Fecha – 20/01/20	Ana Pérez Carbonell Fecha – 20/01/20

Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Departamento de salud de Elche, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso autorizado por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones vigentes aquellas que estén a disposición en el repositorio documental informático.

 <p>GENERALITAT VALENCIANA <small>GOBIERNO DE SANIDAD UNIVERSITARIA Y SALUD PÚBLICA</small></p>  <p>Hospital General Universitari d'Elx</p>  <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</p>  <p>UCI QUIRÚRGICA</p>	PC-03 PROCEDIMIENTO CLAVE SEGUIMIENTO
---	---------------------------------------

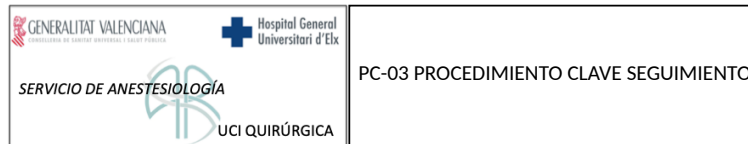
- 1.- Objeto y Alcance
- 2.- Referencias normativas y definiciones
- 3.- Desarrollo
- 4.- Responsabilidades
- 5.- Indicadores
- 6.- Registros
- 7.- Anexos



1. OBJETO Y ALCANCE

El procedimiento describe la sistemática empleada por la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos para la valoración y tratamiento del paciente crítico en los días siguientes al ingreso en la unidad.



El alcance de este procedimiento se refiere a todo lo relacionado con la monitorización y cuidados del paciente durante su estancia en la unidad y a la evaluación de su estado general mediante la exploración física, la evaluación por aparatos y la valoración de las pruebas complementarias realizadas para establecer un plan de actuación para las próximas horas o días que incluya la instauración o ajuste de las medidas de soporte, el establecimiento de unas pautas de tratamiento y la solicitud de nuevas pruebas complementarias.



2. REFERENCIAS NORMATIVAS Y DEFINICIONES




2.1. Referencias Normativas

1. Evidence Based Critical Care Medicine – Paul Marik (libro)
2. Winters BD, Gurses AP, Lehmann H, Sexton JB, Rampersad CJ, Pronovost PJ.. Clinical review: checklists - translating evidence into practice. *Crit Care*. 2009;13(6):210. doi: 10.1186/cc7792. Epub 2009 Dec 31.
3. Vincent WR 3rd, Hatton KW. Critically ill patients need "FAST HUGS BID" (an updated mnemonic). *Crit Care Med*. 2009 Jul;37(7):2326-7; author reply 2327. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181aabc29.
4. Curiel Balsera E, Joya Montosa C, Trujillo García E, Martínez González MC, Molina Díaz H. [Daily evaluation of the FASTHUG protocol and short-term outcomes]. *Med Intensiva*. 2014 Aug-Sep;38(6):393-4. doi: 10.1016/j.medin.2013.09.002. Epub 2013 Nov 4.
5. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*. 2003 Jun; 18(2):71-5.
6. Metkus TS, Kim BS. Bedside Diagnosis in the Intensive Care Unit. Is Looking Overlooked? *Ann Am Thorac Soc*. 2015 Oct;12(10):1447-50. doi: 10.1513/AnnalsATS.201505-271OI.
7. Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT, et al. [Confusion Assessment Method for diagnosing delirium in ICU patients (CAM-ICU): cultural adaptation and validation of the Spanish version]. *Med Intensiva*. 2010 Jan-Feb;34(1):4-13. doi: 10.1016/j.medin.2009.04.003. Epub 2009 Oct 12.
8. Gawande A: The checklist: if something so simple can transform intensive care, what else can it do? *New Yorker*. 10 December 2007; *Annals of Medicine* section:1-8.

 GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA	PC-03 PROCEDIMIENTO CLAVE SEGUIMIENTO
--	---------------------------------------

2.2. Definiciones

- Seguimiento: El seguimiento del paciente se refiere a la evaluación realizada de forma sistemática por el facultativo al cargo, con el fin de conocer la situación clínica del paciente, apoyándose en los resultados obtenidos de la observación de las constantes vitales, la exploración física y pruebas complementarias solicitadas para ese día, de cara a actualizar el tratamiento y establecer un plan de actuación para las próximas horas o días.
- Checklist o Lista de comprobación: es una herramienta de ayuda en el trabajo diseñada para reducir los errores provocados por los potenciales límites de la memoria y la atención en el ser humano. Ayuda a asegurar la consistencia y exhaustividad en la realización de una tarea.
- SOFA: acrónimo en inglés de Sequential Organ Failure Assessment score. Es utilizado para seguir el estado del paciente durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Otorga puntuaciones de 0 a 4 en 6 apartados, respiratorio, coagulación, hígado, cardiovascular, SNC y renal, brindando datos dinámicos y de evolución.
- CAM-ICU: Escala de valoración de la confusión en las unidades de cuidados intensivos desarrollado y validado por Ely et al, y traducido y validado en castellano por Tobar et al.
- Escala RASS: escala para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos. Consiste en un método en el que se utilizan tres pasos claramente definidos que determinan una puntuación que oscila -5 a +4
- Escala de Coma de Glasgow (GCS): Escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de consciencia, creada como una herramienta de valoración objetiva del estado de consciencia para las víctimas de traumatismo craneoencefálico, pero su precisión y relativa sencillez extendieron posteriormente su aplicación a otras patologías traumáticas y no traumáticas.
- Escala AKIN: proyecto de la Red de la Lesión Renal Aguda (Acute Kidney Injury Network - AKIN) que desarrolló normas uniformes para la definición y clasificación de lesión renal aguda.

 GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  Hospital General Universitari d'Elx  UCI QUIRÚRGICA	PC-03 PROCEDIMIENTO CLAVE SEGUIMIENTO
---	---------------------------------------

3. DESARROLLO

La clave del éxito de las unidades de cuidados intensivos son el trabajo en equipo entre los diferentes estamentos y el abordaje al paciente sistemático, disciplinado y organizado. Este procedimiento clave pretende ser una guía para la valoración general del paciente, que reduzca la variabilidad y que minimice los errores.

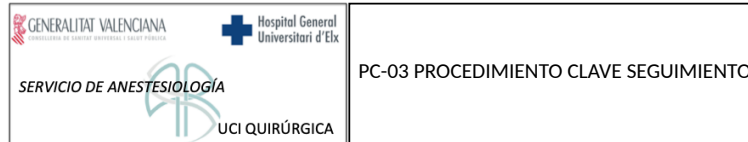
El esquema genérico para la valoración de los paciente comprenderá los siguientes pasos:

1. Revisión de eventos en las últimas 24h.
2. Exploración diaria
3. Datos de laboratorio relevantes
4. Revisión de la medicación
5. Evaluación general.
6. Plan

4.1.- REVISIÓN DE EVENTOS DE LAS ÚLTIMAS 24h

PASE DE GUARDIA

PASE DE GUARDIA El día a día de la unidad comienza con el pase de guardia. Los facultativos se reunirán a las 8:20h en el despacho de Anestesiología y Reanimación. A este pase de guardia deberán acudir como mínimo el equipo que sale de guardia, el equipo que entra de guardia, y los facultativos y residentes asignados a la unidad ese día. El equipo que sale de guardia debe traer al despacho las gráficas de enfermería de las últimas 24h de todos los pacientes ingresados, y deberá imprimir las analíticas extraídas a las 07:00h de la mañana por el equipo de enfermería de noches. Se dispondrá de las gráficas de enfermería desde las 8:20h hasta las 09:00h. Con toda esta información, se comentarán uno por uno todos los pacientes, realizando un pequeño resumen de sus antecedentes, la historia de su ingreso y los cambios ocurridos durante las últimas 24 horas. Posteriormente, se realiza un pase de guardia junto a enfermería y auxiliares de enfermería a pie de cama de cada uno de los pacientes, para establecer en la medida de los posible unos objetivos diarios o un plan aproximado. A este pase acudirán los facultativos y residentes asignados a la unidad ese día y el personal de enfermería de ese día. En el pase de guardia se actualizará el



registro de factores de riesgo del ENVIN con los datos de la cabecera del pase de guardia. Estos datos son: Pacientes nuevos, Pacientes ingresados, Pacientes con antibiótico, Multirresistentes, Aislados, Vía aérea, Sondaje vesical, Catéter arterial, Vía central.

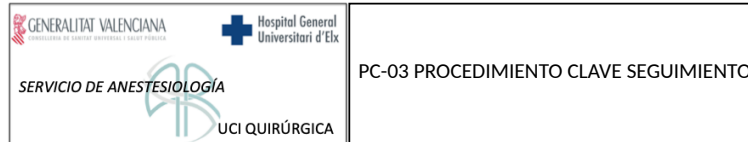
RELEVO DE ENFERMERÍA

El relevo de enfermería se da entre la enfermera que ha estado al cargo del paciente y la enfermera que va a llevar al paciente durante el próximo turno. Consiste en un repaso breve de la situación general del paciente en el que se comentan los antecedentes más importantes, la situación que motiva el ingreso, el soporte de órganos que necesita el paciente, la medicación que se está administrando, la pauta en la que debe administrarse, las perfusiones que necesita, los dispositivos externos y como manejarlos, los problemas que ha padecido el paciente durante el turno anterior y como se han solucionado, las necesidades de manejo de vía aérea, las necesidades de posicionamiento, etc. De esta forma se pretende dar una idea general del paciente para mantener la continuidad de los cuidados.

4.2.- EXPLORACIÓN DIARIA

La valoración del paciente crítico es compleja, requiere de integrar múltiples datos extraídos de la exploración física, de las constantes vitales, de la monitorización empleada, de los resultados analíticos, y de los valores de los dispositivos de soporte vital, por lo que debe ser sistemática para no olvidar ningún aspecto. Para facilitararlo, se ha diseñado un Checklist, que deberá completar el médico responsable del paciente, para garantizar que ningún aspecto importante se ha olvidado.

En primer lugar hay que asegurarse de conocer los datos de filiación del paciente, el diagnóstico con el que se ha ingresado, la intervención quirúrgica que se ha realizado (si se ha realizado) y los antecedentes patológicos más importantes, ya recogidos en la historia de ingreso. Además de conocer cuál ha sido la evolución del paciente durante su ingreso hospitalario y en la unidad. Tras este breve repaso conviene hacerse unas preguntas clave en cuanto a la seguridad del paciente, como: ¿que necesita el paciente para ser dado de alta? ¿Cual es el principal riesgo para su



salud? ¿Cómo se puede disminuir ese riesgo? ¿Debe ser notificado algún evento adverso?





Una vez hecho esto, pasamos a la evaluación de las constantes vitales, exploración física y valoración por aparatos, que se desarrollan a continuación.

CONSTANTES VITALES

El soporte donde se registran las constantes vitales del paciente es la hoja de enfermería, y es ahí donde el facultativo a cargo del paciente deberá revisar los signos vitales de las últimas 24 horas, tanto a los valores mínimo y máximo como actual, con especial atención a la temperatura, presión arterial sistólica y media, pulso (frecuencia y ritmo), frecuencia respiratoria, saturación arterial de oxígeno, diuresis total, balance de fluidos, dolor, conciencia y sedación/agitación. Estos son los parámetros mínimos a registrar en todo paciente crítico, a los que se pueden añadir otros como presión arterial invasiva, monitores de gasto cardíaco, presión intraabdominal, presiones de vía aérea, presión intracraneal, etc, que también se documentarán en caso de monitorizarse.

EXPLORACIÓN FÍSICA

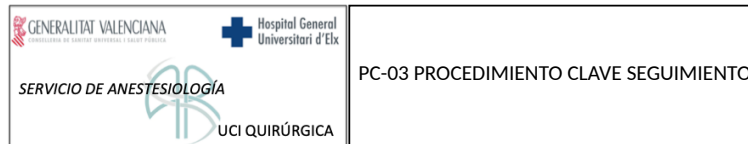
Actualmente, la opinión acerca de la exploración física en los pacientes críticos no está clara, sobre todo en la era de la tecnología, pero diversos autores consideran que a pesar de esto, sigue teniendo valor diagnóstico. A pesar de que no existe un estándar para el diagnóstico y de que no hay consenso acerca de cuales son las maniobras diagnósticas, ni que miembros del equipo deben realizar la exploración, hemos extraído del artículo de Metkus y Kim, una forma de exploración física general basada en la anatomía regional y a modo de checklist.

 <small>GENERALITAT VALENCIANA</small> <small>CONSEJO DE GOBIERNO UNIVERSITARIO Y CALIDAD EDUCATIVA</small>  <small>Hospital General</small> <small>Universitari d'Elx</small>  <small>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</small>  <small>UCI QUIRÚRGICA</small>	PC-03 PROCEDIMIENTO CLAVE SEGUIMIENTO
---	--

La tabla se traduce a continuación:

Tabla 1: Exploración física dirigida al paciente crítico.

Apariencia general	Comprobar el aspecto general, estado nutricional, nivel de confort y estado de ánimo.
Cabeza	Inspeccionar pupilas, simetría y respuesta a la luz; simetría facial. Inspeccionar narinas y orofaringe para sangrado. Observar labios, boca y lengua por si hubiera úlceras o lesiones. Asegurar tubo orotraqueal y sonda nasogástrica y sin úlceras por presión o daño en la piel. Inspeccionar dientes.
Cuello	Comprobar ingurgitación yugular. Inspeccionar los puntos de entrada de cateteres.
Tórax	Palpar por si hubiera aire subcutáneo. Inspeccionar mecánica ventilatoria, uso de músculos accesorios y movimiento diafragmático o movimiento paradójico. Auscultación cardíaca y pulmonar.
Miembros superiores	Comprobar simetría de miembros. Inspeccionar vías venosas y arteriales. Comprobar perfusión periférica y aspecto piel.
Abdomen	Observar patrón diafragmático con la respiración. Evaluar timpanismo o distensión. Palpar buscando rigidez o defensa abdominal. Buscar hepatomegalia o esplenomegalia o otras masas. Auscultar peristaltismo. Explorar aspecto y perfusión de colostomía, si hubiera.
Extremidades inferiores	Evaluar los accesos vasculares y palpar pulsos pedios. Evaluar perfusión periférica, aspecto de piel y edema periférico.
Neurológico y estado mental	Evaluar la respuesta del paciente a las órdenes, evaluar fuerza y sensibilidad de 4 miembros. Evaluar la respuesta plantar y la retirada a estímulos dolorosos. Investiga el delirium utilizando una escala validada como el CAM-ICU.
Dispositivos e incisiones	Inspección de todos los accesos de entrada, catéteres y dispositivos, incluyendo TET, accesos vasculares, tubos torácicos, sonda nasogástrica, catéter urinario, incisiones quirúrgicas. Evaluar la cantidad y características de la orina.
Posterior	Examinar al paciente cuando se le da la vuelta. Inspeccionar posibles úlceras por presión. Evaluar edema periférico en puntos declives.
Monitorización	Observar el ventilador (modo, presiones, ventilación minuto), el monitor hemodinámico (índice cardíaco, Volumen sistólico, resistencias, etc), signos vitales, y tantos sistemas de monitorización como lleve el paciente.
Resto de la habitación	Presencia y humor del paciente, de sus familiares y de los visitantes que se considere.

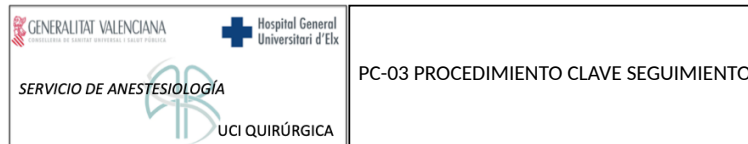


EVALUACIÓN POR APARATOS

Una vez realizada la exploración física, se anotarán todos los aspectos relevantes en la evaluación por aparatos. Aquí se integrarán todos los datos reseñables extraídos tanto de la exploración física, como de los signos vitales y de las pruebas complementarias realizadas.

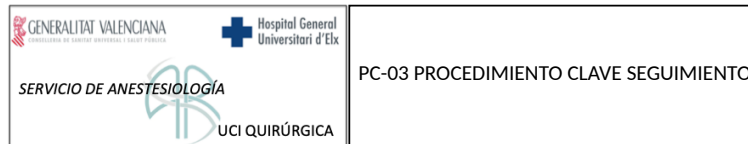
Al haber implantado el sistema de información clínica ORION CLINIC, se han desarrollado una serie de macros para que sea más cómodo y sistemático documentar la exploración por aparatos. En primer lugar hay que abrir una "Nota Médica de Evolución". Al situar el cursor en Seguimiento actual, aparecen una serie de macros en las que se ha incluido el anterior Checklist de valoración del paciente en UCI-Q. A continuación detallo cada uno de los aparatos que hay que valorar y describir con la ayuda de la macro:

- 00 - Escalas de gravedad: Calcular el SOFA del paciente al inicio de cada día.
- 01 - Constantes: Se debe documentar todas las constantes vitales del paciente, extraídas de la gráfica de enfermería, si se están midiendo. Estas son la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de O₂, la temperatura, el grado de dolor según la escala EVA, la presión venosa central, la frecuencia respiratoria, la diuresis, el balance de las últimas 24h, el débito por la sonda nasogástrica o los vómitos, y las deposiciones.
- 02 - Neurológico: Se anotarán los datos obtenidos de la exploración neurológica realizada, las escalas de valoración de la sedación y el dolor, la escala de coma de Glasgow, las constantes como la presión intracraneal si se estuviera monitorizando, y los resultados relevantes de las pruebas complementarias realizadas. También es conveniente evaluar de forma proactiva la presencia de delirio, con una escala validada para ello, como puede ser la CAM-ICU. Es conveniente recordar la necesidad de realizar una interrupción diaria de la sedación en los pacientes que no tienen contraindicación para ello, como una presión intracraneal elevada o descontrolada, o una inestabilidad hemodinámica muy grave.
- 03 - Infeccioso: En este apartado se valorará la temperatura del paciente durante las últimas 24 horas, la máxima, la mínima y la actual, se valorarán la evolución de los parámetros de sepsis, la adecuación de la antibioterapia, el tiempo con cada antibiótico, y si fuera posible, su desescalada. También hay que revisar al menos una vez al día los cultivos microbiológicos pendientes de resultado. También se valorará



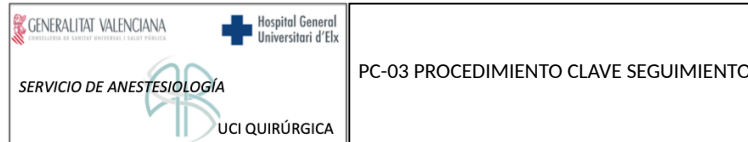
la necesidad de solicitar nuevos cultivos o cultivos de vigilancia. Se ha añadido un recordatorio de que los martes es el día en el que se van a recoger de forma programada los cultivos de vigilancia a todos los pacientes ingresados en la unidad. Se ha creado un informe externo, al cual se accede a través de la pestaña de informes / informes externos. Se llama "Informe histórico de infección", y en él se van a recoger los resultados de los cultivos extraídos al paciente durante el ingreso, los antibióticos que ha recibido durante el ingreso, con fecha de inicio y fecha de fin, los periodos de catéter venoso central y arteriales, los periodos de sonda vesical, los periodos de ventilación mecánica invasiva y no invasiva, el inicio y fin de nutrición parenteral, y el inicio y fin de nutrición enteral. El informe histórico de infección se actualizará cada día que haya cambios, pero se dejará sin firmar hasta el alta de la unidad. Cuando se hayan firmado, se adjuntará a la hoja de recogida de datos de ENVIN y se archivará en la carpeta correspondiente.

- 04 - Hemodinámico: La evaluación hemodinámica es un apartado muy amplio de la evolución diaria. Comprende desde la valoración de constantes vitales básicas como la tensión arterial y la frecuencia y ritmo cardíacos, a parámetros más avanzados que requieren monitorización como el índice cardíaco, el volumen sistólico, y los parámetros derivados de la termodilución transpulmonar como el ELWI, el GEDI y las IRVS. Además, también se debe valorar en este los accesos vasculares, especificando cuándo fueron colocados, e inspeccionando los puntos de entrada en busca de signos de infección. Si se realiza alguna exploración como ecocardiografía, se comentarán los hallazgos en el evolutivo, se detallará que se ha realizado la prueba en el apartado "Procedimientos diagnóstico-terapéuticos", y se anotará el informe de la prueba en el apartado "Exploraciones complementarias".
- 05 - Respiratorio: otro apartado de gran importancia en los pacientes críticos. Se deben evaluar constantes como la frecuencia respiratoria y la saturación arterial de oxígeno mediante pulsioximetría, así como la frecuencia respiratoria y dinámica ventilatoria. Observar la utilización de musculatura accesoria y el movimiento diafragmático, y auscultar la ventilación de ambos pulmones. También se comprobará la posición del TET y se observará la interacción del paciente con el respirador, las curvas presión-volumen y flujo-tiempo, y los parámetros del respirador, como FIO₂, presión pico, presión plateau, PEEP, relación I:E, volumen tidal, Además se valorará la gasometría arterial, el intercambio gaseoso y la relación PaO₂/FIO₂. En este apartado, es importante remarcar la importancia de plantearse la posibilidad de realizar una interrupción de la sedación, de una prueba de oxígeno en T, si son necesarias y se están realizando las medidas de prevención de



neumonía nosocomial, y si el paciente cumple criterios de destete. En este apartado, también se correlacionará con la clínica las pruebas diagnósticas realizadas, como por ejemplo, la radiografía de tórax, el TC torácico o la ecografía pulmonar.

- 06 - Renal: En este apartado valoramos los datos clínicos, como la cantidad de diuresis y aspecto de la misma en las últimas 24h, el balance hídrico, y las alteraciones analíticas de función renal e iones. Se debe calcular el aclaramiento de creatinina y establecer un diagnóstico según la escala AKIN de lesión renal si procede.
- 07 - Abdomen: Dentro de este apartado incluimos la exploración abdominal y del sistema digestivo. Se debe auscultar si existe peristaltismo, evaluar la distensión abdominal, el dolor, la presencia de masas, el hábito intestinal, la presión intraabdominal si se requiere su monitorización, y las incisiones, estomas, o drenajes si los hubiera. También se debe correlacionar con la clínica las exploraciones como la analítica o las pruebas de imagen realizadas.
- 08 - Nutrición: La valoración nutricional del paciente crítico es un aspecto de gran importancia. En nuestro servicio se lleva de forma conjunta con el servicio de Farmacia. Se deben calcular los objetivos nutricionales de forma individualizada e intentar conseguirlos preferentemente por vía enteral. En caso de que el paciente necesite una nutrición parenteral, la composición de esta será determinada por el farmacéutico asignado al puesto y complementada con las observaciones del médico responsable del paciente. Se debe destacar si el paciente ha tolerado adecuadamente la nutrición en las últimas 24 horas y progresaría en función de las necesidades.
- 09 - Hematológico: En este apartado se evaluarán las 3 series hematológicas, con especial atención a la hemoglobina, la necesidad de transfusiones y a la coagulación. En caso de determinar alguna alteración o realizar alguna exploración complementaria se explicarán en este apartado. Es importante en este apartado también calcular el riesgo trombótico del paciente. Se debe realizar al ingreso en la unidad, para determinar las terapias profilácticas a las que es candidato. Para ello se utiliza el registro interno 66 (RI 66), en la carpeta de pacientes.
- 10 - Miembros: En este apartado observamos la simetría de los miembros, la presencia de edema, de cambios en la piel, la presencia y simetría de los pulsos, temperatura, perfusión periférica y el aspecto de los catéteres intravasculares que lleve el paciente.



4.3.- DATOS DE LABORATORIO

Todos los días se extraerá una analítica básica que comprenderá al menos una evaluación de la glucosa, función renal, iones básicos (Sodio, potasio, calcio), bilirrubina total, PCR, gasometría (valorar necesidad de arterial o venosa) y hemograma. Es función del médico responsable del paciente valorar la necesidad de coagulación o de otros parámetros analíticos para el día siguiente.

Con este estudio, se puede realizar la medición del SOFA, valor que se añadirá en el resumen de la evolución diaria, de forma que se pueda ver su evolución.

4.4.- ACTUALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

Tras la valoración del paciente, hay que añadir cualquier nuevo diagnóstico que se haya detectado, y en los días siguientes se determinará si se ha resuelto o si permanece activo. Los diagnósticos que ya no están activos no se deben borrar de la lista, se escribirá el diagnóstico y se especificará que está resuelto, de este modo se podrán añadir en el informe de alta.

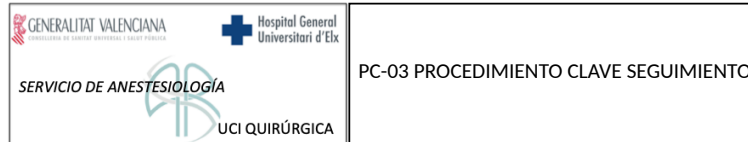
4.5.- TRATAMIENTO

Una vez se ha evaluado de forma general al paciente, se debe actualizar la hoja de tratamiento, valorando de todas las medicaciones si siguen siendo necesarias, si se deben ajustar por cambios en la función renal o hepática, o si se pueden pasar a vía oral. En esta hoja de tratamiento se pautará tanto la medicación que vaya a ser administrada, como las medidas generales, de cuidados especiales, terapias respiratorias, de monitorización, etc que se consideren necesarias.

4.6.- EVALUACIÓN GENERAL Y PLAN

Es función del médico responsable del paciente, desarrollar un plan de tratamiento con objetivos para las próximas horas o días, que será transmitido al equipo de guardia.

Al terminar la valoración completa del paciente, también se realizará un breve resumen de la evolución del paciente y las terapias aplicadas durante el día, así como del plan de actuación, y se detallará con fecha al final de la hoja de evolución. Este



resumen es el que se copiará en el apartado de evolución clínica con fecha, y que constará en la historia clínica digital del hospital (MIZAR), con lo que se entiende su importancia.

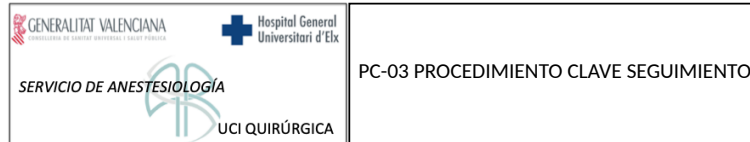
CHECKLIST

La estructura de la unidad es compleja, y un paciente puede requerir hasta 178 interacciones en un día normal. El checklist es una herramienta que permite estandarizar el proceso y asegurar que todos los elementos o acciones se desarrollan independientemente del profesional a cargo del paciente. Para ello, basándonos en diferentes checklists utilizados en otros centros, como el FAST-HUG BID, hemos diseñado un registro que cumple una doble función, es un resumen de los objetivos diarios a desarrollar en el paciente, y por otra parte sirve de checklist para comprobar que se han llevado a cabo todas las tareas pendientes. Este registro que se diseñó para la hoja de evolución anterior, se ha incluido en cada apartado de la nota de evolución actual, de forma que ya se han incluido los recordatorios pertinentes y no es necesario realizarlo en una hoja independiente como se hacía previamente.

SEGUIMIENTO A LO LARGO DEL DÍA

Una vez se ha realizado el evolutivo, se ha establecido el plan, se han comunicado los cambios a la enfermera a cargo de paciente y se ha firmado el documento en Orion Clinic, comienza el seguimiento. La enfermera a cargo del paciente contactará con el médico a cargo del paciente, o el médico de guardia para cualquier consulta respecto al tratamiento o para notificar cualquier suceso relevante.

No obstante, se establecerá una visita de rutina por parte del facultativo de guardia a las 23 h, donde se realizará un nuevo pase de guardia, para resolver todas las dudas posibles de cara a la noche.



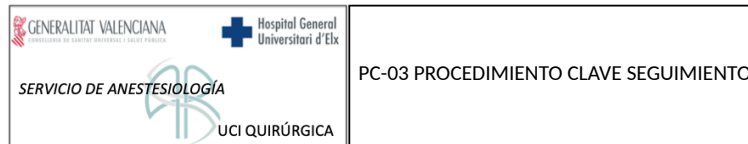
4. RESPONSABILIDADES

Facultativos

- Asistir al pase de guardia de la unidad.
- Realizar la exploración física del paciente.
- Completar la hoja de evolución del paciente en UCIQ.
- Completar el checklist de valoración del paciente ingresado en UCIQ y entregarlo al equipo de guardia.
- Actualizar el tratamiento del paciente.
- Establecer un plan de actuación para las siguientes 24 horas.
- Solicitar la analítica para el día siguiente.
- Valorar la necesidad de pruebas complementarias para el día siguiente y solicitarlas según proceda.
- Completar y firmar el informe de alta si procede.
- Transmitir el plan de actuación al equipo de guardia.

Personal de enfermería

- Asistir al relevo de enfermería
- Asistir al pase de guardia
- Monitorizar y registrar las constantes vitales del paciente.
- Revisar las alarmas de las constantes vitales y de los dispositivos de monitorización y advertir de los valores patológicos al facultativo a cargo del paciente.
- Contabilizar el balance hídrico del paciente una vez por turno y valorarlo para avisar al facultativo responsable si procede.
- Extraer las analíticas de sangre solicitadas.
- Realizar la higiene diaria del paciente según sus características.
- Valorar escala Braden diariamente.



Administrar la medicación del paciente según esté pautada en la hoja de tratamiento y registrar en el apartado correspondiente en la gráfica de enfermería.

Valorar cura de dispositivos intravenosos según pauta Incativ.

Realizar curas de heridas quirúrgicas y drenajes según tipo y valorar signos de infección de las mismas.

Vigilar los diferentes drenajes de los que es portador el paciente.

Registrar todos los cuidados y procedimientos realizados al paciente en la gráfica de enfermería y en el relevo escrito.

Auxiliares de enfermería

Asistir al relevo de auxiliares de enfermería.

Avisar a Servicio de Radiología de las pruebas solicitadas.

Revisar pulseras de identificación de los pacientes.

Reponer Box del material necesario.

Limpiar monitor, bombas de infusión, palos de gotero y demás materiales del box.

Realizar higiene conjuntamente con la enfermera responsable del paciente.

Colaborar con enfermería en la realización de curas y técnicas especiales.

Limpiar material de curas no desechable y empaquetarlo para su esterilización.

Administrar nutrición enteral por SNG.

Administrar medicación vía oral o por SNG bajo supervisión de enfermería y anotar en gráfica.

Ayudar al paciente a tomar su dieta si éste no pudiera y anotar en la gráfica cantidad.

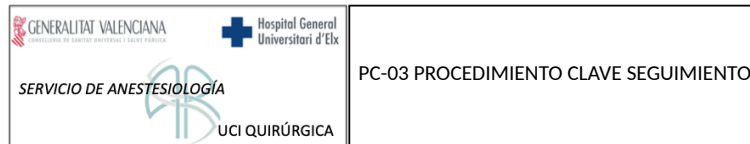
Ordenar y reponer carro de curas.

Control de diuresis horaria y toma de temperatura c/2 horas.

Celadores

Ayudar a movilización del paciente tanto en higiene, pruebas complementarias, cambios de posición, mejoras de posición, sujeción para procedimientos invasivos, etc.

Recogida de material específico de almacén, farmacia y esterilización.



Trasladar al paciente a la realización de pruebas complementarias.

5. INDICADORES

Respiratorios

1. Incidencia de barotrauma
2. Prueba de tolerancia a la ventilación espontánea
3. Autoretirada y retirada accidental de tubo endotraqueal
4. Reintubación
5. Estrategia de ventilación pulmonar protectora en SDRA.

Neurointensivismo y traumatología

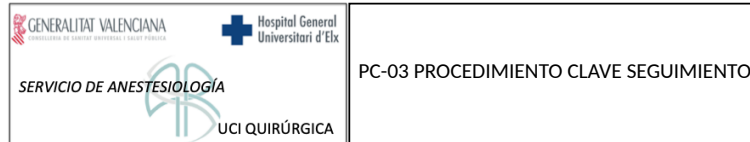
6. Monitorización de la PIC en el traumatismo craneoencefálico grave con TAC patológico.
7. Mortalidad en el TCE grave.

Enfermedades infecciosas:

8. Bacteriemia relacionada con el cateter venoso central
9. Infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral
10. Neumonía asociada a la ventilación mecánica.
11. Resucitación precoz de la sepsis grave/ shock séptico
12. Inicio precoz antibioterapia en la sepsis.
13. Infecciones por Staphylococcus aureus resistente a meticilina.
14. Infecciones por pseudomonas aeruginosa multirresistente.

Metabolismo y nutrición:

15. Mantenimiento de niveles apropiados de glucemia.
16. Hipoglucemia grave
17. Nutrición enteral precoz
18. Profilaxis de la úlcera por estrés en enfermos críticos que reciben NE.



Cuidados nefrológicos

19. Estratificación de la disfunción renal aguda en enfermos críticos
20. Prevención de la nefrotoxicidad inducida por contraste radiológico yodado endovenoso.
21. Indicación de las terapias continuas de depuración extracorpórea en pacientes con disfunción renal aguda tipo AKIN 3.

Sedación y Analgesia

22. Sedación adecuada.
23. Valoración diaria de la interrupción de la sedación.
24. Monitorización del dolor en el paciente comunicativo.
25. Identificación del delirium.

Hemoderivados

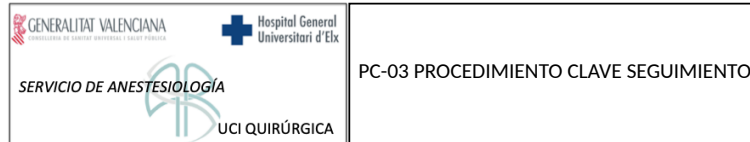
26. Consentimiento informado en la transfusión de componentes sanguíneos.
27. Traslusión inadecuada de concentrados de hematíes.

Trasplantes

28. Donantes en muerte encefálica.
29. Diagnóstico de muerte encefálica.

Planificación, organización y gestión.

30. Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva.
31. Conjunto mínimo básico de datos (CMBD-UCI).
32. Plan de acogida al profesional del servicio de medicina intensiva.

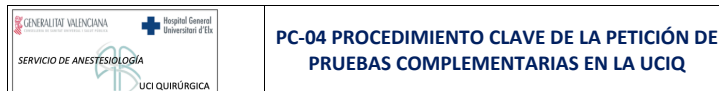


- 33. Sistema de notificación de eventos adversos.
- 34. Horarios de visita flexibles.
- 35. Síndrome del desgaste profesional.
- 36. Sistema de información clínica.
- 37. Existencia de protocolos básicos.
- 38. Formación continuada.

6. REGISTROS

- Hoja de enfermería
- Hoja de Evolución de UCI-Q
- Checklist de evaluación diaria

ANEXO 18. PC.04 Pruebas complementarias del paciente



PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ

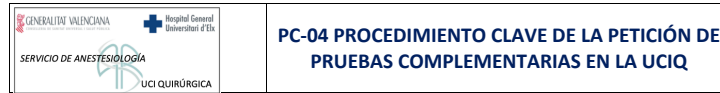
PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ

Control de las modificaciones

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA
V02	Cambio en el programa de gestión de la Hospitalización Orion Clinic®	18-11-2019

Realizado	Revisado	Aprobado
	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad	Responsable Sistema Gestión de Calidad
Dra. María Mercader Alarcón	Jaime Miralles Sancho Laura García Cortecero	Ana Pérez Carbonell
Fecha – 18-11-2019	Fecha – 16-12-2019	Fecha – 16-12-2019

Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Departamento de salud de Elche, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso autorizado por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo, por tanto, las últimas versiones vigentes aquellas que estén a disposición en el repositorio documental informático.



- 1.- Objeto y Alcance
- 2.- Referencias normativas y definiciones
- 3.- Desarrollo
- 4.- Responsabilidades
- 5.- Registros



**PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ**

1. OBJETO Y ALCANCE

El objeto de este procedimiento es describir el proceso de petición de pruebas complementarias para el paciente ingresado en la UCI Quirúrgica.

Las pruebas o exploraciones complementarias forman parte del proceso de atención al paciente. Son útiles y contribuyen a modificar la actitud diagnóstica-terapéutica del clínico o conformar su diagnóstico.

Por ello, el objetivo de este procedimiento es ofrecer información acerca de la petición de las pruebas complementarias (diagnósticas y/o terapéuticas) que se realizan con más frecuencia en el paciente crítico. Además de generar un planteamiento en el clínico que le ayude a decidir la necesidad, alcance y repercusión de tales pruebas en el transcurso evolutivo del paciente.

Este procedimiento se aplica en su totalidad al paciente ubicado en la UCI Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche, no pudiendo extenderse a otros servicios intrahospitalarios ni otros departamentos de salud.

El alcance del proceso está comprendido desde que se prescribe la necesidad de realizar una prueba complementaria al paciente ingresado en la UCI Quirúrgica hasta que se obtienen e interpretan sus resultados. Y se aplica a todos los profesionales implicados en la Unidad (facultativos, profesionales de enfermería, auxiliares y celadores).

2. REFERENCIAS NORMATIVAS Y DEFINICIONES

2.1. Referencias Normativas

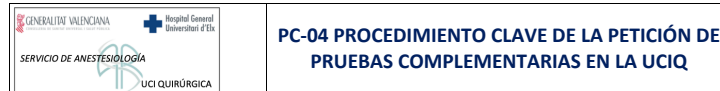
- Aplicación informática para gestión de la Hospitalización Orion Clinic®.
- Aguilera M, García S, Rodríguez A, y col. Catálogo de pruebas diagnósticas disponibles desde Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud, 2006.
- Needham G, Grimshaw J. Radiation Protection 118: Referral Guidelines For Imaging. European Commission for Grant Agreement, 2008.



**PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ**

2.2. Definiciones

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Prueba diagnóstica o diagnóstica-terapéutica que solicita el médico y que se realiza al paciente tras una anamnesis y exploración física, para confirmar o descartar un diagnóstico clínico.
- **ANALÍTICA SANGUÍNEA:** Consiste en extraer una pequeña cantidad de sangre arterial o venosa del paciente, que después es transportada al laboratorio para analizarla y determinar su composición.
- **CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS:** Herramienta de investigación bien establecida en biología molecular para el cultivo de bacterias y hongos.
- **NIVELES TERAPÉUTICOS:** Análisis farmacológico de sangre para buscar la presencia y la cantidad de medicamentos específicos.
- **ELECTROCARDIOGRAMA (ECG):** Gráfico en el que se registran los movimientos del corazón y es obtenido por un electrocardiógrafo.
- **RADIOGRAFÍA:** Técnica exploratoria que consiste en someter un cuerpo o un objeto a la acción de los rayos X para obtener una imagen sobre una placa fotográfica.
- **TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC):** Procedimiento con imágenes que usa un equipo especial de rayos X para crear imágenes detalladas o exploraciones de regiones internas del cuerpo.
- **RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN):** Examen imagenológico que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cuerpo.
- **ENDOSCOPIA:** Exploración o examen visual de las cavidades o los conductos internos del cuerpo humano mediante un endoscopio.
- **ESTUDIO NEUROFISIOLÓGICO:** Estudio en el que se realiza exploraciones funcionales de los sistemas nerviosos central y periférico con fines diagnósticos (correlación con la clínica), pronósticos (por la etiología, evolución y la respuesta al tratamiento) y de orientación terapéutica (por el grado de severidad y por los sistemas afectados).
- **SENSIBILIDAD:** Probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en una prueba diagnóstica un resultado positivo. La sensibilidad es, por lo tanto, la capacidad de la prueba complementaria para detectar la enfermedad. La sensibilidad es el porcentaje de verdaderos positivos o la probabilidad de que la prueba sea positiva si



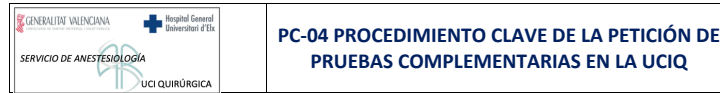
la enfermedad está presente; los falsos negativos son sujetos enfermos diagnosticados como sanos.

- **ESPECIFICIDAD:** Probabilidad de que un sujeto sano tenga un resultado negativo en la prueba. La especificidad es el porcentaje de verdaderos negativos o la probabilidad de que la prueba sea negativa si la enfermedad no está presente. Los falsos positivos son sujetos sanos diagnosticados como enfermos.
- **ORION-CLINIC®:** Software informático intrahospitalario que permite acceder al historial clínico del paciente, solicitar pruebas diagnóstico-terapéuticas, realizar interconsultas a otros servicios, así como todo lo relacionado con el proceso asistencial del paciente ingresado en el hospital.

3. DESARROLLO

Las pruebas complementarias son útiles si el resultado (positivo o negativo) contribuye a modificar la actitud diagnóstico-terapéutica del clínico o conformar su diagnóstico. Muchas pruebas no cumplen estos cometidos y exponen innecesariamente a los pacientes a los efectos secundarios de tales exploraciones, como la radiación. Es por ello por lo que el clínico, antes de pedir una prueba complementaria debe plantearse las siguientes preguntas:

1. **¿Le han hecho al paciente ya estas pruebas?** Repetir pruebas que ya se han hecho, por ejemplo, en otro hospital, en consultas externas o en urgencias. Hay que intentar conseguir las existentes por todos los medios. A este respecto, la digitalización y transmisión electrónica a través de MIZAR® de los datos informatizados es de gran ayuda.
2. **¿Las necesito?** Pedir pruebas complementarias que seguramente no alterarán la atención al paciente, bien porque los hallazgos "positivos" que se esperan obtener suelen ser irrelevantes o por el carácter altamente improbable de un resultado positivo.
3. **¿Las necesito ahora?** Pedir pruebas con demasiada frecuencia, concretamente, antes de que la enfermedad pueda evolucionar, resolverse, o antes de que los resultados puedan servir para modificar el tratamiento.
4. **¿Son estas pruebas las más adecuadas?** Puede ser conveniente comentar el caso con un especialista de radiología clínica o con el especialista quirúrgico.



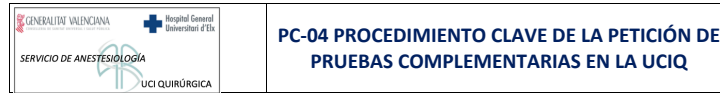
**PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ**

- a. Indicada: quiere decirse que esta prueba complementaria contribuirá muy probablemente a orientar el diagnóstico clínico y el tratamiento.
 - b. Exploración especializada: se trata de pruebas complementarias complejas o caras que suponen una gran inversión de tiempo y recursos y que normalmente serán solo utilizadas tras un intercambio de opiniones con el especialista de radiología o dentro de los protocolos acordados localmente.
 - c. No indicada inicialmente: incluye situaciones en las que la experiencia demuestra que el problema clínico suele desaparecer con el tiempo, por lo que se sugiere posponer la exploración y realizarla solo si los síntomas persisten.
 - d. No sistemáticamente indicada: son exploraciones no rutinarias que solo serán llevadas a cabo si el clínico aporta razones convincentes o si el radiólogo considera que la exploración supone un modo apropiado de favorecer el diagnóstico y el tratamiento del paciente.
 - e. No indicada: las exploraciones de este grupo son aquellas en las que se considera que su petición no está fundamentada.
5. **¿He explicado bien el caso?** No proporcionar la información clínica necesaria o no plantear las cuestiones que las pruebas de diagnóstico deben resolver. En este caso, estas carencias u omisiones pueden tener como consecuencia que se utilice una técnica inadecuada, por ejemplo, que se omita la sedestación en la radiografía de tórax para la evaluación del derrame pleural.
6. **¿Se están realizando demasiadas pruebas complementarias?** Valorar el exceso de pruebas complementarias.

Las pruebas complementarias o exámenes diagnósticos deben ser solicitadas para una indicación clínica específica, deben ser lo bastante exactas como para resultar eficaces en esa indicación y deben ser lo menos costosas y peligrosas posible. Ninguna prueba diagnóstica es totalmente exacta y los resultados de todas ellas suelen plantear problemas de interpretación.

El criterio de elección de una prueba diagnóstica depende concretamente de los objetivos de la prueba y del tipo de enfermedad a analizar. En general, se considera que una prueba diagnóstica tiene una exactitud aceptable si su sensibilidad y especificidad llegan al umbral del 80%.

El resultado de un análisis clínico se encuadra dentro de los valores de referencia establecidos para cada población, y requiere de una interpretación médica. No deben



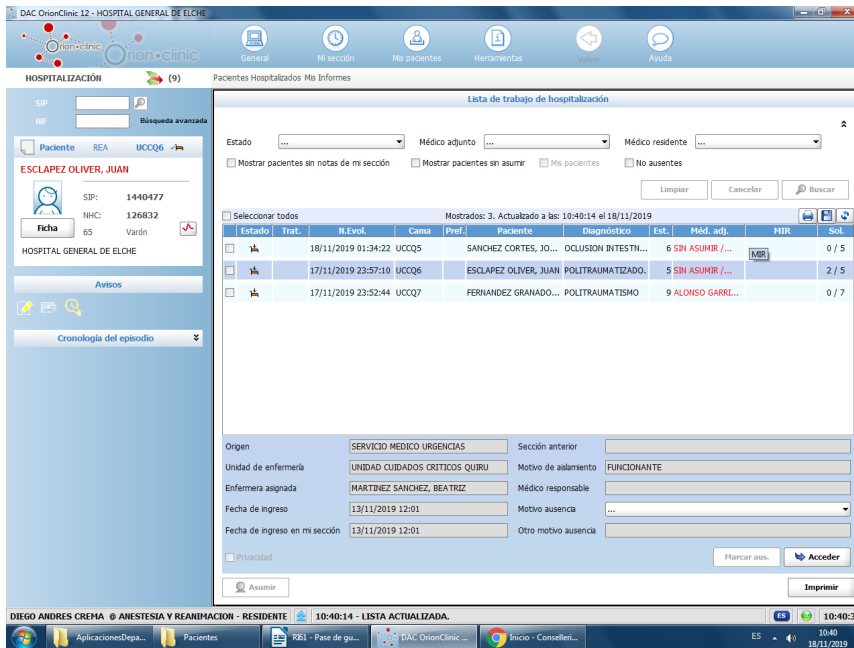
confundirse ambos conceptos, por un lado, está el resultado de la prueba de laboratorio realizada, y por otro, la interpretación que el médico dé a esos resultados.

Al realizar un análisis clínico siempre se tienen en cuenta ciertas características propias de cada prueba diagnóstica como: la especificidad, la sensibilidad, el valor predictivo, la exactitud, la precisión y la validez (analítica, clínica y útil de dicha prueba), así como la preparación, recogida de la muestra o el rango de referencia.

Para mayor comprensión del proceso nos centraremos en cómo debemos solicitar aquellas pruebas o exámenes complementarios solicitados con más frecuencia en la Unidad de Cuidados Intensivos de Anestesia del HGU Elche.

3.1. Pruebas de laboratorio

La petición de pruebas de laboratorio se realiza desde la plataforma informática Orion Clinic® clicando e introduciéndonos en la historia clínica del paciente seleccionado:



The screenshot shows the Orion Clinic software interface. The main window displays a 'Lista de trabajo de hospitalización' (Hospitalization Work List) with the following data:



Estado	Trat.	N.Evol.	Cama	Prof.	Paciente	Diagnóstico	Est.	Méd. adj.	MIR	Sol.
<input type="checkbox"/>		18/11/2019 01:34:22	UCCQ5		SANCHEZ CORTES, JO...	OCLUSION INTTESTI...	6	SBN ASUMR /...		0 / 5
<input type="checkbox"/>		17/11/2019 23:57:10	UCCQ6		ESCLAPEZ OLIVER, JUAN	POLITRAUMATIZADO.	5	SBN ASUMR /...		2 / 5
<input type="checkbox"/>		17/11/2019 23:52:44	UCCQ7		FERNANDEZ GRANADO...	POLITRAUMATISMO	9	ALONSO GARRL...		0 / 7

Below the list, there is a detailed patient record for 'ESCLAPEZ OLIVER, JUAN' with the following information:

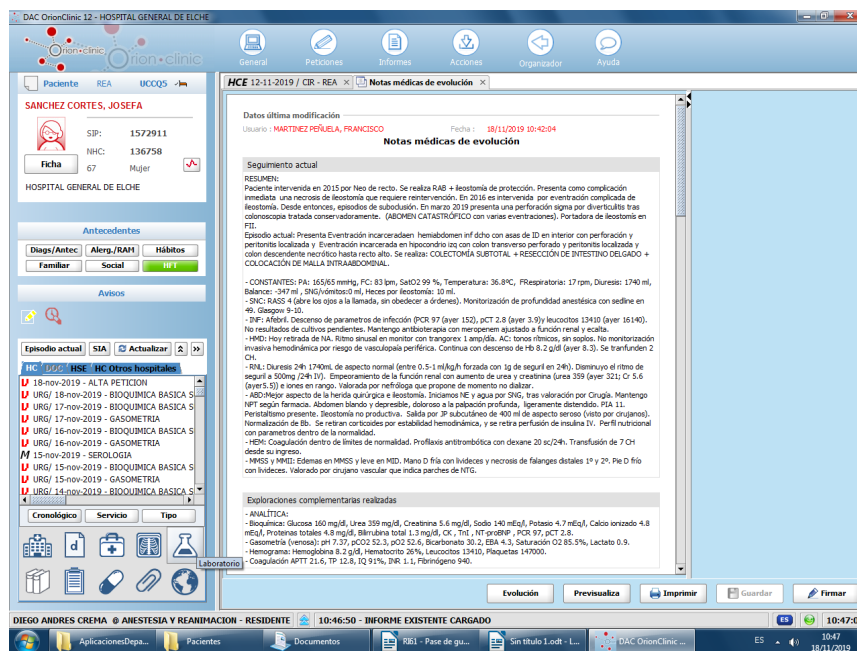
- SIP: 1440477
- NHC: 126832
- 65 Varón
- HOSPITAL GENERAL DE ELICHE
- Origen: SERVICIO MEDICO URGENCIAS
- Unidad de enfermería: UNIDAD CUIDADOS CRITICOS QUIRU
- Enfermera asignada: MARTNEZ SANCHEZ, BEATRIZ
- Fecha de ingreso: 13/11/2019 12:01
- Fecha de ingreso en mi sección: 13/11/2019 12:01
- Motivo de aslamiento: FUNCIONANTE
- Motivo ausencia: ...
- Otro motivo ausencia: ...

PC.04 V02

Página 7 de 17




PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ

En la historia clínica, se despliega en el lateral izquierdo todas las acciones que podemos consultar y realizar en el proceso asistencial del paciente. Es ahí donde podemos acceder a "LABORATORIO", clicando sobre la misma.



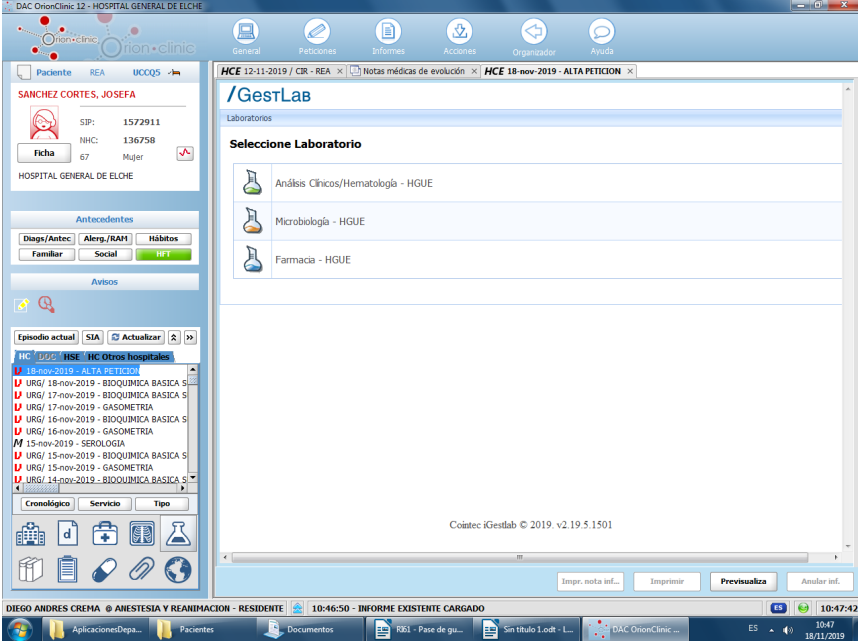
The screenshot shows the OrionClinic interface for patient 'SANCHEZ CORTES, JOSEFA'. The left sidebar contains navigation options like 'Diagn/Antec', 'Alerg./RAH', 'Hábitos', 'Familiar', 'Social', and 'HIT'. The main area displays 'Notas médicas de evolución' with a 'Seguimiento actual' section containing a detailed medical summary in Spanish. Below this, there is a section for 'Exploraciones complementarias realizadas' listing various laboratory tests and their results. At the bottom, there are buttons for 'Evolución', 'Previsualiza', 'Imprimir', 'Guardar', and 'Firmar'.

Clicamos sobre "ALTA PETICIÓN". Se abre el programa GESTLAB®. Dentro de él podemos elegir qué tipo de prueba de laboratorio queremos realizar: análisis clínicos/hematología, microbiología o farmacia; además de si la exploración se va a realizar en el entorno de la hospitalización o si es de manera urgente.



GENERALITAT VALENCIANA
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
UCI QUIRÚRGICA

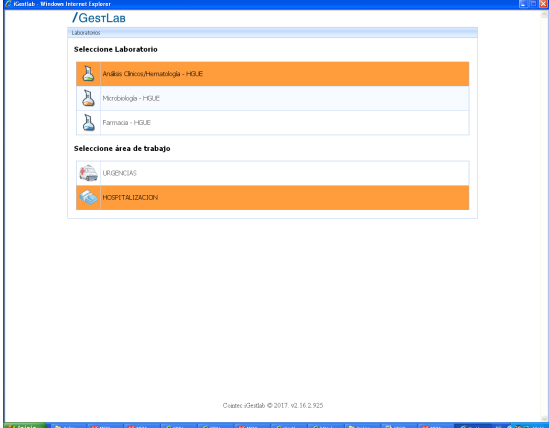
PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ



The screenshot shows the iGestLab interface for patient 'SANCHEZ CORTES, JOSEFA'. The 'Seleccione Laboratorio' section is active, listing 'Análisis Clínicos/Hematología - HGUE', 'Microbiología - HGUE', and 'Farmacia - HGUE'. The patient's medical history is visible on the left, and the system version is 'Cointec iGestlab © 2019 v2.19.5.1501'.

- **Análisis Clínicos / Hematología**



Para laboratorio de Análisis Clínicos / Hematología, pincharemos sobre el mismo y seleccionaremos como área de trabajo hospitalización.

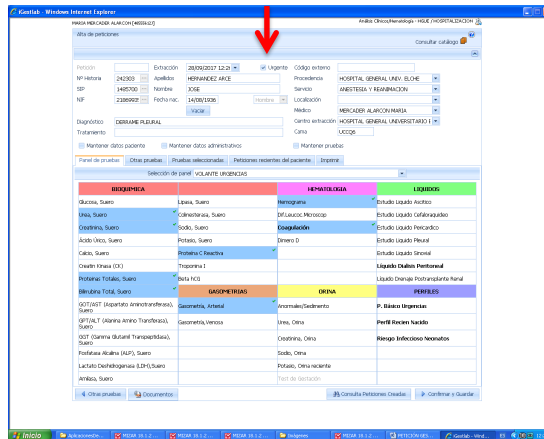


This close-up shows the 'Selección área de trabajo' step where 'HOSPITALIZACIÓN' is selected under the 'LABORATORIO' section. The system version is 'Cointec iGestlab © 2019 v2.16.2.929'.

PC.04 V02

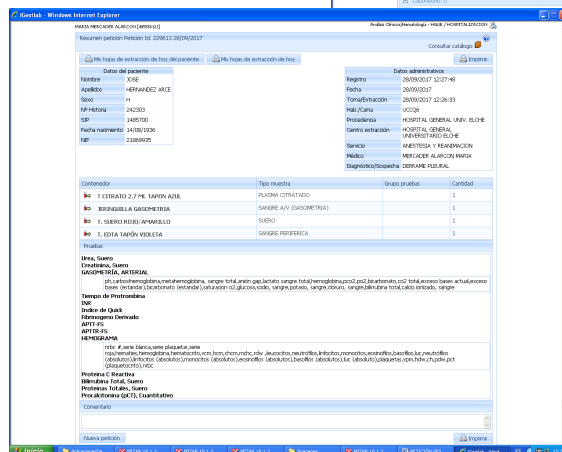
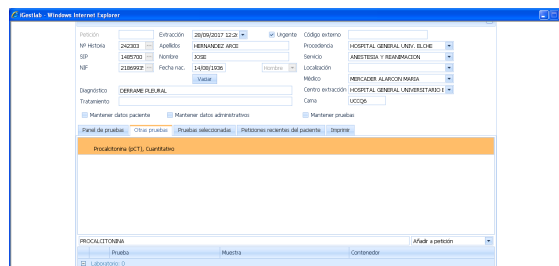
Página 9 de 17



PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCICQ




A continuación, nos muestra los datos del paciente, la procedencia, el servicio de pertenencia, el diagnóstico, la fecha y hora de extracción, entre otros. Todo deberá estar debidamente cumplimentado. Un dato importante es marcar siempre la petición como Urgente.

Además de las pruebas del panel principal, podemos seleccionar otras pruebas en la petición, tales como: Procalcitonina, Albúmina, Perfil Nutricional, etc.



PC.04 V02

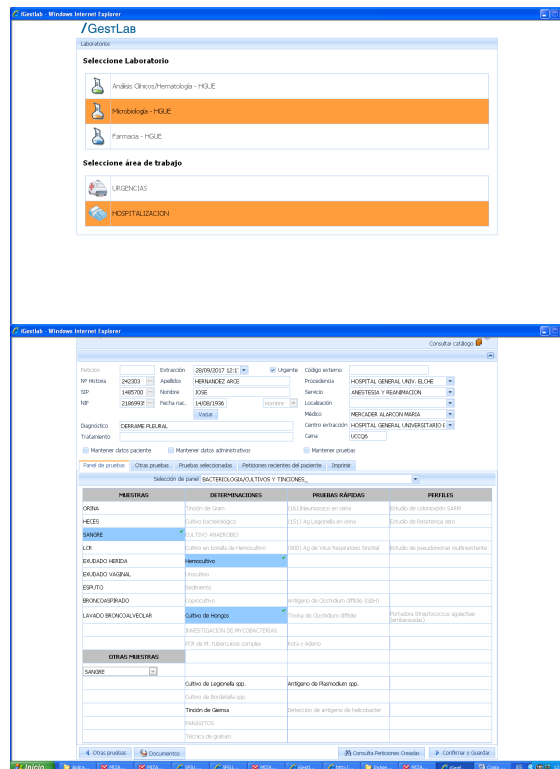
 Hospital General Universitari d'Elis SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA	PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ
--	---

Finalmente guardaremos la petición y la imprimiremos, dejándola en el cajetín destinado para tal fin en el control de enfermería de la Unidad siempre que se trate de una petición ordinaria, es decir, aquellas que se extraerán al día siguiente.

⇒ Si es Urgente o se debe extraer en las horas siguientes, la adjuntaremos a la gráfica de enfermería con instrucciones verbales al personal de enfermería encargado sobre la hora de extracción, que debe quedar debidamente registrado en la petición.

- **Microbiología**

Para laboratorio de Microbiología, pincharemos sobre el mismo y seleccionaremos como área de trabajo hospitalización.



The screenshot shows the GestLab software interface. The top window displays the 'Laboratorio' section with 'Microbiología - HGE' selected under 'Selección área de trabajo'. The bottom window shows a patient data form with the following details:

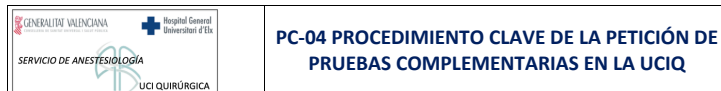
Fecha:	Entrada:	20/06/2017 12:11	Urgente:	Código externo:	
MP Historia:	Apellidos:	HERNANDEZ ARCE	Procedencia:	HOSPITAL GENERAL UNIV. ELIS	
OSP:	Nombre:	XOSE	Servicio:	ANESTESIA Y REANIMACION	
IMP:	Fecha nac.:	14/03/1976	Localización:	MERCADER ALARCÓN/ARCA	
Diagnóstico:	DEBILIDAD RELATIVA		Centro de atención:	HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO I	
Tratamiento:			Cena:	ASCO	

Below the form is a table for selecting tests:

PRUEBAS	DETERMINACIONES	PRUEBAS RÁPIDAS	PERFILES
ORINA	Tiempo de Stern	U11 Bacterioco en orina	Estudio de colonización orina
HECES	Cultivo bacteriológico	U51 Ag.Legionella en orina	Estudio de resistencia orina
SANGRE	Cultivo aerobio/anaer		
LCR	Cultivo en botella de Hemocultivo	9001 Ag de Virus Respiratorio Social	Estudio de patógenos multibacteriales
ESTADO HERIDA	Hemocultivo		
ESTADO VAGINAL	Escudero		
ESPUTO	Sedimento		
BRONCOESPASMO	Carbocultivo	Antígeno de Streptococcus griseus (SG)	
LAVADO BRONCOALVEOLAR	Cultivo de Hongos	Cuanti de Streptococcus griseus	Perfilado bacteriológico aparato respiratorio
	Antígeno Streptococcus griseus (SG)		
	PCR de H. tuberculosis complex	WGA y Adeno	
OTRAS PRUEBAS			
SANGRE	Cultivo de Legionella spp.	Antígeno de Pseudomonas spp.	
	Cuanti de Legionella spp.		
	Cuanti de Bacteroides spp.		
	Tiempo de Gama	Detección de antígeno de multibacter	
	Immunofluo		
	Técnica de gránulos		

PC.04 V02

Página 11 de 17

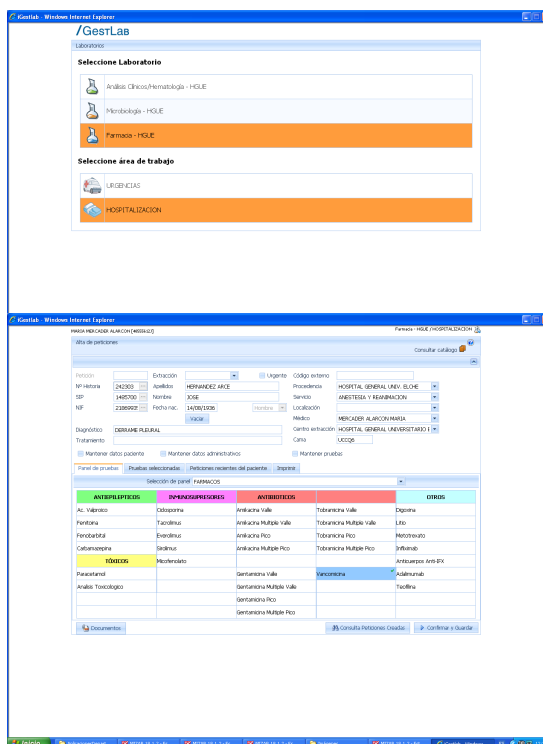



Seleccionaremos inicialmente el tipo de muestra microbiológica y posteriormente las determinaciones a realizar.

Finalmente guardaremos la petición, la imprimiremos y la adjuntaremos a la gráfica de enfermería con instrucciones verbales al personal de enfermería encargado de la extracción.

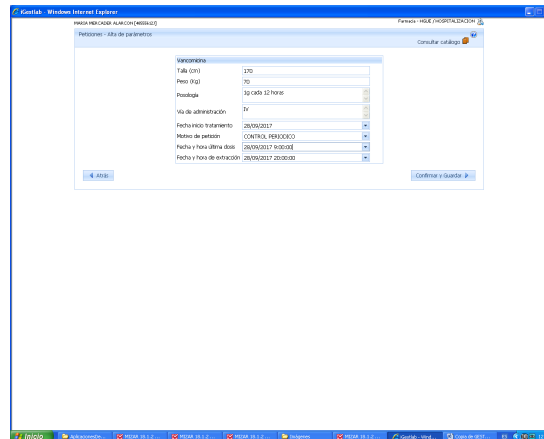
- **Farmacia**

Para laboratorio de Farmacia, pincharemos sobre el mismo y seleccionaremos como área de trabajo hospitalización.



 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ
---	---

Seleccionaremos el tipo de fármaco, y rellenaremos los datos solicitados.



Finalmente guardaremos la petición, la imprimiremos y la adjuntaremos a la gráfica de enfermería con instrucciones verbales al personal de enfermería encargado de la extracción.

3.2. Pruebas de imagen

Suele considerarse que, al enviar a un paciente para una exploración con técnicas de diagnóstico por imagen, se está recabando la opinión de un especialista. Dicha opinión debe presentarse en forma de un informe que pueda ayudar al tratamiento de un problema de salud. Para evitar todo error de interpretación, los volantes de solicitud deberán estar debidamente cumplimentados. Explique claramente lo que le lleva a pedir la exploración y dé detalles clínicos para que el especialista pueda comprender el diagnóstico concreto o los problemas que usted intenta resolver mediante la exploración. En algunos casos, la exploración más conveniente para resolver el problema puede ser otra.

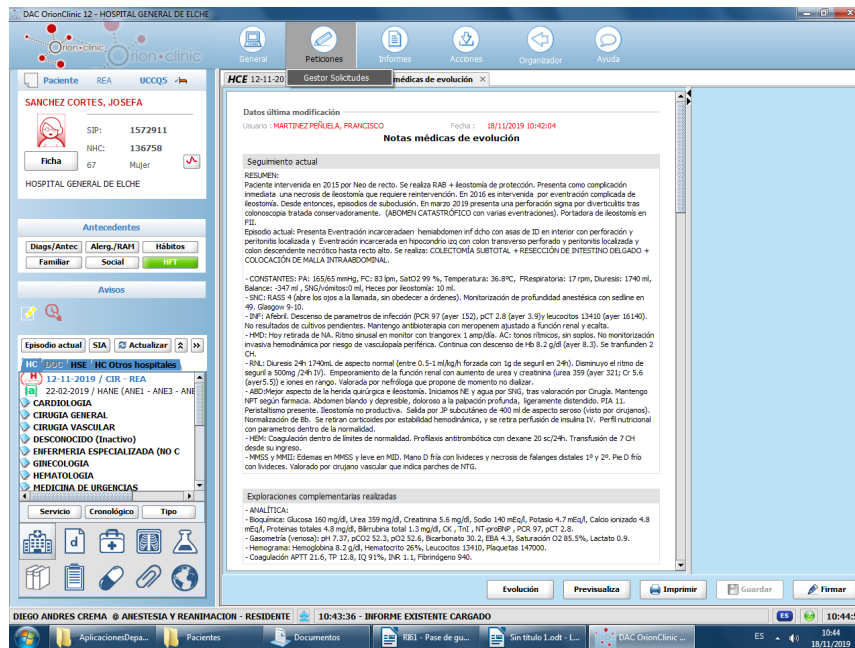
Si hay alguna duda sobre la conveniencia de una exploración o sobre cuál es la más indicada, se debe consultar al correspondiente especialista.

- **Dependientes del Servicio de Radiodiagnóstico: Radiografía, TAC y Ecografía**


PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ


La petición de pruebas de imagen que dependen del Servicio de Radiodiagnóstico se realiza desde la plataforma informática Orion Clinic® clicando e introduciéndonos en la historia clínica del paciente seleccionado:

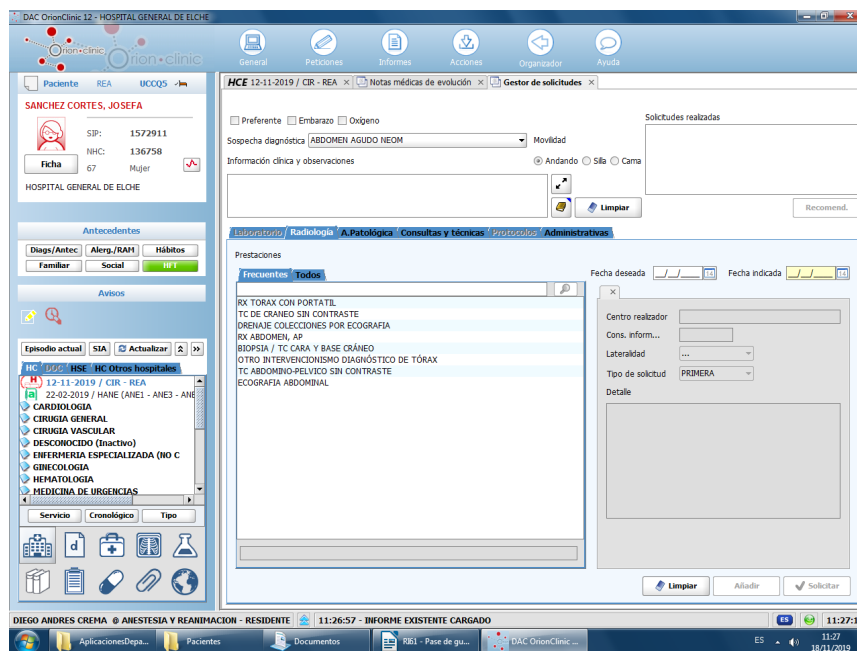
Es ahí donde podemos acceder a "PETICIONES → Gestor de Solicitudes".



The screenshot shows the Orion Clinic software interface. The patient's name is **SANCHEZ CORTES, JOSEFA**. The interface includes a sidebar with navigation options like 'Diagn/Antec', 'Alerta/RAH', and 'Hábitos'. The main window displays 'Notas médicas de evolución' with a 'Seguimiento actual' section. The notes describe a patient who underwent surgery for a rectal tumor and is currently in the ICU. The text includes details about the patient's condition, vital signs, and laboratory results.

En el apartado de "RADIOLOGÍA" nos da la opción de solicitar la exploración desesada.


PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ



The screenshot shows the OrionClinic software interface. On the left, there is a patient profile for Josefa Sanchez Cortes, including her name, ID (SIP: 1572911), and other details. The main area displays a list of requested tests under the heading 'Prestaciones'. The tests listed include: RX TORAX CON PORTATIL, TC DE CRÁNEO SIN CONTRASTE, DRENAJE COLECCIONES POR ECOGRAFIA, RX ABDOMEN AP, BIOPSIA / TC CARA Y BASE CRÁNEO, OTRO INTERVENCIONISMO DIAGNÓSTICO DE TÓRAX, TC ABDOMINO-PELVICO SIN CONTRASTE, and ECOGRAFIA ABDOMINAL. On the right, there is a form for 'Solicitudes realizadas' with fields for 'Centro realizador', 'Cons. inform...', 'Lateralidad', and 'Tipo de solicitud' (set to PRIMERA).

Se debe cumplimentar todos los datos solicitados en la petición e imprimirla.

- ⇒ Si se trata de una radiografía ordinaria, el facultativo debe dejar la petición en la bandeja de registro para tales pruebas en el control de enfermería de la Unidad.
- ⇒ Si la petición es urgente, la enfermería o auxiliar de enfermería deberá avisar telefónicamente al Servicio de Radiodiagnóstico para que realicen la prueba de imagen. El auxiliar de enfermería deberá entregar la petición al asistente de radiodiagnóstico desplazado a la Unidad para su realización y registro.
- ⇒ Si se trata de otra exploración (TAC, ecografía, biopsia o drenaje), el facultativo debe hablar telefónicamente con el Servicio de Radiodiagnóstico y comentarle el caso al especialista para su realización y concretar su urgencia. Si es aceptada, el auxiliar de enfermería deberá entregar la petición en el Servicio de Radiodiagnóstico, tal y como especifique el especialista con el que se ha hablado.



- **Dependientes de otras Especialidades Médicas / Quirúrgicas**

Para el resto de las peticiones de pruebas de imagen e intervencionismo deberemos realizarlo a través de "INTERCONSULTA" (*ver proceso clave PC.05*).

4. RESPONSABILIDADES

Anestesiólogo: será el responsable de:

- Realizar las peticiones debidamente cumplimentadas.
- Hablar telefónicamente con el especialista que debe realizar la prueba complementaria y definir su urgencia.
- Asistir al facultativo especialista en la atención del paciente durante la realización de la prueba complementaria: necesidad de información, de sedación del paciente, etc.

Enfermería: será responsable de:

- Verificar diariamente si existen pruebas complementarias solicitadas para el paciente y verificar si éstas están debidamente cumplimentadas, y saber cuándo está previsto la realización de las mismas.
- Disponer de las peticiones y facilitarlas a los técnicos u otros facultativos que las requieran.
- Adecuar los recursos necesarios del box para la realización de las pruebas complementarias.
- Asistir al Anestesiólogo y al facultativo especialista en la atención del paciente mientras se realice la prueba complementaria.

Auxiliar de enfermería: será responsable de:

- Hacer llegar las peticiones a los Servicios implicados en la realización de la prueba complementaria, tal y como indique el especialista o la enfermería: pruebas de



**PC-04 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA PETICIÓN DE
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA UCIQ**

laboratorio a través del tubo de conexión intrahospitalaria o peticiones en mano a los técnicos, facultativos especialistas o Servicios Médico-Quirúrgicos.

- Prestar apoyo al personal de enfermería y facultativos durante todo el proceso de realización de la prueba complementaria.

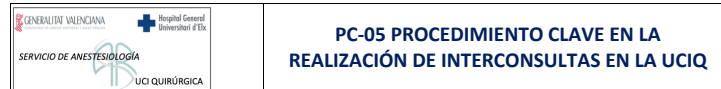
Celador: será responsable de:

- Trasladar al paciente desde la UCIQ al Servicio correspondiente para la realización de la prueba complementaria.
- Asistir en las necesidades de movilización y correcta colocación del paciente en cama durante el proceso.

5. REGISTROS

- Programa de gestión de la Hospitalización Orion Clinic®

ANEXO 19. PC.05 Interconsultas interdisciplinares



PC-05 PROCEDIMIENTO CLAVE DE LA REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS EN LA UCIQ

Control de las modificaciones

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA
V02	Cambio en el programa de gestión de la Hospitalización Orion Clinic®	18-11-2019

Realizado	Revisado	Aprobado
	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad	Responsable Sistema Gestión de Calidad
Dra. María Mercader Alarcón	Jaime Miralles Sancho Laura García Cortecero	Ana Pérez Carbonell
Fecha – 18-11-2019	Fecha – 16-12-2019	Fecha – 16-12-2019

Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Departamento de salud de Elche, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso autorizado por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones vigentes aquellas que estén a disposición en el repositorio documental informático.

- 1.- Objeto y Alcance
- 2.- Referencias normativas y definiciones
- 3.- Desarrollo
- 4.- Responsabilidades
- 5.- Registros



**PC-05 PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA
REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS EN LA UCIQ**

1. OBJETO Y ALCANCE

El objeto de este procedimiento es describir el proceso de realización de Interconsultas para el paciente ingresado en la UCI Quirúrgica.

Las interconsultas a otras especialidades médicas, quirúrgicas u otras disciplinas sanitarias, forman parte del proceso de atención al paciente. Nos ayuda a obtener información complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento o rehabilitación, ya que generalmente los pacientes críticos son enfermos que requieren de cuidado intensivo de extensión.

Por ello, el objetivo de este procedimiento es ofrecer información acerca de la petición de interconsultas a otras especialidades en la evaluación diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora del paciente crítico, que nos ayude a complementar el proceso asistencial del paciente.

Este procedimiento se aplica en su totalidad al paciente ubicado en la UCI Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche, no pudiendo extenderse a otros servicios intrahospitalarios ni otros departamentos de salud.

El alcance del proceso está comprendido desde que se indica la necesidad de interconsulta a otras especialidades, hasta su contestación y aplicación del diagnóstico o tratamiento, incluido el rehabilitador. Y se aplica a todos los profesionales implicados en la Unidad (facultativos, profesionales de enfermería y auxiliares).

2. REFERENCIAS NORMATIVAS Y DEFINICIONES

2.1. Referencias Normativas

- Aplicación informática para gestión de la Hospitalización Orion Clinic®.
- García LM, Gervas J, Otero A, y col. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. Rev San Hig Púb. 1994; 68(2):267-78.
- Gervas J, García LM, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria. 2008; 40(5):253-5.



PC-05 PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS EN LA UCIQ

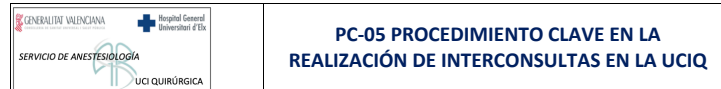
- Concerted action committee of health services research for the European Community. The european study of referrals from primary to secondary care. Br J General Pract. 1992; 56:1-75.
- Rojas, IM. Evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada, ¿hacemos un uso excesivo de ellas? Med fam Andal. 2015; 16(2):135-43.
- Prado L, García LM, Rodríguez F, y col. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. Aten Primaria. 2005; 35(3):146-51.
- Resemann T, Rüter G, Wensing M, Szecsenyi J. Referrals from primary to secondary care. Results of a referral study in the Marbach/Ludwigsbur área (State of Baden-Württemberg, Germany). Dtsch Arztebl. 2006; 103(37):A 2387-92
- García LM, Gervás J. Reformas organizativas en la relación entre médicos generales y especialistas: impacto sobre la demanda derivada. Aten Primaria. 2010; 42(1):52-6.

2.2. Definiciones

- **INTERCONSULTA:** La derivación o interconsulta es el acto de remitir a un paciente, mediante un parte de interconsulta, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.
- **ORION-CLINIC®:** Software informático intrahospitalario que permite acceder al historial clínico del paciente, solicitar pruebas diagnóstico-terapéuticas, realizar interconsultas a otros servicios, así como todo lo relacionado con el proceso asistencial del paciente ingresado en el hospital.

3. DESARROLLO

La derivación es la remisión de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, el cual revisa la historia médica y explora al paciente para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento o rehabilitación.



El médico al que se realiza la interconsulta suele ser un especialista con experiencia en un determinado campo de la medicina, pero también se puede establecer con los enfermeros, los farmacéuticos, los fisioterapeutas o los psicólogos.

El médico especialista responde al solicitante emitiendo el juicio y las recomendaciones sobre la asistencia y el tratamiento a seguir respecto al problema consultado.

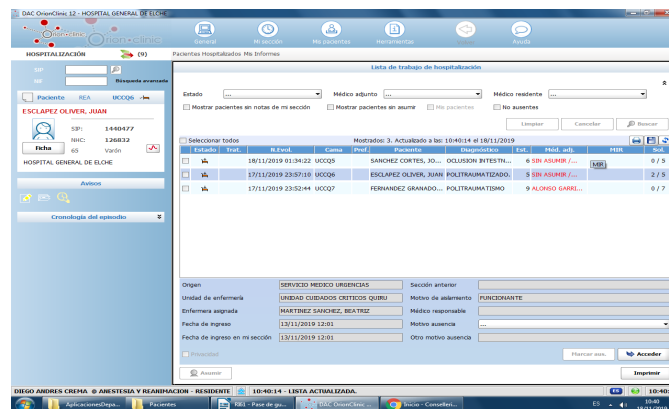
Generalmente se trata de interconsultas convencionales, aquellas se realizan sobre la base de un formulario preimpreso, donde el peticionario registra los datos referentes al caso y el responsable de responder a la interconsulta aconseja sobre criterios de tratamiento o pruebas a realizar al paciente.

Para mayor comprensión del proceso nos centraremos en cómo debemos solicitar interconsultas a especialidades médicas, quirúrgicas u a otras disciplinas sanitarias solicitadas con más frecuencia en la UCI Quirúrgica.

La realización de interconsultas en el entorno hospitalario se realiza a través de la plataforma informática Orion Clinic®.

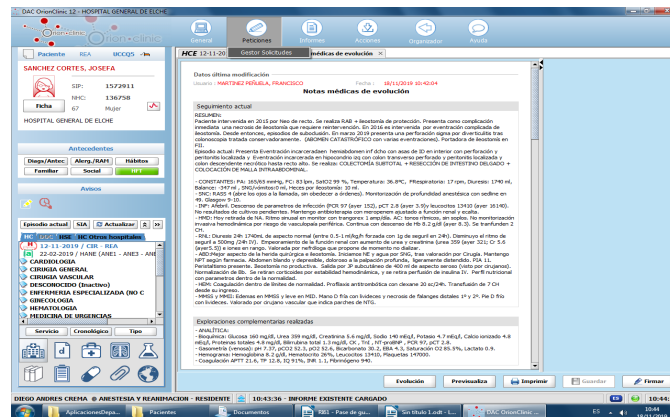
3.1. Realización de Interconsultas a otros Servicios Clínicos

La realización de "INTERCONSULTAS" se realiza desde la plataforma informática Orion Clinic® clicando e introduciéndonos en la historia clínica del paciente:

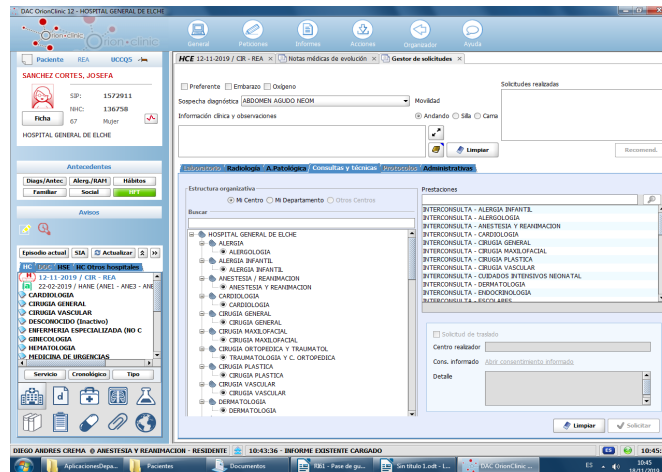



PC-05 PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS EN LA UCIQ

Clicaremos en "PETICIONES → Gestor de Solicitudes".



En el apartado de "CONSULTA Y TÉCNICAS" nos da la opción de solicitar la petición al servicio deseado, incluyendo los datos necesarios para la necesidad solicitada en el apartado "Información clínica y observaciones", y seleccionado el servicio a peticionar en "Prestaciones".






GENERALITAT VALENCIANA
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
UCI QUIRÚRGICA

**PC-05 PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA
REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS EN LA UCIQ**

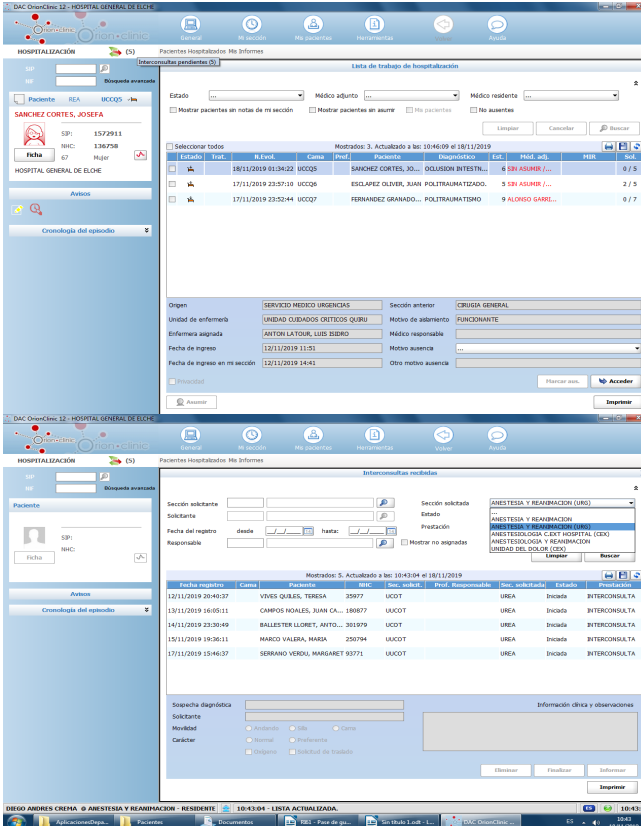
La respuesta del servicio peticionado podrá visualizarse en el curso clínico del paciente.

3.2. Consulta de Interconsultas realizadas a Anestesiología y Reanimación

La consulta de "INTERCONSULTAS" se realiza desde la plataforma informática Orion Clinic® clicando en el símbolo destinado para ello: 

Se puede acceder a distintas modalidades de solicitud de Interconsultas como:

- Anestesiología y Reanimación → Ordinarias
- Anestesiología y Reanimación (URG) → Urgentes



The screenshot displays the Orion Clinic software interface. The top window shows patient information for 'SANCHEZ CORTES, JOSEFA' with a table of hospitalizations. The bottom window shows the 'Interconsultas recibidas' (Received Interconsultations) section, including a table with columns for 'Fecha registro', 'Cama', 'Paciente', 'NIC', 'Sec. solicit.', 'Prof. responsable', 'Sec. solicitada', 'Estado', and 'Prestación'.

Fecha registro	Cama	Paciente	NIC	Sec. solicit.	Prof. responsable	Sec. solicitada	Estado	Prestación
12/11/2019 20:40:37		VIVES QUIRAS, TERESA	29977	UCOT		UREA	Incida	INTERCONSULTA
12/11/2019 16:00:11		CAMPOS ROMANES, JUAN DA...	18977	UCOT		UREA	Incida	INTERCONSULTA
14/11/2019 23:30:49		SALLES TER LLORET, MATEO...	201970	UCOT		UREA	Incida	INTERCONSULTA
15/11/2019 19:36:11		MARCO VALERA, MARIA	250794	UCOT		UREA	Incida	INTERCONSULTA
17/11/2019 15:46:37		SERRANO VERDU, MARGARET	93771	UCOT		UREA	Incida	INTERCONSULTA

PC.05 V02

Página 7 de 8



4. RESPONSABILIDADES

Anestesiólogo: será el responsable de:

- Realizar las peticiones debidamente cumplimentadas.
- Hablar telefónicamente con el especialista a interconsultar si se requiere.
- Asistir al facultativo especialista en la atención del paciente, aportando toda la información y metodología que necesite.

Enfermería: será responsable de:

- Adecuar los recursos necesarios del box para la asistencia del paciente por el especialista.
- Asistir al Anestesiólogo y al facultativo especialista en la atención del paciente mientras se realice la exploración o terapia.

Auxiliar de enfermería: será responsable de:

- Hacer llegar las peticiones de Interconsulta a los Servicios implicados.
- Prestar apoyo al personal de enfermería y facultativos en la atención del paciente mientras se realice la exploración o terapia.

Celador: será responsable de:

- Asistir en las necesidades de movilización y correcta colocación del paciente en cama durante el proceso de exploración o terapia.

5. REGISTROS

- Programa de gestión de la Hospitalización Orion Clinic®

ANEXO 20. PC.06 Traslados del paciente

	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 1 de 23 27/02/18</i></p>
---	---	---

**PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO
DEL PACIENTE EN LA UCIQ**

Control de las modificaciones

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Firma: Masun Antón Latour Michael Bartz Fecha: 25/01/2018	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Firma: Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour Fecha: 27/02/2018	Responsable Sistema Gestión de Calidad Firma: Ana Pérez Carbonell Fecha: 27/02/2018

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	PC-006-03 V-1 Página 2 de 23 27/02/18
---	--	--

Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Departamento de salud de Elche, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso autorizado por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones vigentes aquellas que estén a disposición en el repositorio documental informático.

- 1.- Objeto y Alcance
- 2.- Referencias normativas y definiciones.
- 3.- Desarrollo
- 4.- Responsabilidades
- 5.- Indicadores
- 6.- Registros.
- 7.- Anexos.

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	<i>PC-006-03 V-1 Página 3 de 23 27/02/18</i>
---	--	--

1.- Objeto y Alcance

El objeto de este proceso es describir el proceso de traslado del paciente crítico desde la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica.

El paciente crítico es, sin duda, uno de los más complejos de manejar, tanto en lo referente al diagnóstico como al tratamiento. La necesidad de tomar decisiones con una repercusión inmediata en el pronóstico vital y funcional del enfermo hace que en ocasiones sea totalmente necesario trasladar al paciente para realizar procesos diagnósticos o terapéuticos.

El traslado del paciente a otras unidades intrahospitalarias, para realizar determinadas pruebas diagnósticas o intervenciones (TAC, RMN, QUIRÓFANO), así como el traslado a otros centros hospitalarios, supone una actividad de alto riesgo para la sucesión de eventos adversos que pongan en peligro la estabilidad del paciente crítico.

Para ello, la UCIQ pretende estandarizar el procedimiento de traslado, con el fin de prestar un servicio de calidad al paciente, basándose en el conocimiento de los profesionales implicados y en la evidencia científica que demuestra la mejor forma de manejar a estos pacientes.

Por lo tanto, el objetivo primordial de este proceso es documentar la actividad de traslado y sus interrelaciones, que bajo el criterio de los profesionales cualificados, serán la base de los cuidados prestados al paciente crítico.

Por ello, la seguridad del paciente es la base sobre la que se sustentan todos los cuidados prestados sobre el paciente crítico, por lo que, la UCIQ despliega todos los medios a su alcance, para que de forma proactiva, puedan detectarse

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	PC-006-03 V-1 Página 4 de 23 27/02/18
---	--	--

y evitarse toda forma de error que pueda influir de forma negativa en la estabilización del paciente crítico.

El inicio de este proceso empieza con la decisión de trasladar al paciente y termina cuando el paciente ha retornado a la unidad y queda estabilizado, dentro de su gravedad o limitaciones, y aplica a todos los profesionales implicados en las diferentes actividades del mismo (facultativos, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores).

En el caso del traslado extrahospitalario, el proceso finaliza cuando se ha hecho el traspaso reglado de la información al equipo sanitario responsable del traslado a otro centro hospitalario.

2.- Referencias normativas y definiciones.

Referencias normativas:

- [Transporte intrahospitalario del paciente grave. Necesidad de una guía de actuación.](#) JEN Hernández, [ECGonzález](#), JMC Romero. Enfermería 2011. Elsevier
- Melgarejo Urendez A, Bernat Adell MD, Lorente Garcia P. Analisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. Enferm Intensiva. 2014;25(2):58-64
- Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmettre T, Capellie G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. Crit Care. 2010;14(3):R87
- Jarden RJ, Quirke S. Improving safety and documentation in intrahospital transport: development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. Intensive Crit Care Nurs. 2010;26(2):101-7. doi: 10.1016/j.iccn.2009.12.007
- Monográfico seguridad clínica 061 Aragón nº2. Grupo de seguridad clínica, gestión del riesgo sanitario y calidad asistencial. Diciembre 2014

	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 5 de 23 27/02/18</i></p>
---	---	---

- The Joint Commission, Joint Commission Internacional (2007, Mayo). Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente (vol.1, solución 3)
- Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI (2013):13(4)
- Should a Portable Ventilator Be Used in All In-Hospital Transports?, Steven R Holets and John D Davies, Respiratory Care June 2016, 61 (6) 839-853; DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.04745>
- A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients, Anja H Brunsveld-Reinders, M Sesmu Arbous, Sander G Kuiper, and Evert de Jonge Crit Care. 2015; 19(1): 214. Published online 2015 May 7. doi: 10.1186/s13054-015-0938-1
- Intrafacility transportation of patients with acute brain injury, Tu H, J Neurosci Nurs. 2014 Jun;46(3):E12-6. doi: 10.1097/JNN.0000000000000055.
- Inter- and intra-hospital transport of the critically ill, Blakeman TC1, Branson RD, Respir Care. 2013 Jun;58(6):1008-23. doi: 10.4187/respcare.02404.
- Indicadores de calidad 2017.SEMICYUC-SEEICYUC

Definiciones:

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

PACIENTE CRÍTICO: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	<i>PC-006-03 V-1 Página 6 de 23 27/02/18</i>
---	--	--

supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

APOYO VITAL: es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Cada técnica de apoyo vital puede ser o no aplicada en cada paciente. Ejemplo de técnica de apoyo vital: la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico.

VENTILACIÓN MECÁNICA: es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios. No es una terapia, es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.

3.- Desarrollo

A. TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

1. RECURSOS HUMANOS

- Celador
- Aux. enfermería
- Enfermero a cargo del paciente.
- Médico anestesiólogo

2. RECURSOS MATERIALES

- Bala de O₂ llena >75% con conexión a respirador (paciente con VM) o con caudalímetro (respiración espontánea)
- Bala de O₂ llena > 75% (de repuesto) en la cama del paciente
- Con Ventilación Mecánica Invasiva (VMI): **Respirador portátil desinfectado y comprobado; Oxilog 3000 Plus** (si no está disponible Oxilog 2000).

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 7 de 23 27/02/18</i></p>
--	---	---

- Con Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI): **BIPAP Philips Respironics Trilogy** (comprobar batería).
- Bolsa-autoinflable (“Ambú”), con mascarilla, reservorio y alargadera
- Módulo de monitorización de transporte
- Soporte y Bombas de perfusión necesarias.
- Maletín de paradas de transporte.
- Medicación preparada para el transporte, indicada según el anestesiólogo, tanto de perfusión continua como intermitente o de rescate (por defecto siempre **1 ampolla de atropina y 1 ampolla de efedrina** cargadas en jeringa)
- ANEXO: En caso de traslado de un paciente desde el quirófano a UCI, al paritorio o al TAC, se prestará el Maletín de paradas al anestesiólogo responsable para dicho traslado.
- Si el paciente se traslada a UCI, el respirador de transporte se pedirá a la unidad de destino.

3. PREPARACIÓN

a) Enfermería

- Informar al paciente.
- Llevar las mínimas perfusiones necesarias, preferiblemente bombas de jeringa apiladas (la bomba de sedación nos permite administrar bolos, si precisa)
- Medicación cargada (acordar con el médico)
- Monitorización adecuada y completa (mínimamente pulsioximetría, ECG y TA).
- Poner tono de la pulsioximetría y ajustar el volumen.
- PAI: fijar cápsula de presión arterial invasiva al brazo del paciente (línea axilar media, con protección)
- Fijar TET, vías, drenajes...
- Aspirar secreciones.

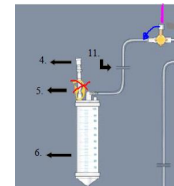
	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 8 de 23 27/02/18</i></p>
---	---	---

➤ **Fluidoterapia:**

- Retirar PVC
- Suero SIN CIK+ (Luz distal Vía Central), con válvula anti-reflujo en Y (medicación directa)
- Cambiar NPT (asépsia estricta) x G5% con dosiflow (Prevención hipoglucemias)
- Catecolaminas siempre CON BOMBA, bomba de jeringa “Fresenius Injectomat MC” por exactitud y mejor transportabilidad, (comprobar batería): Noradrenalina (**NA**), Dopamina, Dobutamina

➤ **Drenajes:**

- Drenajes Ventriculares (LCR):
- ✓ Mantener nivel del drenaje
- ✓ Cerrar la toma de aire/filtro bacteriano para que no se humedezca. ✗
- ✓ Cerrar la llave de drenado hacia la cámara colectora, justo antes del traslado. ⚡
- ✓ **Permite conectar en la llave sistema de curva de presión (“sistema de arteria”) para monitorizar PIC durante el traslado.** |
- Montarla SIN manguito de presión (como PVC), y **bloquear el sistema de lavado** (goma azul) para NUNCA infundir fluidos en ventrículos cerebrales.
- Drenajes torácicos: Desconectar de la aspiración. No pinzar. Mantener vertical
- Retirar lavados lavacuators o vesicales



	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	PC-006-03 V-1 Página 9 de 23 27/02/18
---	--	--

- **Analgesia epidural:** Desconectar
- **Otras monitorizaciones:**
 - Monitores de Gasto Cardíaco Flowtrac / VolumeView: Desconectar y apagar. Precisan nueva calibración, MISMO PACIENTE
 - BIS, PSI: Desconectar sensor y apagar
 - **PIC: NO desconectar el sensor (monitorización de la PIC continua durante todo el transporte, si no hay otra orden por parte del anestesiólogo), NO APAGAR para no perder la calibración.**
 - Monitor vascular Liquo-Guard: no parar ni desconectar
- Preparar la Hª clínica, si procede (Quirófano)
- Configurar alarmas en monitor de transporte
- Comprobar el aporte de O2 al paciente en respiración espontánea

b) Auxiliar de enfermería

- Suspender NE y conectar la SNG a bolsa (vaciado gástrico)
- Retirar dispositivo anti-equino, medias neumáticas, almohadas.
- Desconectar y pinzar colchón anti-escaras.
- Proveer de manta
- Maletín transporte (Medicación nevera)

c) Médico anestesiólogo

- INDICAR y confirmar la necesidad del transporte intrahospitalario del paciente (p. ej. al TAC), valorando el beneficio-riesgo del paciente
- Coordinar el transporte con los responsables de los Servicios receptores (p. ej. Radiólogo)
- Valorar el estado hemodinámico, neurológico y respiratorio del paciente (incluyendo la auscultación del paciente antes y después de cada cambio de respirador, y la comprobación de la correcta posición del tubo

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	<i>PC-006-03 V-1 Página 10 de 23 27/02/18</i>
---	--	---

endotraqueal o de la cánula traqueal, además de comprobar la mecánica ventilatoria del paciente)

- Valorar la intubación orotraqueal antes del transporte o la necesidad de VMNI, valorar la preparación del material para la IOT (ajustado al paciente), en caso de alta probabilidad de necesidad de VM
- Indicar la preparación de medicación de transporte que no sea por defecto (bombas, medicación de rescate e intermitente, indicar la longitud de las alargaderas de las bombas)
- Indicar el modo de movilización del paciente (p. ej. en bloque, cabecera 30°)
- **En los pacientes con monitor de la presión intracraneal (PIC)**, que precisan una posición neutra (en decúbito supino 0°) durante la realización de la prueba (p. ej. realización de TAC craneal): En UCIQ antes del transporte, se efectúa una prueba en dicha posición (neutra) del paciente registrando los cambios de la PIC. Si el aumento de la PIC es relevante se probarán medidas farmacológicas (por defecto 50-75 mg tiopental iv) y su respuesta para valorar la viabilidad del transporte.
- **En el caso de drenaje ventricular** el anestesiólogo valorará la extracción manual (por defecto 2-3 ml) de líquido cefalorraquídeo como medida excepcional para evitar una posible herniación cerebral.
- Chequear el equipamiento y la medicación para el traslado (doble chequeo)
- **En el respirador de transporte:**
 - Elegir el respirador.
 - Programar modo y parámetros (por defecto control por volumen, valorar ligera hiperventilación en el paciente con TCE)
 - Fijar las alarmas de Presión y FR en el respirador
 - Comprobar el respirador portátil antes de conectar al paciente (batería, chequeo de ventilación con balón, punto débil: funcionamiento de la válvula espiratoria (ojo: barotrauma e

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	<i>PC-006-03 V-1 Página 11 de 23 27/02/18</i>
---	--	---

inestabilidad hemodinámica del paciente), calcular la cantidad de oxígeno en balas etc.

- Auscultar al paciente tras conectarlo al respirador de transporte

d) Registrar el Check-list de traslado del paciente en UCI-Q: [anexo 1](#)

4. PROCEDIMIENTO

Trabajo en equipo multidisciplinar: precisa de un celador, un enfermero de UCI-Q y un anestesiólogo

a) Fase de transporte

- El anestesiólogo conectará al paciente al respirador y comprobará su correcto funcionamiento: Con cada cambio de respirador es obligatoria una nueva auscultación del paciente.
- En los transportes muy cortos del quirófano de Urgencias a UCI-A o al revés, el anestesiólogo podrá considerar la realización de ventilación manual (p. ej. con bolsa "Ambu"), si las condiciones del paciente lo permiten.
- El anestesiólogo indicará la medicación a administrar antes y durante el transporte (p. ej. para la sedación y/o relajación muscular, para disminuir la PIC, etc.)
- El anestesiólogo indicará la posición del paciente durante el transporte y si es necesaria la movilización en bloque.
- Contactar con el servicio receptor, para minimizar esperas
- Vigilar la hemodinámica (especial énfasis), ventilación y estado neurológico (pupilas, PIC) del paciente en todo momento. Los monitores tienen que ser visibles desde la ventanilla del TAC.
- En el pase a la mesa de TAC, RMN, quirófano o en el pase a la cama,

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	<i>PC-006-03 V-1 Página 12 de 23 27/02/18</i>
---	--	---

proteger y fijar bien el TET, la cánula traqueal, la columna cervical, los accesos vasculares (sobre todo la vía central), los drenajes y tubos torácicos.

- La persona que está colocada en la cabeza del paciente asegurando la vía aérea, coordina la movilización y da la orden del pase a la mesa o de la cama, contando hasta tres.
- Vigilar la tolerancia del paciente a posición supino 0°
- En el traslado a Quirófano, trasladar la información completa al anestesiólogo y al enfermero de anestesia, entregar la historia clínica con etiquetas suficientes del paciente.
- Para TQT llevar cánulas 8 y 9 con aspiración subglótica.
- Para intervención urgente, informar si tiene sangre cruzada
- **Pacientes con aislamiento respiratorio y/o de contacto**
 - Sobre todo aquellos cuyo microorganismo patógeno sea multirresistente, en los que debemos extremar las medidas de precauciones universales y la utilización de bata, mascarilla, calzas y guantes.
 - Además, comunicaremos la situación al servicio que recibe el paciente para que estén preparados.
 - Recomendado, con limitaciones para su cumplimiento:
 - Avisaremos al jefe de celadores para bloquear un ascensor y utilizarlo únicamente para ese traslado y ese paciente, (por lo tanto no podrá ser utilizado por nadie hasta que el paciente vuelva a su unidad de origen)
 - Avisaremos al servicio de limpieza para que limpien el ascensor según protocolo y vuelva a poder ser usado.

b) Recepción en críticos

- Conectar al pcte al respirador o al caudalímetro.
- Instalar el módulo de monitorización de transporte al de cabecera.
- Si drenaje, pleural volver a conectarlo a la aspiración.

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 13 de 23 27/02/18</i></p>
--	---	--

- Conectar y calibrar los transductores.
- Reinstaurar las perfusiones que habían sido suspendidas para el traslado.
- Colocar el urinómetro y comprobar que está despinzada la SV.
- Conectar SNG y reiniciar la nutrición enteral.
- Anotar en gráfica la hora de salida y llegada, y servicio al que ha ido el pcte.
- Registrar la prueba realizada, incidencias y medicación administrada.
- Dejar al pcte en buena posición y con la cama limpia.
- Revisar y reponer el material y medicación utilizada.
- Limpiar el aparataje.

5. EVENTOS ADVERSOS POTENCIALES

- Inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria durante el traslado o la prueba
- Aumento de la presión intracraneal
- Acumulación de secreciones
- Retirada o desconexión accidental de TET, sondas o catéteres
- Descarga de baterías
- Fallo en los aparatos: respirador, bombas
- Bala de O2 vacía

B. TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO.

El anestesiólogo se ocupará de:

- Valorar indicación, viabilidad y riesgo-beneficio del traslado del paciente.
- Informar al paciente, a la familia y al personal de enfermería de la decisión del traslado.
- Coordinar el traslado del paciente junto con el Hospital o Servicio receptor.
- Comunicación y coordinación con el Servicio de transporte responsable (CICU, transporte médico privado/extranjero), aportando la información adecuada y requerida (normalmente via telefónica)

	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 14 de 23 27/02/18</i></p>
---	---	--

- Acordar con el Servicio de transporte responsable la indicación de la preparación de recursos y medicación para el traslado del paciente.

1. TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN MÉDICA Y ENFERMERA

Es un proceso informativo dinámico de la situación clínica del paciente, en el cambio de nivel asistencial.

Su fin último es la transmisión de información crítica del paciente para asegurar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en el contexto de una atención segura y evitando la pérdida de la continuidad asistencial.

Aspectos básicos como quién realiza la transferencia, cuándo, dónde, cómo y qué se transfiere deben estar incluidos en el desarrollo del proceso.

En 2008, la Comisión Mixta JCAHO crea un objetivo específico que recomienda la aplicación de un sistema estandarizado para la transferencia de pacientes. La estandarización minimiza la variabilidad del proceso y evita errores, olvidos e interpretaciones erróneas en la atención al paciente, permitiéndonos garantizar su seguridad.

Recientemente fue publicado en la Revista Electrónica de Medicina Intensiva (REMI), un artículo promoviendo un checklist para la estandarización de la transferencia del paciente, con el acrónimo I.D.E.A.S, que consta de 5 puntos, y que contiene la información necesaria para garantizar un conjunto mínimo de datos que permiten la continuidad asistencial.

Modelo IDEAs: Estandarización de la Transferencia del Paciente	
1. IDENTIFICACIÓN	Identificación del profesional responsable del paciente, identificación del profesional receptor del paciente e identificación del paciente .
2. DIAGNÓSTICO	Definición clara y estandarizada del problema actual , objeto de la asistencia, así como de los antecedentes , enfermedades crónicas de relevancia, tratamientos más importantes y alergias.
3. ESTADO	Una exposición breve y ordenada de las funciones vitales del paciente reseñando las alteraciones existentes.
4. ACTUACIONES	Incluye las medidas terapéuticas realizadas y las pendientes, y el plan de acción a seguir.
5. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	Resumen de los aspectos más importantes , claves, que requieren de una atención especial dadas las alteraciones del paciente. Recordatorio de los puntos más importantes, incluidas las alergias .

IDENTIFICACIÓN: Identificación del profesional responsable del paciente.
Identificación del profesional receptor del paciente. Identificación del paciente.

	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 15 de 23 27/02/18</i></p>
---	---	--

- ¿Quiénes son los profesionales responsables del paciente? ¿Quién es el paciente?

DIAGNÓSTICO: Definición clara y estandarizada del problema actual objeto de la asistencia, así como de los antecedentes, enfermedades crónicas de relevancia, tratamientos más importantes y alergias.

- ¿Cuál es el problema que da objeto a la asistencia?
- ¿Cuáles son los antecedentes más relevantes? ¿Tiene Alergias?

ESTADO: Una exposición breve y ordenada de las funciones vitales del paciente reseñando las alteraciones existentes.

- ¿Cómo se encuentra el paciente actualmente? ¿Cómo se manifiesta la enfermedad?

ACTUACIONES: Incluye las medidas terapéuticas realizadas y las pendientes, y el plan de acción a seguir.

- ¿Qué se ha hecho hasta ahora?
- ¿Qué queda por hacer? ¿Quién lo tiene que hacer?

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA: Resumen de los aspectos más importantes, claves, que requieren de una atención especial dadas las alteraciones del paciente. Recordatorio de los puntos más importantes, incluidas las alergias.

- Presta atención a.....
- Recuerda que.....

	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 16 de 23 27/02/18</i></p>
---	---	--

2. MODELO IDEAS



....., especialmente indicada para la Transferencia de Pacientes entre distintos servicios o unidades asistenciales.

IDEAS	
I IDENTIFICACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del profesional responsable del paciente. • Identificación del profesional que recibe al paciente. • Identificación del paciente: Nombre y Apellidos, Sexo, Edad, Localización, Nacionalidad, Idioma, Estilo de vida, hábitos tóxicos, etc. 	
D DIAGNÓSTICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico actual. • Diagnósticos previos, antecedentes, enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, tratamiento habitual, etc. • En Traumas (ATF, caídas, etc.) explicar el mecanismo lesional. • Alergias 	
E ESTADO	
Función Respiratoria	Frecuencia y patrón respiratorio, ventilación mecánica, Saturación de O ₂ , cianosis, expectoración, auscultación pulmonar...
Función Hemodinámica	Frecuencia cardíaca, ritmo, tensión arterial, relleno capilar, pulsos, edemas, sangrados, auscultación cardíaca...
Función Neurológica	Nivel de conciencia, orientación, alteraciones de la conducta, focalidad neurológica, movilidad, sensibilidad, coordinación, reflejos, pupilas...
Función Renal-Metabólica	Diuresis, incontinencia, alteraciones electrolíticas, pH...
Función Digestiva-Endocrina	Nauseas, vómitos, glucemia, nutrición, dieta...
Función Locomotora-Piel	Motricidad, autonomía, lesiones, heridas (tipo y localización), quemaduras, deformidades, sudoración...
Función Inmunológica-Hematológica	Signos de infección, anemia, coagulopatía...
Dolor	Nivel, tipo, duración, localización...
A ACTUACIONES	
Soporte Respiratorio	Oxigenoterapia, IOT, modo ventilatorio, aspiración...
Fármacos	Administrados, actuales, perfusiones, bombas...
Vías	Accesos venosos periféricos, centrales, intraóseos...
Sondas	Digestivas, urológicas
Técnicas e Instrumental	Marcapasos, desfibrilación, diálisis...
Pruebas Diagnósticas	ECG, analíticas, pruebas de imagen (Rx, TAC, RNM...)
Cuidados	Curas, taponamientos heridas, postura de traslado, cambios posturales, drenajes...
S SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	
Resumen y Recordatorio de los aspectos más importantes que requieren una especial atención, incluidas alergias. Confirmar la comprensión de elementos claves, permitiendo realizar preguntas y aplicar técnicas de Feed-Back.	

*Modificado de Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI (2013):13(4)



3. ENTREGAR INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA AL TRASLADO DEL PACIENTE

4. ENTREGAR INFORME DE ALTA MÉDICA

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	<i>PC-006-03 V-1 Página 17 de 23 27/02/18</i>
---	--	---

4.- Responsabilidades

La responsabilidad durante el traslado del paciente

El facultativo y enfermero/a son responsables de:

- Garantizar la seguridad del paciente
- Prevención de eventos adversos EA
- Mantener la estabilidad del paciente crítico
- Garantizar la continuidad de los cuidados
- Resolver eficazmente las posibles complicaciones

La auxiliar de enfermería:

- Retirar y asegurar los dispositivos descritos en procedimiento
- Avisar al servicio receptor de la salida de la unidad
- Avisar a los familiares, si procede
- Iniciar el proceso de ALTA, si procede

La responsabilidad del alta por traslado a otro centro asistencial recae sobre el facultativo que la realiza, y en caso de una decisión consensuada por limitación del esfuerzo terapéutico, esta responsabilidad corresponde a la comisión de calidad de la Unidad.

Para ello en el informe de alta, deberá quedar claramente especificado el nombre y número de colegiado del facultativo responsable.

Así mismo, la responsabilidad del alta de enfermería recae sobre el enfermero/a que la realiza, para garantizar la continuidad de los cuidados y prevenir riesgos.

El informe debe firmarse con nombre y apellido.

5.- Indicadores

	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p>PC-006-03 V-1 Página 18 de 23 27/02/18</p>
---	---	--

INDICADOR Nº 99

Nombre del indicador	LISTADO DE VERIFICACIÓN EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO
Dimensión	Seguridad, adecuación y continuidad asistencial
Justificación	Los enfermos críticos frecuentemente precisan ser trasladados a otros servicios del hospital para la realización de intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas, incrementándose el riesgo de eventos adversos. A pesar de las recomendaciones actuales y la incorporación de protocolos en la práctica clínica la incidencia de eventos adversos sigue siendo frecuente. Los listados de verificación constituyen una herramienta para reducir al mínimo las complicaciones derivadas del traslado, mejorar la seguridad de los pacientes y garantizar la continuidad asistencial
Fórmula	$\frac{\text{nº de listados de verificación de traslado realizados}}{\text{nº total traslados intrahospitalarios}} \times 100$
Explicación de términos	<p>El listado de verificación debe incluir los procedimientos y el equipo que deben ser revisados en las distintas fases del traslado.</p> <p>Antes: Evaluar la necesidad de traslado y estabilidad del paciente. Verificar la preparación del material, fluidos y medicación, establecer comunicación con el personal del servicio receptor para asegurar que todo se encuentra preparado.</p> <p>Durante: mantener la vigilancia durante traslado y realización de las intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas, registrar signos vitales ≤ 15 minutos y la administración de medicación. Comprobar continuidad del suministro de oxígeno y eléctrico, así como la medicación y bombas de infusión.</p> <p>Después: Conexión a dispositivos de UCI (ventilador, monitor y bombas de infusión), documentación en la historia clínica y registro de posibles eventos adversos</p>
Población	Todos los traslados de enfermos críticos para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica y hoja de verificación
Estándar	100%

INDICADOR Nº 98

Nombre del indicador	EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO
Dimensión	Seguridad, adecuación, continuidad asistencial
Justificación	El traslado intrahospitalario del enfermo crítico y su movilización para realizar intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas, incrementa el riesgo de eventos adversos por discontinuidad en los cuidados. El transporte debe realizarse con sistemas de soporte vital y monitorización conforme a criterios de calidad y seguridad clínica, hacerse con el equipamiento adecuado y suficiente personal entrenado para la resolución inmediata de imprevistos que comprometan la vida del enfermo. Es imprescindible el registro de los eventos adversos más graves que pueden ocurrir en un traslado intrahospitalario
Fórmula	$\frac{\text{nº traslados intrahospitalarios con eventos adversos}}{\text{nº total traslados intrahospitalarios}} \times 100$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos graves: incluyendo al menos: muerte, parada cardíaca recuperada, extubación accidental, retirada accidental de catéteres, vías, drenajes y sondas, interrupción del suministro de oxígeno, caídas • Traslado intrahospitalario: el que se realiza para intervenciones diagnósticas o terapéuticas
Población	Todos los traslados intrahospitalarios de enfermos críticos
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica y sistemas de notificación de eventos adversos
Estándar	< 10 %

	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p>PC-006-03 V-1 Página 19 de 23 27/02/18</p>
---	---	--

INDICADOR Nº 118

Nombre del indicador	TRASPASO REGLADO DE INFORMACIÓN
Dimensión	Seguridad
Justificación	El intercambio interdisciplinario de la información sobre el enfermo es un componente esencial de la seguridad, contribuye a mejorar la efectividad de las medidas y del cuidado centrado en el paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos. La alta frecuencia de trasposos de información, la gravedad del paciente y la gran cantidad de datos a traspasar hacen más difícil este intercambio de información en el enfermo crítico. La comunicación verbal puede verse afectada por interrupciones y limitaciones de tiempo pudiéndose perder información muy valiosa para la continuidad asistencial
Fórmula	$\frac{\text{nº de trasposos reglados de información}}{\text{nº de trasposos de información rutinarios entre profesionales}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Traspaso reglado de información: es el intercambio de información que se produce entre profesionales (médico-médico; enfermera-enfermera) de forma rutinaria (cambio de guardia/cambio de turno/alta a planta) y que se acompaña de transferencia de responsabilidad. Este término contempla</p> <ul style="list-style-type: none"> · Identificación del profesional responsable de la atención del enfermo · Tiempo y lugar pre-establecido para el traspaso de información · Información clínica relevante incluyendo la situación actual del enfermo · Información sobre la toma de decisiones · Procedimientos y exploraciones complementarias pendiente de realizar/evaluar · Los datos más relevantes deberán quedar recogidos en la documentación clínica de forma que sean accesibles
Población	Todos los trasposos de información rutinarios realizados durante un periodo de tiempo Criterio de exclusión: Traspasos de información a otros profesionales implicados en la atención del enfermo
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Plan Funcional del SMI. Observación directa
Estándar	90%

INDICADOR Nº 127

Nombre del indicador	INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA
Dimensión	Seguridad, Continuidad Asistencial
Justificación	El alta de un enfermo de UCI implica el traspaso de una información a los profesionales que continuarán los cuidados en una unidad de hospitalización diferente a la que el paciente ha estado hasta ese momento. La información debe ser completa, clara y pertinente para garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad de paciente. Se ha considerado un proceso de alto riesgo, que genera un gran número de efectos adversos. Un proceso estandarizado favorece la comunicación entre profesionales, minimiza la variabilidad y potencia la participación de paciente en el contexto de una atención segura
Fórmula	$\frac{\text{nº de enfermos con informe de alta completo}}{\text{nº total de enfermos dados de alta de UCI}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Se entiende por informe de alta a la hoja resumen del enfermo durante el ingreso, protocolizada y aprobada por el centro</p> <ul style="list-style-type: none"> · Identificación del profesional responsable de la atención del enfermo · Identificación del enfermo · Motivo de ingreso · Resumen de estancia - Información clínica relevante · Situación actual del paciente · Procedimientos y exploraciones complementarias pendiente de realizar/evaluar · Informe de continuidad de cuidados (catéteres, sondas, cura de heridas, UPP,...) · Seguimiento tratamiento · Información facilitada a enfermo/familia <p>Se entiende por enfermo de alta a los pacientes dados de alta administrativa de la UCI</p>
Población	Todos los enfermos dados de alta de la UCI en el periodo estudio Criterios de exclusión: Enfermos fallecidos en UCI, en los que se realiza una epicrisis
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación Clínica. Sistema de información clínica Registro de exitus
Estándar	100%

 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 20 de 23 27/02/18</i></p>
---	---	--

6.- Registros.

RI05 CHEK TRANSPORTE DEL PACIENTE en UCIQ [anexo 1](#)

RI20 Informe de ALTA médica de la UCIQ [anexo 2](#)

RI21 Informe de ALTA de enfermería de la UCIQ [anexo 3](#)

	PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ	PC-006-03 V-1 Página 21 de 23 27/02/18
---	--	---

7.- Anexos.

anexo 1

Chek-list transporte intrahospitalario del paciente crítico UCI-Q	Equipo de mejora de la Seguridad del paciente en UCI-Q	R105	V-2	27/2/18
---	--	------	-----	---------

<p>1) Via aérea <input type="checkbox"/> Está asegurada</p> <p>2) Tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Está bien fijado <input type="checkbox"/> Está en posición correcta <input type="checkbox"/> Está libre de secreciones</p> <p>3) Ventilación: Facultativo <input type="checkbox"/> Comprobar el volumen tidal, FR y la capnografía <input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar <input type="checkbox"/> Es normal la SpO2</p> <p>4) Circulación <input type="checkbox"/> T.A. estable para el traslado</p> <p>5) Oxígeno <input type="checkbox"/> La bala dispone de oxígeno suficiente para el traslado</p> <p>6) Monitorización <input type="checkbox"/> Funciona adecuadamente el monitor y pulsioxímetro <input type="checkbox"/> Tienen ajustadas las alarmas</p> <p>7) Ambú con mascarilla y alargadera</p> <p>8) Maletín transporte <input type="checkbox"/> Medicación nevera <input type="checkbox"/> Medicación cargada</p>	<p>9) Drogas/fluidos <input type="checkbox"/> Está preparada la sedación, analgesia y relajación en bolos. <input type="checkbox"/> Identificada y permeable vía/luz limpia para medicación urgente. <input type="checkbox"/> Hay suficientes fluidos y pasan a su ritmo <input type="checkbox"/> Están todas las drogas necesarias <input type="checkbox"/> Llevamos dosis suficiente para todo el traslado, aunque se prolongue</p> <p>10) Dispositivos <input type="checkbox"/> Está desconectada la NE y la SNG conectada a bolsa <input type="checkbox"/> Los drenajes torácicos están asegurados <input type="checkbox"/> Está fijada la SV <input type="checkbox"/> Están fijados los catéteres venosos y arteriales <input type="checkbox"/> Están todos los dispositivos bien seguros y protegidos</p> <p>11) Historia clínica <input type="checkbox"/> Está completa y ordenada</p> <p>12) Servicio receptor <input type="checkbox"/> Están informados de nuestra llegada</p>
---	---


ETIQUETA PACIENTE

TRASLADO A: FECHA: FIRMA ENFERMERÍA:

INCIDENTE (SIN DAÑO AL PACIENTE): EVENTO ADVERSO (CON DAÑO AL PACIENTE):

anexo 2

 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-06 PROCEDIMIENTO CLAVE DE TRASLADO DEL PACIENTE EN LA UCIQ</p>	<p><i>PC-006-03 V-1 Página 22 de 23 27/02/18</i></p>
---	---	--

 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>INFORME ALTA MÉDICA UCIQ</p>	<p>ETIQUETA PACIENTE</p>
---	-------------------------------------	--------------------------

Fecha ingreso:

Fecha de alta:

Antecedentes personales:

Antecedentes familiares:

Enfermedad o proceso actual:

Exploración física:

Pruebas complementarias:

Evolución clínica:

Diagnóstico principal:

Otros diagnósticos:

Procedimientos quirúrgicos / obstétricos:

Procedimientos diagnósticos / terapéuticos:

Servicio de destino:

Recomendaciones y tratamiento a seguir:


FIRMA Y NE COLEGIADO FACULTATIVO

anexo 3

PC.06 V01

Página 22 de 23

ANEXO 21. PC.07 Alta del paciente

	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 1 de 20 31-01-2020</p>
---	---	---



PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA

Control de las modificaciones


VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA
V02	Cambios en el programa de Hospitalización a Orion Clinic	31-01-2020

Realizado	Revisado	Aprobado
Dra. Pérez Carbonell Dr. Miralles Dr. Martínez Peñuela	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha – 31-01-2020	Fecha – 31-01-2020	Fecha – 31-01-2020

Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Departamento de salud de Elche, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso autorizado por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones vigentes aquellas que estén a disposición en el repositorio documental informático.

 GENERALITAT VALENCIANA <small>GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL</small> SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 Página 2 de 20 31-01-2020
---	--	---

- 1.- Objeto y Alcance
- 2.- Referencias normativas y definiciones
- 3.- Desarrollo
- 4.- Responsabilidades
- 5.- Indicadores
- 6.- Registros
- 7.- Anexos

 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA</p>	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 Página 3 de 20 31-01-2020
---	--	--

1. OBJETO Y ALCANCE

El objetivo de este proceso es describir las condiciones generales que debe cumplir un paciente cuando se plantea realizar el alta a otra unidad con menor complejidad.


El objetivo clave será asegurar unas condiciones clínicas que permitan la recuperación del paciente en una sala donde los cuidados y la vigilancia ya no son intensivos.

Los criterios de alta también deben reconocer la autonomía del paciente, incluidas sus opiniones anticipadas, disposiciones finales y poder legal para decisiones de atención médica.

2. REFERENCIAS NORMATIVAS Y DEFINICIONES

2.1. Referencias Normativas

- Guías de admisión y alta en UCIs se publican en 1999 (*Crit Care Med 1999, vol 27 n° 3*)
- Guía de actuación de enfermería: Generalitat. Conselleria de Sanitat Segunda edición 2007. ISBN: 978-84-482-4833-8
- Manual de críticos enfermería de la SEEICYUC.
- Los diagnósticos de enfermería como instrumento de aprendizaje en el cuidado del paciente crítico de UCI. Autoras: María Ruzafa Martínez, Gloria Muñoz Pérez, Alicia González Quijano Escuela Enfermería. Universidad Murcia
- Guía de Práctica Clínica: CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMERÍA. HOSPITAL TXAGORRITXU. 2004.



 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>Hospital General Universitari d'Elx</p> <p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 4 de 20 31-01-2020</p>
---	--	--

2.2. Definiciones

La unidad de cuidados intensivos es el servicio de hospitalización de pacientes en estado crítico, que exigen monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y equipos altamente especializados. Se relaciona básicamente con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos y obstétricos.

ALTA: determinar en qué momento dar el alta a fin de evitar estancias prolongadas infructuosas o, por el contrario, salidas prematuras que incrementen la tasa de readmisiones.

INFORME DE ALTA: Herramienta necesaria para hacer un traspaso reglado del paciente. Debe permitir:



- Identificación del profesional responsable de la atención del enfermo 
- Lugar pre-establecido para el traspaso del paciente
- Información clínica relevante incluyendo la situación actual del enfermo 
- Información sobre la toma de decisiones
- Procedimientos y exploraciones complementarias pendiente de realizar/evaluar
- Los datos más relevantes deberán quedar recogidos en la documentación clínica de forma que sean accesibles

3. DESARROLLO

La condición de los pacientes hospitalizados en UCI debe ser evaluada continuamente, de manera que podamos identificar en qué momento ya se hace innecesaria la vigilancia intensiva, para determinar el traslado a unidad de menor complejidad.

Esto puede ocurrir por dos condiciones:

- Cuando la evolución ha sido satisfactoria, el paciente va mejorando y ya no requiere vigilancia ni monitorización intensiva: lo más frecuente.
- Cuando el curso ha sido al deterioro progresivo inevitable e inexorable, cayendo

 GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 Página 5 de 20 31-01-2020
--	--	---


en la categoría de fuera de alcance terapéutico, en que es aconsejable el traslado a unidad de menor complejidad con intención de privilegiar el confort del paciente y la compañía de sus familiares.

También se debe abordar en este espacio y con extrema cautela el hecho del fin de la vida, consecuencia de los estadios finales de una enfermedad que inevitablemente llevará a la muerte. Limitar el soporte a estos pacientes es una decisión médica ética y científicamente discutida con la familia, en la que se plantea la retirada del tratamiento o su restricción y abandono de esfuerzos inútiles.

[PRO 005-03 Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico y muerte digna](#)

A. CRITERIOS PARA DAR EL ALTA DE LA UCI QUIRÚRGICA

1. Parámetros hemodinámicos estables.
2. Estado respiratorio estable en paciente extubado > de 24 horas y con vía aérea permeable que no requiere soporte respiratorio o que el que requiere es no-invasivo y puede ser aplicado de forma segura fuera de la UCI
3. Requisitos de oxígeno no más de 50%
4. El paciente ya no requiere soporte inotrópico, vasodilatador y antiarrítmico intravenoso o con el paciente estable las dosis requeridas son bajas y pueden ser administradas de forma segura fuera de la UCI si se requiere la cama de la UCI.
5. Las arritmias cardíacas están controladas
6. El paciente está neurológicamente estable y se han controlado las convulsiones
7. Se ha retirado el equipo de monitorización de la presión intracraneal.
8. Se han retirado todos los catéteres para la monitorización hemodinámica
9. Pacientes crónicamente en ventilación mecánica invasiva (traqueostomía) o no-invasiva que permanecen estables y en quienes la enfermedad crítica

 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 6 de 20 31-01-2020</p>
---	---	--

aguda se ha resuelto o ha revertido y pueden ser transferidos a una unidad que maneja rutinariamente a pacientes ventilados crónicamente o a su domicilio.

10. Pacientes con diálisis peritoneal o hemodiálisis crónica en los que se ha resuelto la enfermedad aguda crítica y que ya no requieren de intervenciones complejas, cuidados o monitorización que exceda la capacidad institucional para su cuidado fuera de la UCI
11. Pacientes con traqueostomía que ya no requieren de aspiración frecuente e intensiva
12. El equipo encargado del cuidado del paciente y su familia, después de una valoración cuidadosa, conjunta y coordinada determinan que ya no se derivan beneficios para el paciente de su permanencia ingresado en la UCI

B. EJECUCIÓN DEL PROCESO DE ALTA

a) El médico:



- Comunicar a la enfermera responsable del paciente y a la supervisora la confirmación de alta de la UCI-Q y la unidad de hospitalización de destino.
- Cumplimentar el informe de ALTA MÉDICA.

b) La supervisora

- Solicitar al servicio de admisión la adjudicación de una cama en la unidad de destino del paciente.

c) La administrativa

- Recopilar y ordenar todos los documentos de la historia clínica del paciente.
- Colaborar en la redacción del alta médica (tres copias: paciente, historia clínica, servicio UCI-Q)
- Adjuntar al informe de alta médica, las hojas de sugerencias, agradecimientos y encuestas de satisfacción del paciente y familia.
- Entregar el ALTA completa a la enfermera responsable del paciente.
- Enviar la historia clínica para su archivo.

 GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 Página 7 de 20 31-01-2020
--	--	--

d) La enfermera



- La enfermera comprobará que no se ha producido ninguna complicación que impida el alta. Si es así, avisará al médico.
- La enfermera retirará al paciente catéter arterial y vías periféricas de MMII
- Cumplimentará el informe de ALTA DE ENFERMERÍA.
- Entregará los informes de alta médica, alta de enfermería, hojas de sugerencias y agradecimientos y encuestas de satisfacción al paciente y familia.

e) La TCAE

- Comunicará a farmacia la cama de destino del paciente para la gestión de las Nutriciones Enterales y Parenterales.
- Registrará la nueva ubicación del paciente en el programa de cocina del hospital: TREBES.
- Avisará telefónicamente al familiar cuidador principal, si el alta se produce fuera del horario habitual de la mañana.
- Recogerá sus pertenencias del box y entregará los enseres personales y objetos de valor depositados al paciente o familiar/cuidador.
- Retirá el motor de las medias neumáticas del paciente.
- Retirá la almohada del paciente.
- Recogida del material y puesta en orden del BOX: retirar ropa, limpieza de aparataje y cables del box. En aislamientos, desechar todo el material fungible del box.
- Avisar al servicio de limpieza: en ingresos de más de 48h se deben limpiar paredes y cambiar las cortinas.
- Preparar el Box para nuevo ingreso según protocolo de equipamiento del Box de la UCI-Q

f) El celador

- Avisar al celador para que traiga a la unidad la cama de la habitación asignada al paciente.
- Solicitar bala de O₂ si precisa, para el traslado

 GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 Página 8 de 20 31-01-2020
--	--	---


C. INFORME DE ALTA MÉDICA

El informe de alta se realizará siempre en el documento para tal efecto en el programa **ORION** Siguiendo el patrón establecido en el mismo.

El informe de alta debe servir para dar información precisa y concreta de los diagnósticos, tratamientos y evolución del paciente, de manera que de una forma sintética se pueda conocer dicho episodio.

Aspectos a destacar en un informe de alta:

1. Exploración física: Destacaremos los hallazgos patológicos de la exploración física al ingreso y una descripción completa de la exploración física al alta. En la exploración física no se incluyen los comentarios sobre la evolución de la función de órganos y sistemas
2. Pruebas complementarias:
 - a. Pruebas de imagen: se anotará el resumen o conclusiones de las mismas, nunca el informe completo que puede consultarse en la historia clínica del paciente
 - b. Analíticas: se reseñan los valores anormales de relevancia clínica
 - c. Interconsultas: únicamente deben figurar los especialistas consultados y en el caso de una recomendación relevante, se destacará en dicho apartado.
 - d. Pruebas complementarias pendientes de realizar.
3. Evolución clínica: se realizará un resumen de la evolución del paciente desde su ingreso hasta el alta. Siguiendo el mismo criterio usado para la realización de la evolución diaria de los pacientes, es decir, agrupados por aparatos y sistemas. Debemos evitar sobrecargar el informe con datos poco relevantes.
 - a. NEUROLÓGICO: Daño cerebral que precisó monitorización específica. Estado de conciencia al alta. Focalidad neurológica. Episodios de delirio y tratamiento del mismo. Días de sedación (profunda y superficial) y manejo analgésico (tipo de opiáceo)
 - b. HEMODINÁMICO: desarrollo de insuficiencia cardiaca y necesidad de soporte hemodinámico, días de estabilidad sin tratamiento hasta el alta. Arritmias y tratamiento de las mismas.


	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 9 de 20 31-01-2020</p>
---	---	--

- c. RESPIRATORIO: soporte ventilatorio (invasivo, no invasivo) días de soporte, días sin soporte hasta el alta. Desarrollo de daño pulmonar. Oxigenoterapia al alta.
 - d. INFECCIOSO: procesos infecciosos destacados y confirmados con cultivo y antibiograma. Antibioterapia recibida durante el ingreso. Necesidad de antibioterapia al alta y días de duración de la misma. Se destacará si el paciente presenta algún tipo de colonización.
 - e. RENAL: afectación de la función renal según la clasificación AKI-KDIGO. Necesidad de TRR (continua e intermitente) Necesidad de soporte diurético durante su ingreso y al alta. Ionograma
 - f. DIGESTIVO: desarrollo de fallo hepático y origen (isquémico, séptico, etc) así como el desarrollo de ileo adinámico, síndrome compartimental y tratamiento. Restablecimiento normal del tránsito intestinal.
 - g. METABOLISMO Y NUTRICIÓN: tipo de soporte nutricional, perfil glucémico. Alteraciones iónicas destacables. Estudio hormonal realizado. Estado nutricional y tipo de alimentación recomendada al alta.
 - h. HEMATOLÓGICO: afectación de la serie roja y necesidades transfusionales totales. Coagulopatía y manejo de esta. Anemia y tratamiento al alta. Profilaxis de la TVP.
 - i. MISCELANEA: otros procesos no incluidos en los apartados anteriores
4. Procedimientos quirúrgicos: deberá realizarse un listado de todos los procedimientos quirúrgicos urgentes realizados durante su ingreso.

D. INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

El informe de alta de enfermería se realizará siempre en el documento para tal efecto instalado en los ordenadores de la unidad, y vinculado a un registro general de altas de enfermería de la UCI Quirúrgica por el número de historia clínica de los pacientes.

El desarrollo del documento está basado en la metodología enfermera (valoración del paciente al alta, planificación de los cuidados y recomendaciones para la continuidad de los cuidados)

	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 <i>Página 10 de 20</i> 31-01-2020
---	--	--


Consta de:

- Motivo del ingreso.
- Procedencia.
- Grado de autonomía del paciente para cubrir sus necesidades en domicilio:
independiente / dependiente para las AVD (actividades de la vida diaria).
- Valoración social en pacientes dependientes.
- Estado emocional.
- Enfermedades crónicas.
- Patrón intestinal en domicilio.
- Hábitos tóxicos.
- Alergias.
- Catéteres, drenajes, sondas (con fecha de inserción y cura)


➤ **Diagnósticos de enfermería por dominios: Resueltos**

Por resolver

NEUROLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ GLASGOW ➤ RASS ➤ Reactividad pupilar ➤ Movilidad y fuerza de MMSS y MMII ➤ Riesgo de obstrucción DVE
PERCEPCIÓN / COGNICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Confusión aguda (o riesgo de...) ➤ Labilidad emocional ➤ Déficit auditivo o visual
TOLERANCIA AL ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Síndrome de estrés al traslado ➤ Síndrome postraumático ➤ Ansiedad ➤ Temor ➤ Duelo ➤ Negación ineficaz ➤ Ansiedad ante la muerte ➤ Riesgo de soledad ➤ Aislamiento social ➤ Riesgo de compromiso de la dignidad humana

	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 Página 11 de 20 31-01-2020
---	--	---

RESPIRATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro de la mucosa oral ➤ Limpieza ineficaz de las vías aéreas ➤ Deterioro del intercambio de gases ➤ Patrón respiratorio ineficaz ➤ Riesgo de aspiración ➤ Riesgo de asfixia ➤ Respuesta disfuncional al destete del ventilador 						
CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de deterioro de la función cardiovascular ➤ Perfusión ineficaz (o riesgo de): <table border="1" data-bbox="708 891 1091 994" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>➤ Renal</td> <td>➤ Cerebral</td> </tr> <tr> <td>➤ Cardíaca</td> <td>➤ Pulmonar</td> </tr> <tr> <td>➤ Gastrointestinal</td> <td>➤ Periférica</td> </tr> </table> 	➤ Renal	➤ Cerebral	➤ Cardíaca	➤ Pulmonar	➤ Gastrointestinal	➤ Periférica
➤ Renal	➤ Cerebral						
➤ Cardíaca	➤ Pulmonar						
➤ Gastrointestinal	➤ Periférica						
ALIMENTACIÓN HIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro de la deglución ➤ Náuseas ➤ Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades ➤ Riesgo de nivel de glucemia inestable ➤ Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos ➤ Riesgo de desequilibrio electrolítico 						
ESTADO DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de UPP ➤ UPP ➤ Retraso en la recuperación de herida quirúrgica ➤ Deterioro integridad tisular: heridas 						
ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro de la eliminación urinaria ➤ Riesgo de infección ➤ Riesgo de lesión del tracto urinario ➤ Estreñimiento ➤ Diarrea ➤ Incontinencia fecal 						
SUEÑO / DESCANSO ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trastorno del patrón de sueño ➤ Deprivación de sueño ➤ Fatiga ➤ Deterioro de la movilidad en la cama ➤ Deterioro para permanecer sentado 						

	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 Página 12 de 20 31-01-2020
---	--	---

TERMORREGULACIÓN DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipotermia ➤ Hipertermia ➤ Dolor agudo ➤ Dolor crónico ➤ Síndrome de dolor crónico
FAMILIA / CUIDADOR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cansancio del rol de cuidador (o riesgo de) ➤ Estrés por sobrecarga ➤ Procesos familiares disfuncionales ➤ Deterioro de la interacción social ➤ Afrontamiento familiar comprometido
AUTOCUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Síndrome del anciano frágil ➤ Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud ➤ Déficit de autocuidado: baño ➤ Déficit de autocuidado: alimentación


➤ RECOMENDACIONES:

4. RESPONSABILIDADES

La responsabilidad del alta recae sobre el facultativo que la realiza, y en caso de una decisión consensuada por limitación del esfuerzo terapéutico, esta responsabilidad corresponde a la comisión de calidad de la Unidad.

Para ello en el informe de alta, deberá quedar claramente especificado el nombre y número de colegiado del facultativo responsable.

Así mismo, la responsabilidad del alta de enfermería recae sobre el enfermero/a que la realiza, para garantizar la continuidad de los cuidados y prevenir riesgos. El informe debe firmarse con nombre y apellido.

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 13 de 20 31-01-2020</p>
--	---	---


5. INDICADORES

INDICADOR N° 121

Nombre del indicador	RETRASO AL ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
Dimensión	Eficiencia, accesibilidad, adecuación
Justificación	El retraso al alta de los enfermos críticos se relaciona con un incremento de costes inadecuado, reduciendo el nº de camas disponibles para nuevos ingresos Puede aumentar la morbilidad de los enfermos y dificulta la relación con la familia La gestión adecuada de camas y la programación precoz de las altas reduce el retraso al alta
Fórmula	$\frac{\text{nº de estancias con retraso al alta del SMI}}{\text{nº total de estancias}} \times 100$
Explicación de términos	· Retraso al alta: intervalo de tiempo superior a 12 horas desde la indicación del alta hasta su salida del SMI
Población	Todas las estancias de enfermos dados de alta del SMI durante el período de estudio · Criterios de exclusión: estancias de enfermos en los que por motivo médico se decida retrasar el alta del SMI previamente indicada
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica. Sistema de información clínica
Estándar	<5 %

INDICADOR N° 120

Nombre del indicador	ALTA PRECOZ O NO PLANIFICADA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
Dimensión	Seguridad, adecuación
Justificación	El número limitado de camas en los SMI, y el incremento de enfermos críticos, favorece el hecho de que algunos enfermos sean dados de alta de forma precoz o no planificada El alta precoz o no planificada se asocia a un incremento en el nº de eventos adversos, reingresos, estancias, costes y de mortalidad hospitalaria
Fórmula	$\frac{\text{nº de enfermos con alta precoz o no planificada del SMI}}{\text{nº de enfermos dados de alta del SMI}} \times 100$
Explicación de términos	Alta precoz o no planificada: · Aquella se realiza de forma no programada o no consensuada en sesión clínica o forzada para ingresar otro enfermo independientemente del horario · Enfermos dados de alta sin cumplir criterios estandarizados ⁽¹⁾
Población	Todos los enfermos dados de alta del SMI durante el período de estudio
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica. Sistema de información clínica
Estándar	< 5%


	PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA	PC-07 V-2 Página 14 de 20 31-01-2020
---	--	---

INDICADOR Nº 123

Nombre del indicador	REINGRESOS NO PROGRAMADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
Dimensión	Seguridad, eficiencia
Justificación	Una tasa de reingresos elevada puede reflejar altas prematuras, una incorrecta atención en planta o una mala respuesta al tratamiento a pesar de una atención adecuada. Tasas bajas pueden reflejar estancias en el SMI excesivamente prolongadas (criterios de alta inadecuados) En general el reingreso se relaciona con una estancia hospitalaria más larga, un aumento del consumo de recursos y una mayor morbi-mortalidad
Fórmula	$\frac{\text{nº enfermos con reingreso no programados < 48 horas}}{\text{nº enfermos dados de alta del SMI}} \times 100$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> - Reingreso no programado: Reingreso por causa no prevista; relacionado o no, e independientemente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas
Población	Todos los enfermos dados de alta del SMI durante el período de estudio Criterios de exclusión: - Éxitus - Altas con indicación de limitación de tratamiento de soporte vital
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Departamento de Admisiones Servicio de Medicina Intensiva
Estándar	4%

INDICADOR Nº 127

Nombre del indicador	INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA
Dimensión	Seguridad, Continuidad Asistencial
Justificación	El alta de un enfermo de UCI implica el traspaso de una información a los profesionales que continuarán los cuidados en una unidad de hospitalización diferente a la que el paciente ha estado hasta ese momento. La información debe ser completa, clara y pertinente para garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad de paciente. Se ha considerado un proceso de alto riesgo, que genera un gran número de efectos adversos. Un proceso estandarizado favorece la comunicación entre profesionales, minimiza la variabilidad y potencia la participación de paciente en el contexto de una atención segura
Fórmula	$\frac{\text{nº de enfermos con informe de alta completo}}{\text{nº total de enfermos dados de alta de UCI}} \times 100$
Explicación de términos	Se entiende por informe de alta a la hoja resumen del enfermo durante el ingreso, protocolizada y aprobada por el centro <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del profesional responsable de la atención del enfermo - Identificación del enfermo - Motivo de ingreso - Resumen de estancia - Información clínica relevante - Situación actual del paciente - Procedimientos y exploraciones complementarias pendiente de realizar/evaluar - Informe de continuidad de cuidados (catéteres, sondas, cura de heridas, UPP,...) - Seguimiento tratamiento - Información facilitada a enfermo/familia Se entiende por enfermo de alta a los pacientes dados de alta administrativa de la UCI
Población	Todos los enfermos dados de alta de la UCI en el periodo estudio Criterios de exclusión: Enfermos fallecidos en UCI, en los que se realiza una epicrisis
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación Clínica. Sistema d einformación clínicaRegistro de exitus
Estándar	100%

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</p>	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 15 de 20 31-01-2020</p>
---	---	---

INDICADOR N° 128

Nombre del indicador	RAZON MORTALIDAD ESTANDARIZADA (SMR)
Dimensión	Seguridad, efectividad, eficiencia
Justificación	La mortalidad cruda no es un buen indicador de calidad al no valorar las diferencias entre el "case mix" ni la gravedad de la enfermedad La tasa de mortalidad estandarizada permite la auditoria comparativa
Fórmula	$\frac{\text{Tasa mortalidad hospitalaria observada}}{\text{Tasa de mortalidad hospitalaria esperada (Valor medio +/- intervalo de confianza)}} \times 100$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa mortalidad hospitalaria observada: nº de enfermos ingresados en el SMI que fallecen en el hospital / nº enfermos ingresados en el SMI por unidad de tiempo - Tasa mortalidad hospitalaria esperada: suma aritmética de las probabilidades individuales de muerte para cada enfermos ingresado en el SMI según la puntuación de gravedad / nº de enfermos ingresados en SMI - Mortalidad estandarizada: mortalidad ajustada por gravedad. Para ello se pueden utilizar diferentes modelos predictivos (APACHE I-II-III, MPM I-II; SAPS I-II-III) - Se basa en la comparación de los resultados con los predichos por el modelo - Todos los índices predictivos de riesgo de muerte vienen referidos a la mortalidad hospitalaria
Población	Todos los enfermos ingresados en el SMI durante el periodo de estudio - Criterios de exclusión: - Enfermos que fallecen en las primeras 24 de ingreso en el SMI - Enfermos postoperados de cirugía cardiaca (por no disponer de ningún sistema validado para este tipo de pacientes)
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Resultado
Estándar	1 (+/- 0.10)

6. REGISTROS



RI 20 Informe de ALTA médica de la UCIQ ([anexo 1](#))

RI 21 Informe de ALTA de enfermería de la UCIQ ([anexo 2](#))

RI 16 PE08 Encuesta satisfacción paciente y familia UCIQ ([anexo 3](#))

RI 22 Hoja de sugerencias ([anexo 4](#))

RI 23 Hoja de agradecimientos ([anexo 5](#))

  <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 16 de 20 31-01-2020</p>
--	---	---

7. ANEXOS

(anexo 1): RI 20 Informe de ALTA médica de la UCIQ

  <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>INFORME ALTA MÉDICA UCIQ</p>	<p>ETIQUETA PACIENTE</p>
--	-------------------------------------	--------------------------

Fecha ingreso:

Fecha de alta:

Antecedentes personales:

Antecedentes familiares:

Enfermedad o proceso actual:

Exploración física:

Pruebas complementarias:

Evolución clínica:

Diagnóstico principal:

Otros diagnósticos:



Procedimientos quirúrgicos / obstétricos:

Procedimientos diagnósticos / terapéuticos:

Servicio de destino:


Recomendaciones y tratamiento a seguir:

FIRMA Y Nº COLEGIADO FACULTATIVO


 <p>GENERALITAT VALENCIANA SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</p>  <p>Hospital General Universitari d'Elx UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 17 de 20 31-01-2020</p>
--	---	---

(anexo 2): RI 21 Informe de ALTA de enfermería de la UCIQ

<p>HOSPITAL GENERAL DE ELCHE</p> <p>GENERALITAT VALENCIANA</p> <p>UNIDAD CUIDADOS CRITICOS QUIR</p> <p>2594658 2049601672</p> <p>20/01/2020</p>		<p>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE / IDENTIFICACIÓN DEL PAGO BHYT</p> <p>COGNOM: GOMEZ</p> <p>PRENOM: GARCIA</p> <p>NOMBRE COMPLETO: JUAN GABRIEL</p> <p>Nº IDENTIFICACION: 1433954</p> <p>Nº IDENTIFICACION: 619103</p> <p>22/12/1967</p> <p>HOMBRE</p> <p>GALISOTE nº 16, ELCHE BL. X CP 03195, ALCANTE (ESPAÑA)</p>	
<p>Informe de Continuidad de Cuidados / Informe de Continuitat de Cures</p>			
<p>Antecedentes alérgicos del paciente / Antecedents al·lèrgics del pacient No tiene alergias conocidas</p>			
<p>1. Respiración/ Respiració: Independiente</p>			
<p>Independiente en: Respiración, Alimentación, Eliminación, Movilización, Descanso/sueño, Vestirse, Termorregulación, Higiene/psd, Seguridad, Comunicación, Valores/tendencias, Trabajo/realizarse, Actividades Lúdicas, Aprender</p>			
<p>Diagnósticos de Enfermería y Recomendaciones</p>			
<p>Otros datos Servicio: ANESTESIA / REANIMACION / ANESTESIA Y REANIMACION</p>			
<p>Fdo. / Signat: JUAN FUERTES, NEUS Fecha / Data: 31/01/2020 12:07:46</p>			
<p>Huella digital / Empremta digital:</p>			
<p>Informe de Continuidad de Cuidados / Informe de Continuitat de Cures GOMEZ GARCIA, JUAN GABRIEL Episodio / Episodi: 2594658 Página 1 de 1</p>			

	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 18 de 20 31-01-2020</p>
---	---	---

(anexo 3): RI 16 PE08 Encuesta satisfacción paciente y familia UCIQ


	<p>ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTE Y FAMILIA UCI-Q</p>	<p>Equipo de mejora de la Humanización de los cuidados en UCI-Q</p>	<p>RI16 V-1 10/12/2018</p>
---	---	---	--------------------------------

<p>SOY PACIENTE SOY FAMILIAR / CUIDADOR</p>	<p>FECHA:</p>	<p>DÍAS DE ESTANCIA</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>De 1 a 3 días</td></tr> <tr><td>De 4 a 7 días</td></tr> <tr><td>De 8 a 15 días</td></tr> <tr><td>De 15 a 30 días</td></tr> <tr><td>Más de 1 mes</td></tr> </table>	De 1 a 3 días	De 4 a 7 días	De 8 a 15 días	De 15 a 30 días	Más de 1 mes
De 1 a 3 días							
De 4 a 7 días							
De 8 a 15 días							
De 15 a 30 días							
Más de 1 mes							

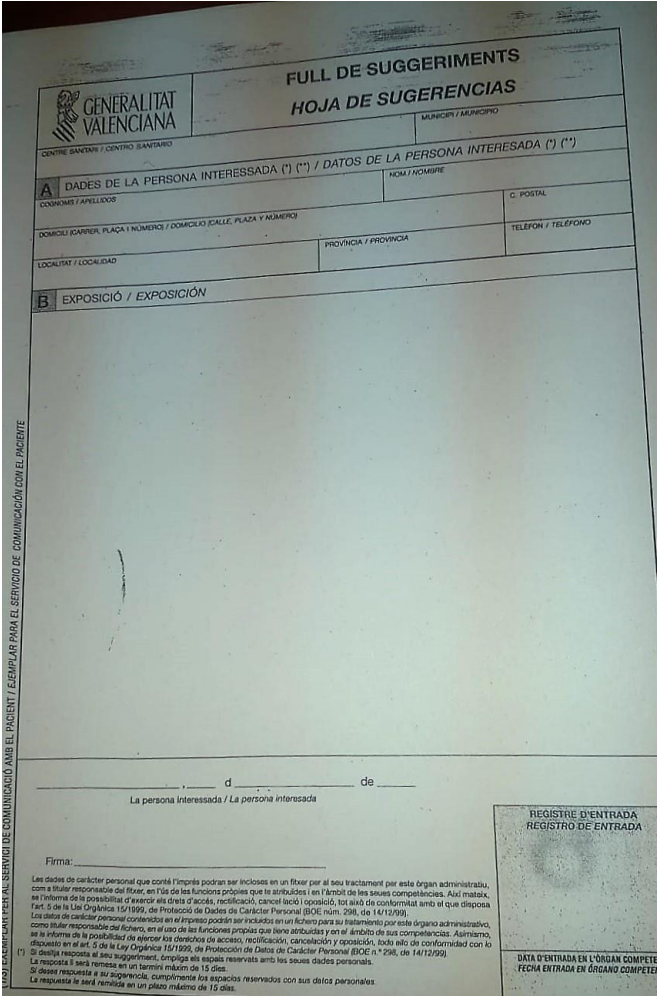
Valore la satisfacción en el servicio de la UCI Quirúrgica, puntuando entre 0 (muy insatisfecho) y 10 muy satisfecho las siguientes cuestiones:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 ¿Cómo valora la acogida y recepción en la UCI Quirúrgica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 ¿Cómo está de satisfecho con la confortabilidad de las instalaciones y equipamiento?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3 ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de las enfermeras?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de las auxiliares de enfermería?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5 ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los médicos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6 ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los celadores?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7 ¿Cómo valora la comunicación e información recibida sobre sus tratamientos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8 ¿Se ha sentido usted seguro en la unidad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9 ¿Cómo valora la posibilidad de acompañamiento continuado de sus familiares?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10 ¿Cómo valora en general su estancia en la unidad de la UCI Quirúrgica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

OBSERVACIONES / COMENTARIOS:

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 19 de 20 31-01-2020</p>
--	---	---

(anexo 4): RI 22 Hoja de sugerencias



GENERALITAT VALENCIANA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI D'ELX

FULL DE SUGGERIMENTS
HOJA DE SUGERENCIAS

MUNICIPI / MUNICIPIO

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA (*) (*) / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA (*) (*)

COGNOMS / APPELLIDOS

DOMINI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

C. POSTAL

TELEFON / TELEFONO

B. EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

La persona interessada / La persona interesada

Firma:


Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que li atribueix i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, es informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 6 de la Ley Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/1999), com a titular responsable del fitxer, en el cas de les funcions pròpies que li són atribuïdes y en el àmbit de seues competències. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 6 de la Ley Orgànica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE n.º 298, de 14/12/1999).


(*) Si després de rebre el seu suggeriment, s'implica els espais reservats amb les seues dades personals. La resposta li serà remesa en un termini màxim de 15 dies. La resposta li serà remesa en un plaer màxim de 15 dies.

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA


DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

(anexo 5): RI 23 Hoja de agradecimientos

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>PC-07 PROCEDIMIENTO CLAVE DE ALTA</p>	<p>PC-07 V-2 Página 20 de 20 31-01-2020</p>
--	---	---

	<p>FULL D'AGRAÏMENT HOJA DE AGRADECIMIENTO</p>	
<p>CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO</p>	<p>MUNICIPI / MUNICIPIO</p>	
<p>A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA</p>		
<p>COGNOMS / APELLIDOS</p>	<p>NOM / NOMBRE</p>	
<p>DOMICILI (CARRER, PLÇA, NOMER) / PORTA / DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)</p>		<p>CP</p>
<p>LOCALITAT / LOCALIDAD</p>	<p>PROVINCIA / PROVINCIA</p>	<p>TELEFON / TELEFONO</p>
<p>B AGRAÏMENT O FELICITACIÓ A / AGRADECIMIENTO O FELICITACIÓN A</p>		
<p><i>(Empty space for text)</i></p>		
<p>La persona interessada / La persona interesada</p>		
<p>Firma: _____</p>		
<p>NOTA: *) Este imprenta permet deixar constància de les atencions rebudes i el treball realitzat pels professionals que l'atenen. Aquesta amb la seva aportació a estimular la nostra labor assistencial. Esta imprenta permite dejar constancia de las atenciones recibidas y el trabajo realizado por los profesionales que le atienden. Ayudando con su aportación a estimular nuestra labor asistencial. Les dades de caràcter personal que conté l'imprenta podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que li atribueix i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, en l'informe de la possibilitat d'accedir als dades de salut, notificació, cancel·lació i oposició, tal com de contingut amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 228, de 14/12/99). Los datos de carácter personal contenidos en el presente podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informará de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 228, de 14/12/99).</p>		
<p>CONSELLERIA DE SANITAT CONSELLERIA DE SANIDAD</p>		<p>REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA</p> <p>DATA D'ENTRADA EN L'ORGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ORGANICO COMPETENTE</p>

ANEXO 22. PE.05 Gestión de las no conformidades y acciones de mejora

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 1 de 13


**PROCEDIMIENTO ESTRATEGICO DE GESTIÓN DE LAS
NO CONFORMIDADES Y ACCIONES DE MEJORA**

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha - 10-05-18	Fecha - 10-05-18	Fecha - 10-05-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 2 de 13

1. OBJETO


Describir el sistema utilizado en la **Unidad de la Uci Quirúrgica** para asegurar que los servicios, que no alcancen sus especificaciones y características aplicables, se identifican y se tratan adecuadamente, evitando su utilización inadecuada en el proceso y el método utilizado para mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad, para con ello eliminar, o reducir, las causas reales o potenciales que originan problemas de calidad y producir mejoras en esas áreas de forma continuada.

Planteándolo de otra forma describirá el sistema que asegure que las no conformidades en general, son identificadas, documentadas, evaluadas y tratadas, de manera que sirvan de base para acometer acciones correctivas, y como se identifican acciones preventivas o de mejora frente a potenciales causas de no conformidad.

2. ALCANCE

El alcance del procedimiento aplica a los elementos no conformes que se detecten en todos los procesos, los operativos desde la solicitud e indicación de los servicios hasta que se produce el alta del paciente representando que se han realizado y llevado cabo todos los procesos asistenciales, como también los que son estratégicos o de soporte para el sistema de gestión de la calidad.

El procedimiento aplica a todos los profesionales que deben conocer este enfoque del sistema de gestión de calidad y su funcionamiento, pero sobre todo a la dirección y a la coordinación del sistema de gestión de calidad como responsables directos de estos procesos.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 3 de 13

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

REFERENCIAS:

Norma ISO 9001 – 2015 . Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos
Punto 10 - Mejora

DEFINICIONES:

Es importante el conocer la terminología que se aplica en este procedimiento y que se describe a continuación

Conformidad: Cumplimiento de un requisito

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Defecto: Incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado.

Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Corrección: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad

Desecho: Acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto.


Concesión: Autorización para utilizar o liberar un producto o servicio que no es conforme con los requisitos especificados.

Permiso de desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto antes de su realización.

Liberación: Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.

Producto / Servicio: Resultado de un proceso.

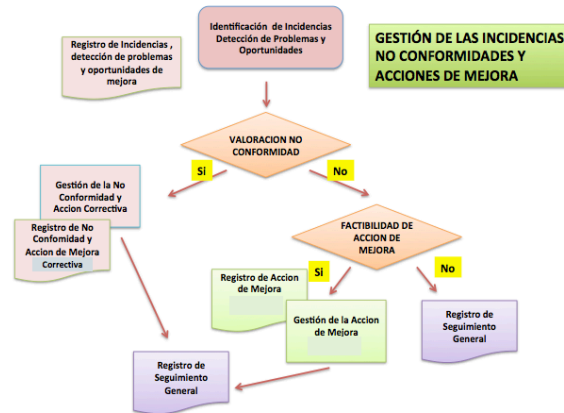
Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 4 de 13

Queja: reclamación de un cliente sobre la no conformidad de un producto o servicio respecto a los requisitos acordados en el contrato o pedido.


4. DESARROLLO

El procedimiento tiene diferentes partes desde la identificación de situaciones que pueden considerarse con incidencias, posibles problemas o incluso potenciales mejoras hasta el caso de catalogarse de no conformidades con incumplimiento de requisitos y sus acciones de mejora correctivas correspondientes o bien situaciones potenciales de no conformidad que den lugar a acciones de mejora de tipo preventivo. En esquema se puede reflejar de este modo:



Las situaciones de no conformidad pueden ser detectadas en una de las etapas siguientes:

- A la recepción de productos o servicios comprados.
- Cuando un cliente hace una queja.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 5 de 13


- Durante el proceso de realización del servicio como consecuencia de las inspecciones de autocontrol.
- En una auditoría o una inspección, o en el funcionamiento normal de la organización.

Cualquier profesional podrá cumplimentar la descripción de una incidencia o problema detectado o bien una oportunidad de mejora potencial en el formato **Informe de Incidencias , detección de problemas y oportunidades de mejora** que se puede ver en el **anexo nº 1** de este procedimiento.

En este formato cualquier profesional puede reflejar una situación que considere susceptible de ser analizada por tratarse de un problema o quizás de una posible situación de mejora del proceso o servicio.

Este formato tiene un apartado para explicar la situación , dejando otro para que el profesional pueda plantear lo que el cree que es la forma mas adecuada para mejorar o tratar esta situación. En la parte inferior del documento hay un espacio en el que opcionalmente el profesional puede poner sus datos para que se contacte con el mismo para poder explicar mejor el caso , o bien dejarlo en blanco si prefiere que no se conozca su nombre. Estos registros cumplimentados se dejaran en un buzón para su revisión por los **Coordinadores de Calidad** , la **Jefa del Servicio** y Responsable del Sistema de Gestión de Calidad y la Comisión de Calidad.

La **Comisión de Calidad en sus reuniones periódicas revisará las incidencias** ocurridas y valorará si son susceptible de ser reconocidas y **catalogadas como no conformidad**. En el caso de tratarse de situaciones que requieren una actuación Inmediata , los **Coordinadores de Calidad y Jefa de Servicio** podrán ser las que valoraran estos casos y generarán las no conformidades informando posteriormente a la Comisión de Calidad. En este sentido serán los **Coordinadores de Calidad** los que cumplimente este **Registro de No Conformidad y Acción de Mejora Correctiva**.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 6 de 13

Este formato que se refleja en el **anexo nº 2** de este procedimiento tiene varias partes :

- Datos generales reflejando la numeración del caso y el área afectada.
- Descripción de la situación de no conformidad.
- Análisis de las Causas de la no conformidad.
- Corrección inmediata realizada y su responsable.
- Acciones correctivas y sus responsables
- Seguimiento de las acciones correctivas y sus responsables
- Cierre de la no conformidad y la acción de mejora correctiva.


Los **Coordinadores de Calidad** cumplimentan el Informe de No conformidad y determina con **la Jefa del Servicio** y/o la Comisión de Calidad quien debe iniciar las acciones correctivas.

Así mismo **los Coordinadores de Calidad** cierran la no conformidad una vez comprobada la eficacia de la acción correctiva , bien directamente o con la colaboración de los profesionales implicados en ello . Cuando la decisión sobre la no conformidad sea compleja y aconseje un tratamiento conjunto que implique a varios departamentos, varias operaciones o necesite un plazo de tiempo dilatado para tomarla, la Comisión de la Calidad estudiará las acciones de mejora oportunas y contará con los responsables pertinentes.

Las posibles acciones a tomar sobre los productos no conformes son:

- Eliminar la no conformidad detectada.
- Autorizar su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente, y, cuando sea aplicable por el cliente.
- Tomar acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto.

En todos los casos deberá realizarse una investigación y análisis de las causas, la cual quedará registrada en el informe de no conformidad.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 7 de 13

Los servicios o productos no conformes cuyo uso ha sido autorizado estarán identificados con mención expresa de esta circunstancia indicando la autoridad o si es el cliente quien lo ha autorizado. En caso de concesión, debe archivar-se junto con el informe de no conformidad el registro de la concesión. Tomada la decisión, Calidad archivar-á el Informe de No Conformidad.

La organización tomará acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.


Las acciones correctivas deberán ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Para ello tendrá en cuenta los siguientes requisitos:

- a) revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes)
- b) determinar las causas de las no conformidades,
- c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir,
- d) determinar e implementar las acciones necesarias,
- e) registrar los resultados de las acciones tomadas, y
- f) revisar las acciones correctivas tomada

Estos últimos puntos (d, e y e) , se cumplimentarán en los correspondientes apartados del formato definido.

En caso de detectarse situaciones que nos informen que potencialmente podría haber problemas en el futuro o bien situaciones que llegasen a ser incluso no conformidades , se puede plantear el desarrollar una acción de tipo preventivo , que se registrará en el **Registro de Acción de Mejora**, que se adjunta en el **anexo nº3** de este procedimiento.

Podemos ver como este formato es bastante similar al anterior solamente que su inicio está en una situación que no es una no conformidad, con lo cual las fuentes

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 8 de 13

de comienzo de una acción de mejora pueden ser muy diferentes : opiniones de los clientes, aportaciones de los profesionales , datos de indicadores etc ...

Un apartado describiendo la situación es el que sustituye a los de descripción de la no conformidad y análisis de las causas del formato anteriormente descrito.


En primer lugar, el responsable de definirla procederá a la investigación y análisis del problema, antes de planificar o determinar las acciones preventivas que procedan. Hecho este análisis, el responsable de la implantación de la acción procederá a su aplicación una vez esté acordada por todos los implicados.

El responsable del seguimiento que normalmente será la Coordinadora de Calidad o los profesionales en quien delegue, harán un control periódico o continuado de la implantación de las acciones de mejora, para verificar que se llevan a cabo y que son eficaces.

Si en el transcurso de la implantación se verifica que la acción de mejora no es apropiada, se propondrá una nueva evaluación de la situación para decidir otra acción. Esta propuesta se gestionará de igual forma que la anterior.

Al término de la acción de mejora correctiva o preventiva, y una vez verificada su efectividad, el responsable del seguimiento procede al cierre de la misma mediante la firma del informe y los comentarios, conclusiones o valoración que estime convenientes.

Con el fin de poder llevar un seguimiento general de las incidencias , no conformidades y acciones correctivas y acciones de tipo preventivo se plantea la existencia de un **Registro General de Incidencias , No conformidades y Acciones de Mejora.**

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora		Sistema de Gestión de Calidad	
			PE-05 V-01	
			10-05-18	Página 9 de 13

Nº INC	Fecha	Escrita por ...	Genera NC y Corrección Si / No	Nº NC y AMC	Fecha	Genera Acción de Mejora Preventiva Si / No	Nº AMP	Fecha Apertura	Fecha Cierre	Resultado	Observaciones


5. RESPONSABILIDADES

Todos los profesionales serán responsables de detectar y cumplimentar las incidencias que bajo su criterio sean origen de estudio y contemplación por la comisión de calidad. Los **coordinadores de calidad y la jefa del servicio**, serán los responsables de revisar periódicamente las incidencias y considerar las no conformidades que se deriven de las mismas, también serán responsables junto con la comisión de calidad de plantear las acciones de mejora para tratar las no conformidades.

6. INDICADORES

El seguimiento de este proceso se monitoriza mediante el control de los siguientes **indicadores**.

- Nº de Incidencias en un periodo de tiempo (trimestre)
- Nº de Incidencias según procedencia en un periodo de tiempo (trimestre)
- Nº de No Conformidades y Acciones Correctivas en un periodo de tiempo (trimestre)
- Porcentaje de incidencias que dan lugar a una no conformidad y acción correctiva periodo de tiempo (trimestre)
- Nº de Acciones de Mejora en un periodo de tiempo (trimestre)

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 10 de 13

En otro sentido se podrían plantear **indicadores de resolución y cierre de las situaciones de no conformidad y acción correctiva**

- Porcentaje de no conformidades y acciones correctiva resueltas al año
- Porcentaje de acciones de mejora desarrolladas favorablemente y concluidas al año


7. REGISTROS

R.01-PE.05. Informe de Incidencias , detección de problemas y oportunidades de mejora

R.02-PE.05. Registro de No Conformidad y Acción de Mejora Correctiva.

R.03-PE.05. Registro de Acción de Mejora


R.04-PE.05. Registro General de Incidencias , No conformidades y Acciones de Mejora.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 11 de 13

8. ANEXOS


Anexo n°1 – Detalle del **Informe de Incidencias , detección de problemas y oportunidades de mejora**

Nº		Fecha	
Área relacionada			
DESCRIPCION DE LA SITUACION			
PROPUESTA DE ACTUACION Y/ O MEJORA			
OPCIONAL - Nombre y apellidos :			
Correo electrónico :		Teléfono :	

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 12 de 13

Anexo nº2 – Detalle del Registro de No Conformidad y Acción de Mejora Correctiva.

Nº		Fecha	
Área relacionada			
DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD			
ANALISIS DE LAS CAUSAS			
CORRECCION INMEDIATA			
RESPONSABLE		FECHA APROBACION	
ACCIONES CORRECTIVAS			
SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS			
Fecha	Observaciones	Firma	
COMPROBACION Y CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA			
Observaciones:		Fecha:	
		Responsable:	

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las No Conformidades y Acciones de Mejora	Sistema de Gestión de Calidad	
		PE-05 V-01	
		10-05-18	Página 13 de 13


Anexo nº3 – Detalle del **Registro de Acción de Mejora**

Nº Acción		Fecha	
Área relacionada			
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION QUE LA GENERA			
ANÁLISIS DE LA SITUACION - RIESGOS Y OPORTUNIDADES			
RESPONSABLE		FECHA APROBACION	
ACCIONES DE MEJORA PLANTEADAS			
SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA PLANTEADAS			
Fecha	Observaciones	Firma	
COMPROBACIÓN Y CIERRE DE LA ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA			
Observaciones:		Fecha:	
		Responsable:	

Anexo nº4 – Detalle del **Registro General de Incidencias , No conformidades y Acciones de Mejora.**

Nº INC	Fecha	Escrita por	Genera NC y Corrección Si / No	Nº NC y AMC	Fecha	Genera Acción de Mejora Preventiva Si / No	Nº AMP	Fecha Apertura	Fecha Cierre	Resultado	Observaciones

ANEXO 23. PE.11 Seguimiento, medición, análisis y evaluación

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 1 de 14


**PROCEDIMIENTO ESTRATÉGICO DE SEGUIMIENTO ,
MEDICIÓN , ANÁLISIS Y EVALUACIÓN**

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad Vanessa Nolasco Guirao	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Jaime Miralles Sancho Masun Antón Latour	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell
Fecha – 03-01-19	Fecha - 03-01-19	Fecha - 03-01-19

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública , al **Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche** quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 2 de 14

1. OBJETO

El objeto de este documento es describir el sistema utilizado en **la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** para asegurar que el seguimiento, medición, análisis y evaluación se definen y desarrollan adecuadamente,

Describe el sistema que asegure que que el seguimiento, medición, análisis y evaluación es tratado y documentados , de manera que sirvan de base para acometer el proceso de mejora continua de la calidad.

2. ALCANCE

El proceso tiene un alcance referido a todo lo que tiene a todo el servicio y profesionales de **la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos**. Se aplica a los todo lo referente al seguimiento, medición, análisis y evaluación , tanto a nivel general como en los diferentes servicios de los laboratorios.


El proceso aplica al equipo de Dirección como clave y responsable del mismo, pero son todos los profesionales los que finalmente tienen que estar implicados en el desarrollo del control y seguimiento de los objetivos y marco estratégico con lo que la comunicación y participación de todos los profesionales en el proceso es más que oportuna.

3. REFERENCIAS Y DEFINICIONES

Referencias:

Como referencia básica para la elaboración de los procesos se han tomado los criterios establecidos en:

- ✚ Norma ISO 9001 : 2015 - Sistema de Gestión de la Calidad .Requisitos.
- ✚ Norma ISO 9000 : 2015 - Sistema de Gestión de la Calidad .Vocabulario.
- ✚ Manual de Calidad ..

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 3 de 14

Definiciones:

Control de la calidad : parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

Aseguramiento de la calidad : parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

Mejora de la calidad : parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

Mejora continua : actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.


Desempeño : resultado medible

NOTA 1 El desempeño se puede relacionar con hallazgos cuantitativos o cualitativos.

NOTA 2 El desempeño se puede relacionar con la gestión de actividades , procesos , productos ,servicios , sistemas u organizaciones .

Indicador : Son puntos de referencia, que brindan información cualitativa o cuantitativa, conformada por uno o varios datos, constituidos por percepciones, números, hechos, opiniones o medidas, que permiten seguir un proceso

Monitorizar : Es la medición sistemática y planificada de parámetros relacionados con la calidad, denominados indicadores, y se trata de una actividad que tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar y sobre las que hay que intervenir.

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 4 de 14

4. DESARROLLO

En este punto se revisa por un lado los requisitos de la norma que tratan el tema y por otro la descripción de la metodología empleada en la organización para llevar a cabo el cumplimiento de los mismos.

Seguimiento, medición, análisis y evaluación



4.1 - Requisitos


A continuación se indican los pasos a seguir para cumplir los requisitos referentes al punto de que el seguimiento, medición, análisis y evaluación según plantea la norma

A nivel general *la organización debe determinar:*

- a) *qué necesita seguimiento y medición;*
- b) *los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;*
- c) *cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;*
- d) *cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.*

Cada organización tiene un contexto y características específicas que determina cuales son los ámbitos donde es mas adecuado realizar el seguimiento y evaluación , cumpliendo de este modo con los principios del ciclo de mejora continua de la calidad.

De la misma forma tiene que determinarse cual es la metodología a tener en consideración para realizar que métodos se utilizan y en que momentos es oportuno el llevar a cabo la misma.

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 5 de 14

A nivel general , el propio proceso de seguimiento, medición, análisis y evaluación debe revisarse en si mismo y tener en cuenta su seguimiento y análisis también, con lo que habrá que determinar cuando y como se hace esto.

El punto **9.1.2 Satisfacción del cliente** trata de forma general lo que se refiere as este aspecto tan importante del sistema de gestión de la calidad.

La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.


NOTA Ejemplos de seguimiento de las percepciones del cliente pueden incluir las encuestas al cliente, la retroalimentación del cliente sobre los productos o servicios entregados, las reuniones con los clientes, el análisis de las cuotas de mercado, las felicitaciones, las garantías utilizadas y los informes de agentes comerciales.

La definición y desarrollo de este proceso son descritas en un procedimiento específico sobre el tema , con lo que no se contemplará este punto en el presente procedimiento.

Si que estará en el alcance de este procedimiento el plantear en que aspectos debe de tenerse en cuenta este seguimiento y evaluación. Como plantea en este punto los requisitos de la norma incluyen :

La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 6 de 14

- a) la conformidad de los productos y servicios;
- b) el grado de satisfacción del cliente;
- c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad;
- d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;
- e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;
- f) el desempeño de los proveedores externos;
- g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.


La situación de conformidad o no de los productos y servicios debe ser contemplada, también todo lo referente al desempeño del sistema de gestión de la calidad y los resultados del proceso de planificación y también las acciones realizadas para abordar la gestión de riesgos y oportunidades. En estos requisitos se recuerda la necesidad de evaluar y hacer el seguimiento de los proveedores y también el de valorar la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.

El siguiente punto de este apartado de seguimiento, medición, análisis y evaluación se refiere a la gestión de las auditorías internas, que dada su importancia y trascendencia para el sistema de gestión de la calidad, se tratará de forma concreta en otro procedimiento estratégico.

4.2 - Metodología

Los criterios para la **evaluación** se desprenden de los conocimientos y la experiencia, y necesitarán métodos específicos y tecnologías apropiadas para su puesta en marcha.

En los procesos de las organizaciones sanitarias las reglas son similares, y es necesario identificar los criterios de evaluación para lograr un buen sistema de comparación y poder emitir juicios adecuados sobre el desarrollo y funcionamiento de los procesos.

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 7 de 14

Los elementos que deben ser tenidos en consideración para la evaluación de un proceso serán tenidos en cuenta independientemente del tamaño y alcance de este, y son temas comunes que deberán adaptarse a cada caso. No obstante, para no dejar de lado aspectos importantes, un buen guion será un buen inicio del propio proceso de evaluación.


1. Componentes de la calidad del proceso que evaluar
2. Alcance de la evaluación: profesionales/clientes/tiempo
3. Número de casos incluidos en la evaluación. Tipos de muestra
4. Localización de la evaluación en: estructura/proceso/resultados
5. Situación temporal de la evaluación: retrospectiva/concurrente
6. Realización de la evaluación: externa/interna
7. Determinación de los criterios de evaluación y sus tipos

Monitorizar consiste en la medición sistemática y planificada de parámetros relacionados con la calidad, denominados indicadores, y se trata de una actividad que tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar y sobre las que hay que intervenir.

La monitorización es una actividad del sistema de gestión que busca el seguimiento periódico y sistemático de determinadas medidas que «indiquen» o «señalen» cómo de controlado está un determinado proceso o si aparecen elementos de alarma que nos lleven a revisar su funcionamiento mediante una evaluación.

De este modo, la monitorización y la evaluación aparecen como dos procesos diferentes pero complementarios en lo que significa la gestión de la calidad.

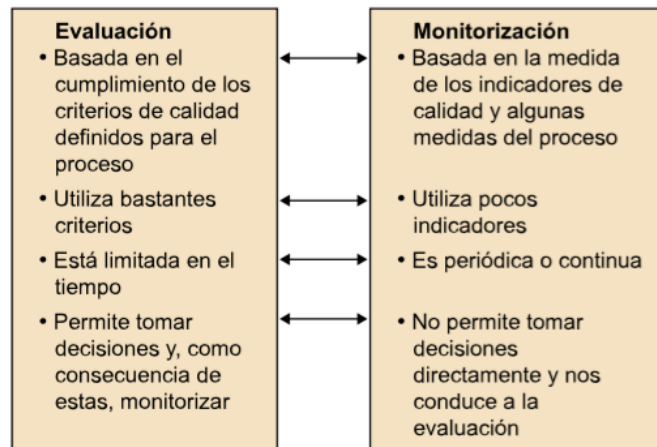
La evaluación nos informa del cumplimiento de los criterios de calidad que hemos definido como prácticas adecuadas, es decir, nos proporciona evidencias de cómo están funcionando los procesos según las referencias sobre determinados aspectos que hay que tener en cuenta.


	Procedimiento Estratégico de Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 8 de 14

Con el conocimiento de ese nivel de calidad y su cumplimiento se pueden tomar decisiones sobre la planificación y el desarrollo de los procesos, es decir, la monitorización permite llevar a cabo acciones y cambios para la mejora con una perspectiva integral de los procesos. Una vez tomadas las medidas oportunas y gestionado el cambio, debemos volver a realizar un seguimiento de este mediante indicadores, es decir, la evaluación va seguida de una monitorización posterior.

La monitorización nos informa de la evolución de los indicadores en el tiempo de una manera sistemática, con lo que consigue un seguimiento de los procesos.

Con la medida sistemática de los indicadores no podemos tomar decisiones directas, pero sí que sabemos que los procesos de alguna forma están fuera del control adecuado y sabemos que debemos realizar una evaluación mediante la utilización de su metodología y cumplimiento de los criterios de calidad para saber qué decisión tomar de forma adecuada. Es decir, la monitorización puede conducirnos a la evaluación.



	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 9 de 14

La monitorización se realiza mediante la determinación de los indicadores.

Un **indicador** es una medida cuantitativa que nos sirve para monitorizar la calidad de aspectos importantes de la atención según plantea la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).


Un indicador no es una medida directa de la calidad, sino una herramienta que nos permite valorar las actuaciones y que puede centrar nuestra atención en ciertos aspectos que requieren un análisis más profundo.

El proceso de construcción de los indicadores es una cuestión perfectamente delimitada y su creación es un paso más dentro del sistema de medida y mejora de los procesos.

Un sistema de monitorización se define como la medida continuada de aspectos relativos a la calidad de la atención para conseguir la identificación de situaciones. Para que la monitorización sea efectiva, es necesario que sea completa y abarque todas las actividades de la organización y todos los componentes de la calidad de la atención, de manera sistemática y objetiva.

Las **características de los indicadores** como medida de parámetros relacionados con la calidad son las siguientes:

- Deben identificar aspectos relevantes y actuales de la clínica y como tal basarse en la literatura existente, en los consensos de expertos y en la experiencia de los profesionales. Cuando los indicadores se basan en sucesos que están discutidos por el conocimiento científico, no son capaces de identificar oportunidades de mejora. Dentro de la monitorización de cada proceso asistencial deben tenerse en cuenta sobre todo los aspectos más relevantes del problema que estemos tratando y centrar las medidas de alarma en ellos.

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 10 de 14

- Deben estar bien definidos, y su descripción tiene que ser clara y con términos concretos. Los indicadores que no están bien definidos dan lugar a muchos errores al recoger los datos. Los términos del indicador deben estar bien definidos y si es necesario se incluirán las aclaraciones pertinentes.

- Deben referirse a aspectos de carácter amplio de la atención sanitaria, teniendo en consideración cada uno de los componentes de la calidad de los servicios (eficacia científico-técnica, accesibilidad, efectividad, eficiencia, adecuación, satisfacción...).


- Deben ser objetivos y no deben basarse por ello en un juicio subjetivo, pues así se favorece la recogida de datos. Se tiene que asegurar mediante especificaciones la uniformidad de los datos recogidos.

- Deben ser capaces de identificar los cambios que ocurran respecto a los parámetros a los que se está haciendo seguimiento, es decir, deben de ser sensibles.

- Deben identificar aquellos casos que representan oportunidades de mejora y no dejarse influenciar por las variaciones y los cambios producidos por otros factores de tipo externo, es decir, han de ser específicos.

- Deben sobre todo ser eficientes , esto es, que el esfuerzo y consumo de recursos que representa su utilización debe ser adecuado para el beneficio que se obtenga con la información que se desprenda de ellos.

El logro de todos estos aspectos es lo que va a determinar la utilidad del indicador dentro de un sistema de gestión. Realmente se podría definir el papel de un indicador en un sistema de gestión conociendo su utilidad y eficiencia.

	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 11 de 14

La utilidad de un indicador queda definida por su validez y fiabilidad, que son medidas claramente interrelacionadas. Revisando estos conceptos, podemos decir que la validez de un indicador es el nivel en el que es capaz de medir y detectar aquello que pretende medir y detectar, es decir, que cumple la misión para lo que se construyó.


Hay diferentes tipos de indicadores según el aspecto que tengamos en consideración, como se comenta a continuación.

Según la importancia del suceso monitorizado, su gravedad o repercusión en la calidad del servicio, podremos distinguir una serie de indicadores que pueden tener unos resultados que admitan una parte de existencia del hecho monitorizado, que se denominan indicadores de proporción, y otros que, dada su trascendencia, no pueden tener un resultado basado en una proporción y si ocurre una sola vez ya se considera positivo el indicador, se trata de los indicadores centinela.

El indicador que se basa en un suceso centinela monitoriza aspectos graves del proceso o del resultado de la atención, de manera que condiciona una revisión del caso cada vez que se produzca, buscando encontrar una causa de carácter preventivo o una acción de mejora en el proceso.

El indicador basado en una proporción condiciona una revisión del suceso si la proporción de casos que no cumplen el criterio del indicador es más elevada que el punto establecido como de «evaluación». El resultado esperado puede «tolerar» un grado de incumplimiento dadas las características de la medida realizada. Podríamos poner como ejemplo alguno de resultados, como el de proporción de hipertensos controlados, o de accesibilidad,

Los indicadores simples recogen un parámetro que monitorizar y son los que con más frecuencia se utilizan, mientras que hay otros casos en los que se combinan diferentes medidas, con lo que se trata de indicadores compuestos o sintéticos.

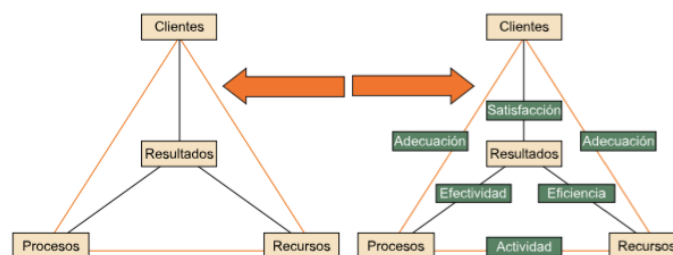
	Procedimiento Estratégico de Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 12 de 14


Puesto que los indicadores recogen la medida de criterios de calidad y estos pueden ser de estructura, proceso o resultados, también encontraremos indicadores de estos tipos.

Aunque parezca en una primera impresión que los indicadores de resultados podían ser los más significativos, está claro que para la finalidad que tiene el proceso de monitorización, el seguimiento del proceso, los indicadores de proceso centrados en el propio despliegue y funcionamiento del proceso serán de un interés especial. Conociendo cómo está funcionando el desarrollo del proceso podemos adelantarnos a sus propios problemas y así cumplimos la función de «detección» tan importante en los sistemas de gestión y mejora continua. En otras circunstancias, como es el proceso de autorización y de acreditación, indicadores de estructura pueden tener mucha relevancia también.

La medida de unos parámetros relacionados con la calidad del servicio y del proceso en sí mismo puede estar orientada de forma favorable y desfavorable, y de este modo también podemos hablar de dos tipos de indicadores.

En otro sentido, podemos hablar de «indicadores deseables» cuando un resultado positivo identifique una circunstancia buscada y favorable, mientras que nos referimos a «indicadores no deseables» cuando se trata de resultados negativos o desfavorables, pues los indicadores se pueden medir tanto en un sentido como en el otro.



	Procedimiento Estratégico de Seguimiento , Medición , Análisis y Evaluación	Sistema Gestión de Calidad	
		PE-11 V- 01	
		03-01-19	Página 13 de 14

La sistemática para la construcción y control de los indicadores que presenta la **Unidad de la UCI QUIRÚRGICA** se va a plantear en el registro de indicadores **R.01 PE.11 – Registro para el seguimiento y control de los indicadores**, que nos permitirá conocer el indicador y sus características, aportándonos información relevante sobre lo que pretendemos medir. El registro contempla los siguientes apartados:


La **definición** del indicador, que sería la base científica del razonamiento en que se basa la medida de ese criterio definido de calidad en el que queremos hacer el seguimiento. Si este punto no está claro, no debemos seguir, pues el fundamento del indicador estará claramente relacionado con su efectividad.

La **fórmula** del indicador, que nos define las variables que van a componer el indicador, la relación que tendrán entre sí y con ello la forma de calculo. Es un paso imprescindible para comprender e interpretar su finalidad.

Un punto importante para lograr que el seguimiento propuesto se realice adecuadamente y en los términos que se ha definido es tener la figura de **responsable** del indicador, que habitualmente suele coincidir con el responsable del proceso y que se asegurará de todo lo relacionado con su utilización, pero que en algunos procesos amplios con diferentes tipos de indicadores puede ser diferente. El responsable del indicador será la persona encargada de realizar el seguimiento y medición del indicador, mediante la recogida de datos y transcripción en el registro **R.01 PE.11 – Registro para el seguimiento y control de los indicadores**.

El **estándar**, que se puede entender como el grado de cumplimiento exigible a un criterio que ha sido determinado legislativamente, por una sociedad, organización o grupo de trabajo que pretende evidenciar cual es el nivel de cumplimiento exigible para considerarse aceptable en comparación con el estándar, digamos que determinaría el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador.

ANEXO 24. PE.13 Auditoría interna

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-13 V-01</p>	
		<p>10-12-18</p>	<p>Página 1 de 11</p>


**PROCEDIMIENTO ESTRATÉGICO DE GESTIÓN DE
LAS
AUDITORIAS INTERNAS**

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Asesora Calidad	Coordinadores	Responsable
Vanessa Nolasco Guirao	Sistema Gestión de Calidad	Sistema Gestión de Calidad
	Jaime Miralles Sancho	Ana Pérez Carbonell
	Masun Antón Latour	
Fecha - 10-12-18	Fecha - 10-12-18	Fecha - 10-12-18

Esta documentación pertenece a la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Elche quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 sien

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-13 V-01	
		10-12-18	Página 2 de 11

1. OBJETO

Este Procedimiento establece en la **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos** la metodología de trabajo para la gestión de las auditorías internas para verificar que todas las actividades referentes a la calidad se realizan de la forma prevista para ello, y que esta forma es operativa.

2. ALCANCE


Se aplica a todos los aspectos relacionados dentro de la Organización con el proceso de seguimiento, análisis y mejora, desglosado en los subprocesos de auditorías internas del **Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos**

3. DEFINICIONES Y REFERENCIAS

En el desarrollo de este procedimiento hay que tener en consideración las siguientes definiciones

Inspección: Evaluación de la conformidad por medio de observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiada por medición, ensayo / prueba o comparación con patrones.

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-13 V-01	
		10-12-18	Página 3 de 11

Auditoria Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.

Ensayo / Prueba Determinación de una o más características de acuerdo con un procedimiento.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.


Evidencia Objetiva: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Satisfacción del Cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que han sido cumplidos sus requisitos.

Evidencias de la Auditoria: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables.

Criterios de Auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-13 V-01	
		10-12-18	Página 4 de 11

4. DESARROLLO

Los requisitos de la norma en su punto 9.2 plantean que

La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para

proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad:

a) es conforme con:

1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la calidad;

2) los requisitos de esta Norma Internacional;

b) se implementa y mantiene eficazmente


La organización debe:

a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas;

b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;

c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;

d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente;

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-13 V-01</p>	
		<p>10-12-18</p>	<p>Página 5 de 11</p>

e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada;

f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.


Programación de auditorías internas

Anualmente o en caso de otro tipo de planificación, con la periodicidad que se decida o ante la circunstancia que haga que se realice, la Coordinador de la Calidad realizará las Auditorías Internas que se determinen en el Acta de revisión por la dirección.

Ejecución de la auditoría

La auditoría se inicia con una reunión del Auditor con el Responsable del área auditada, para recordar el objeto y alcance de la auditoría y explicar el plan que se seguirá.

Cualquier No Conformidad debe ser documentada convenientemente, así como identificada, refiriéndose a algún apartado de un procedimiento, una instrucción, una norma o cualquier documento contra los que se audite. Al finalizar la auditoría, el Auditor se reúne con el Responsable del área auditada, para exponer las No Conformidades encontradas.

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
<p>PE-13 V-01</p>		<p>10-12-18</p>	<p>Página 6 de 11</p>

Documentación de la auditoria

Después de la realización de la auditoria y de la reunión entre Auditor y Auditado, se prepara **el Informe de Auditoria Interna**, que debe contener la siguiente información:


- Fecha de la auditoria
- Identificación del Auditor y posibles observadores
- Objeto de la auditoria y área(s) auditada(s)
- No Conformidad detectadas
- Firma del Auditor, nombre y firma del Responsable del área auditada

Se podrá utilizar la documentación y el sistema de auditorias del auditor externo en su caso.

Si no se ha encontrado ninguna "No conformidad", el Auditor cierra el Informe con su firma y fecha y lo entrega al Responsable de la Calidad. En caso contrario, se concreta el plazo previsto de las acciones correctoras con el Responsable de la implantación. Finalmente, se entrega una copia de dicho Informe al: Responsable de la área auditada, Responsable de la implantación y al Coordinador de Calidad, archivándose el informe de Auditoria en el Departamento de la Calidad.

Seguimiento de la acción correctora

Una vez pasado el plazo, el Auditor comprueba el grado de cumplimiento de las acciones correctoras, lo documenta en el Informe y si el resultado es positivo lo cierra con su firma y fecha, entregando el original a la Coordinador de Calidad.

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
<p>PE-13 V-01</p>		<p>10-12-18</p>	<p>Página 7 de 11</p>

Calificación del Auditor

El Auditor Interno es propuesto por los Coordinadores de Calidad y debe satisfacer en lo concerniente a cualificación, los criterios que se expresan en el registro correspondiente.

Los Coordinadores de Calidad designa en el Programa de Auditorías Internas, entre todos los auditores certificados, el Auditor de cada auditoría.

Las auditorías también pueden ser realizadas por un auditor externo, siempre que acredite conocimientos en Auditorías y Sistemas de la Calidad.


Criterios para la cualificación y selección de auditores internos

El candidato propuesto, se le asigna un número prefijado de puntos de acuerdo a los niveles de instrucción y experiencia que demuestre tener en posesión según [el Registro de Evaluación y Calificación de Auditores Internos](#).

El candidato debe haber recibido una formación interna o externa, en la práctica y teoría de auditorías y esta formación debe estar encaminada al:

- Formación relativa a la Calidad (interna / externa) y conocimientos sobre el Sistema de la Calidad.
- Conocimiento de la técnica de la auditoría, su preparación y seguimiento de las consecuencias que de la misma se derivan.
- Conocimientos de técnicas de evaluación, entrevistas, elaboración de informes.

Además se valorará la participación previa en auditorías como observador.

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-13 V-01	
		10-12-18	Página 8 de 11

Según la puntuación obtenida en el registro mencionado al valorar los diferentes componentes del mismo, si se consigue una puntuación superior a cuatro puntos se evaluará como "apto" para las auditorías internas

5. RESPONSABILIDADES

Coordinador de calidad:

- Preparar el "Programa de Auditorías Internas".
- Designar el Auditor de una auditoría.
- Evaluar la satisfacción del cliente

Auditor:

Es responsable de:

- Realización de la Auditoría Interna.
- Preparar y presentar el "Informe de Auditorías Internas"


6. INDICADORES

- Número de auditorías realizadas anualmente
- Número de no conformidades encontradas en la auditoría

7. REGISTROS

R.01 PE.13 Registro de Evaluación y Cualificación de Auditores


R.02 PE.13 Informe de Auditoría Interna

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-13 V-01	
		10-12-18	Página 9 de 11

8. ANEXOS

Anexo nº 1 Detalle del R.01 PE.13 Registro de Evaluación y Cualificación de Auditores

Sistema de Gestión de la Calidad Registro de Evaluación y Cualificación de Auditores Auditor _____	
Formación	
General de Calidad	1
Específica de Auditorías	2
Experiencia en la misma empresa	
Hasta dos años	1
Entre tres y cinco años	2
Más de cinco años	3
Experiencia en la calidad	
Hasta un año	1
Entre uno y tres años	2
Más de tres años	3
Experiencia como Auditor	
Menos de un año	1
Más de un año	2
TOTAL	
Apto _____ No apto _____	Firmado

	Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-13 V-01	
		10-12-18	Página 10 de 11


Anexo nº 2 Detalle del R.02 PE.13 Informe de Auditoria Interna

DATOS GENERALES

Código auditoría: AI-

Fecha:

DATOS DE LA EMPRESA	AMBITO DE LA AUDITORIA
Nombre :	<input type="checkbox"/> Todo el Sistema de la Calidad
Actividad :	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoría Interna
Domicilio :	<input type="checkbox"/> No conformidades de auditorías anteriores
C. Postal :	<input type="checkbox"/>
Población :	
Provincia :	
CENTRO:	
Persona de contacto:	
Teléfono:	
Fax:	
E-mail:	
Fecha de la auditoría:	

	<p>Procedimiento Estratégico de Gestión de las Auditorías Internas</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p>	
		<p>PE-13 V-01</p>	
		<p>10-12-18</p>	<p>Página 11 de 11</p>

Anexo nº 2

Detalle del R-07 Informe de Auditoría (página 2ª)

REUNION INICIAL

ASISTENTES POR PARTE DE LA EMPRESA:


NOMBRE	CARGO

- Presentar credenciales
- Alcance de la auditoría
- Norma de evaluación
- Medios e instalaciones: Sala de trabajo, teléfono, etc
- Cómo se levantan las No Conformidades
- Clasificación de las No Conformidades
- Plan de acciones correctoras
- Reunión final, informe final y recomendaciones.
- Programa de la Auditoría

ANEXO 25. RI-016 Encuesta satisfacción del paciente y familia

 <p>GENERALITAT VALENCIANA COMISSIÓ DE SANITAT UNIVERSITÀRIA I SANITAT PÚBLICA</p> <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</p> <p>UCI QUIRÚRGICA</p>	<p>ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTE Y FAMILIA UCI-Q</p>	<p>Equipo de mejora de la Humanización de los cuidados en UCI-Q</p>	<p>RI16 V-1 10/12/2018</p>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> SOY PACIENTE</td> <td style="width: 50%;">FECHA:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SOY FAMILIAR / CUIDADOR</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SOY PACIENTE	FECHA:	<input type="checkbox"/> SOY FAMILIAR / CUIDADOR		<p>DÍAS DE ESTANCIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">De 1 a 3 días</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">De 4 a 7 días</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">De 8 a 15 días</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">De 15 a 30 días</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Más de 1 mes</td></tr> </table>			De 1 a 3 días	De 4 a 7 días	De 8 a 15 días	De 15 a 30 días	Más de 1 mes
<input type="checkbox"/> SOY PACIENTE	FECHA:											
<input type="checkbox"/> SOY FAMILIAR / CUIDADOR												
De 1 a 3 días												
De 4 a 7 días												
De 8 a 15 días												
De 15 a 30 días												
Más de 1 mes												
<p>Valore la satisfacción en el servicio de la UCI Quirúrgica, puntuando entre 0 (muy insatisfecho) y 10 muy satisfecho las siguientes cuestiones:</p>												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	¿Cómo valora la acogida y recepción en la UCI Quirúrgica?											
2	¿Cómo está de satisfecho con la confortabilidad de las instalaciones y equipamiento?											
3	¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de las enfermeras?											
4	¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de las auxiliares de enfermería?											
5	¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los médicos?											
6	¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los celadores?											
7	¿Como valora la comunicación e información recibida sobre sus tratamientos?											
8	¿Se ha sentido usted seguro en la unidad?											
9	¿Como valora la posibilidad de acompañamiento continuado de sus familiares?											
10	¿Como valora en general su estancia en la unidad de la UCI Quirúrgica?											
<p>OBSERVACIONES / COMENTARIOS:</p>												


ANEXO 26. RI-081 Encuesta de satisfacción de los profesionales



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

	VALORE DE 1 a 10: siendo 1 poco satisfecho y 10 totalmente satisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Carga de trabajo y presión para desempeñar su trabajo										
2	Confortabilidad del puesto de trabajo										
3	Seguridad en el puesto de trabajo										
4	Relación con los compañeros										
5	Apoyo del jefe de servicio / unidad										
6	Reconocimiento de mi esfuerzo										
7	Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito										
8	Mis propuestas son escuchadas										
9	Recibo información para el desarrollo de mi trabajo										
10	Recibo información de los resultados obtenidos										
11	Repercusión de su trabajo en la Calidad del servicio										
12	Facilidad para la formación (asistencia cursos, congresos)										
13	Valoración general del entorno laboral y satisfacción con el puesto de trabajo										
14	OBSERVACIONES / SUGERENCIAS										

ANEXO 27. PE.12 Humanización


	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 1 de 29

PE-12 PROCESO ESTRATÉGICO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA UCI-Q

Control de las modificaciones


VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR	FECHA

Realizado	Revisado	Aprobado
Equipo de mejora de HUMANIZACIÓN UCI-Q Firma: Jaime Miralles Sancho Beatriz Martínez Sánchez Concepción Martínez Moya Masun Antón Latour Fecha: 25/01/2018	Coordinadores Sistema Gestión de Calidad Masun Antón Latour Jaime Miralles Sancho Fecha: 25/01/2018	Responsable Sistema Gestión de Calidad Ana Pérez Carbonell Fecha: 25/01/2018

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 2 de 29

Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, al Departamento de salud de Elche, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor , quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso autorizado por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones vigentes aquellas que estén a disposición en el repositorio documental informático.

- 1.- Objeto y Alcance
- 2.- Referencias normativas y definiciones.
- 3.- Desarrollo
- 4.- Responsabilidades
- 5.- Indicadores
- 6.- Registros.
- 7.- Anexos.

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 3 de 29

1.- Objeto y Alcance

El objeto de este proceso es describir el proceso de humanización de los cuidados prestados al paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche.

La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del HGUE es un servicio que presta cuidados de gran complejidad a pacientes postquirúrgicos o politraumatizados que presentan un grado de inestabilidad respiratoria o hemodinámica que supone un riesgo para su vida.


En esta unidad se prestan cuidados que requieren de médicos, personal de enfermería y personal subalterno, altamente capacitados y experimentados para el manejo del paciente crítico, utilizando unos recursos tecnológicos de extrema especificidad que faciliten el monitoreo y seguimiento continuo del paciente.

Precisamente por tratarse de un servicio altamente tecnificado, **se detecta la necesidad de humanizar los cuidados** dispensados al paciente crítico.

El paciente crítico quirúrgico es ingresado en un box individual pero no aislado. Precisamente la disposición de los boxes en formato abierto y orientado hacia el control tiene una razón de ser: la necesidad de observación continua del paciente, a la vez que éste se siente cuidado por el personal de la unidad.

Este formato abierto de unidades de cuidados críticos está más que justificado por una evidencia científica que demuestra los beneficios de dicha disposición.

A su llegada a la unidad, el paciente es monitorizado con la intención de tener un control absoluto de su estado (por lo que en pocos minutos el paciente estará rodeado de cables...), además y por norma general el paciente crítico es portador de diferentes bombas de infusión que servirán para administrar medicación constante (más cables alrededor).

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 4 de 29


Todo esto supone para el paciente un estrés añadido al que conlleva el ingreso en una unidad de cuidados intensivos, además de la sensación de angustia y tristeza que manifiestan por el hecho del alejamiento de la familia y la sensación de soledad que produce el ingreso en estas unidades.

Desde hace unos años, han surgido diferentes corrientes de pensamientos basados en la **Humanización de los Cuidados Intensivos**, precisamente porque ante tanta tecnificación parece hemos olvidados la parte más humana... *¿Quién se hace cargo de los sentimientos del paciente, de los miedos, de la soledad, de la tristeza?*

2.- Referencias normativas y definiciones.

Referencias normativas:

- 1) Plan de MEJORA DE LA HUMANIZACIÓN EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DE ENFERMOS CRÍTICOS. PROYECTO MHUAC COMUNIDAD VALENCIANA. Valencia a 24 de junio del 2017.
- 2) Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 CONSEJERÍA DE SANIDAD. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Comunidad de Madrid. ISBN: 978-84-451-3563-1


	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 5 de 29

Definiciones:

PACIENTE CRÍTICO: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

PROYECTO MHUAC: *"Mejora de la Humanización en Unidades de Atención Crítica"*, Es un proyecto con el cual se pretende mejorar la calidad de la atención prestada a pacientes, familias y profesionales con el objetivo de recuperar la "humanización" de los cuidados intensivos.

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 6 de 29

3.- Desarrollo


El cambio en la forma de dispensar los cuidados, humanizando la atención está siendo monitorizado de tal forma que se está demostrando científicamente los resultados satisfactorios con respecto a la evolución del paciente.

El hecho de que los profesionales identifiquen a los pacientes por su nombre y no por el número de cama, el hecho de que los profesionales hablen con sus pacientes de temas rutinarios, estén sedados o no, estén intubados o no y sobre todo el hecho de que las familias acompañen a los pacientes durante más tiempo, están demostrando un curso evolutivo mucho más favorable, reduciendo tiempos de ingreso y por lo tanto optimizando mucho mejor los recursos.



El ingreso y uso de camas de unidades de críticos implica un alto coste para la sanidad, lo que supone gestionar de forma eficiente los recursos disponibles para poder mantener un sistema sanitario sostenible.

Dicha gestión alcanza desde los recursos materiales hasta los humanos, y cuando hablamos de recursos humanos, no nos estamos refiriendo únicamente a los profesionales, si no a los que son aportados por los pacientes, como fuente de recursos para su propio autocuidado y mejoría. Esto quiere decir que uno mismo puede influir, y de hecho está demostrado, en su recuperación de forma directa, mediante su ánimo, su aptitud, sus sentimientos y la recuperación de su autonomía en algunas necesidades básicas, entre otros...

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 7 de 29

Por lo tanto, tendremos que avanzar en los cuidados no sólo técnicos sino humanos, porque es el conjunto de todos los recursos lo que nos dará un mejor resultado sobre nuestros pacientes.

Los profesionales de la UCI-Q del HGUE están comprometidos con la calidad, por lo que ponen al paciente y a sus familias en el punto central del proceso, dándoles el protagonismo que merecen y articulándose alrededor de ellos con el fin de que éstos sientan que son lo importante y que son nuestra razón de ser profesional.


Para esto la **UCI-Q** del Hospital General Universitario de Elche va a iniciar su andadura en HUMANIZACIÓN, poniendo en marcha las líneas estratégicas indicadas por la **Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública**.

1. **UCI de puertas abiertas**
2. **Mejora y facilitación de comunicación**
3. **Bienestar y confort del paciente**
4. **Presencia, formación y participación de los familiares en cuidados intensivos**
5. **Cuidados al profesional**
6. **Infraestructura y entorno humanizado**
7. **Prevención del síndrome post-cuidados intensivos**
8. **Cuidados al final de la vida y muerte digna**

1. **UCI de puertas abiertas**

Se ha ampliado el horario de visitas de una forma estructurada y coherente. Anteriormente los horarios de visita se ceñían a 2h diarias en diferentes turnos (13'30h y 20'30h).

- Actualmente se mantendrán las visitas de **dos personas por paciente, de 1h de duración**, en los turnos de **13'30h (información médica) y 20'30h**
- A partir de las **17h podrá estar una persona (cuidador principal) hasta las 19,45h**, (así respetamos la siesta del paciente que, tras el ajetreo de la mañana, suele descansar).


	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 8 de 29

- El familiar debe respetar el relevo de enfermería, **de 19,45h a 20,15h, en que deberán salir de la unidad**, ya que, debido a la proximidad al control de enfermería, debemos preservar la información que transmitimos verbalmente de la totalidad de los pacientes.
- El rol de **cuidador principal** se puede aplicar a más de un familiar, (**padre / madre, esposa / hijo...**), pero **sólo una persona podrá permanecer en el horario extendido**. De esta forma podrán alternarse en el acompañamiento familiar, si tienen otras cargas familiares o por motivos de trabajo.
- Si su estado lo permite, será **el paciente** el que determine quienes son sus **familiares cuidadores**.
- También tendrán que **salir**, si así se les requiere, ante cualquier **situación asistencial especial**.
- El familiar acompañante **firmará acatar las normas**, al ingreso del paciente

Esto supondrá un aumento de 3h30' en el contacto familia / paciente, 5h30' en total, incluyéndose en este horario el momento de las comidas, meriendas y cenas, tareas en las que el familiar puede colaborar, si así lo desea.

Dicha ampliación siempre estará sujeta al criterio de los profesionales a cargo del paciente, los cuales valorarán en cada caso en particular las indicaciones o contraindicaciones de la ampliación de horario de visitas.

- **Si hay causas clínicas** para limitar las visitas o aumentarlas, **el médico** informará a la enfermera del paciente, consensuando la decisión.
- **Será el equipo de enfermería**, quien valore restringir o aumentar el horario extendido, siempre quedando reflejado el motivo por escrito y firmado, en la **hoja de ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR**, y pudiéndose modificar diariamente. Esto está justificado por el **marco conceptual de enfermería**, que atiende al paciente con una visión holística y cuyo ámbito es cuidar al paciente y familia, desde atención primaria, especializada y comunitaria.
- Hay hojas para registrar incidencias que puedan surgir a disposición de todos los profesionales
- Se revisarán las incidencias en la Comisión de Humanización.


	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 9 de 29

2. Mejora y facilitación de comunicación

- **Desarrollar herramientas** que aseguren el traspaso correcto de la información relevante del paciente entre los miembros del equipo y mejoren el trabajo en equipo
- Facilitar elementos que ayuden a entablar una **comunicación adecuada y empática con los familiares**
- Facilitar la información a los pacientes y potenciar el uso de **sistemas alternativos de comunicación** en los casos que lo precisen: **Hace años q disponemos en UCI-A de imágenes de necesidades y panel alfabético para pacientes TQT, con BIPAP...**
- **Incorporación de enfermería a la información al paciente y familia**, que lo podrá hacer conjunto con el médico o durante la estancia del familiar cuidador, ajustándose en esta información a los cuidados de enfermería y valoración de las necesidades básicas alteradas para su mejora.

3. Bienestar y confort del paciente

- Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas; **control del dolor, ajuste de sedación, prevención del delirium** y alivio de sensaciones dolorosas y molestas
- Disminuir el sufrimiento psicológico del paciente
 - Entretenimiento para los pacientes, con regulación debida, de lectura, dispositivos multimedia, radio, ...
 - Móvil sólo en caso **excepcional**, pacientes jóvenes, larga estancia q no les produzca estrés...siempre pudiendo retirarlo si da problemas.
El paciente firmará acatar las normas.
- Medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y descanso nocturno
 - Control del ruido
 - Medición del ruido ambiental: colocación de medidores
 - Ajuste del tono de las alarmas
 - Ajuste de luz ambiental
 - Favorecer la iluminación exterior durante el día
 - Ofrecer antifaz y/o tapones auditivos
 - Pauta medicación y/o aumento de sedación, si precisa, para el descanso nocturno.

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 10 de 29

4. Presencia, formación y participación de los familiares en cuidados intensivos

- Medidas que promuevan la autonomía y faciliten conexión con el exterior;
- Se incluye en el horario extendido, el momento de las comidas, meriendas y cenas, tareas en las que el familiar puede colaborar, si así lo desea.
- Si las condiciones clínicas lo permiten, y las familias se muestran dispuestas, podrían colaborar en algunos cuidados (aseo, rehabilitación, fisioterapia respiratoria con incentivador...) siempre bajo supervisión de los profesionales.

5. Cuidados al profesional

- Valoración del síndrome del profesional quemado; Se pasará un test anónimo, para conocer la situación actual
- Prevención del síndrome del profesional quemado.


6. Infraestructura y entorno humanizado

- **Calzas sólo para acceder a la unidad** (no es preciso batas, excepto aislamientos: contacto. HIPEC)
- **Silla para familiar / cuidador**
- **Para la reorientación...relojes en columnas o box.**
- **Privacidad del paciente; Se van a instalar paneles de cristal translúcido entre los boxes abiertos, manteniéndose la cortina frontal.**
- **Confort ambiental del paciente:** Luces, alarmas
- **Comunicación y orientación del paciente**
- **Fomentar la distracción del paciente:** radio, lectura
- **Confort en el área de familiares:** Habilitación de "salas de estar" en lugar de salas de espera: Se han solicitado dos sofás, además de los tres sillones reclinables que ya existen.

7. Prevención del síndrome post-cuidados intensivos

Se ha monitorizado una mejora en la calidad de vida de los pacientes identificados pre - alta, en otros hospitales que aplican esta medida.

- Aplicable a los pacientes de media y larga estancia
- Fomentar el autocuidado
- La presencia, formación y participación de los familiares en los cuidados supondrá un pilar fundamental en la prevención del síndrome post-Cuidados Intensivos.
- **Educación para la salud de Cuidados post-UCI a familiares**

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 11 de 29

8. Cuidados al final de la vida y muerte digna

Implantación del Protocolo de LET y Muerte digna: PRO 005-03

- Control síntomas físicos
- Necesidades emocionales y espirituales de paciente y familia
- LTSV: Limitación del tratamiento de soporte vital
- La familia tiene derecho a despedirse y permanecer junto al paciente en sus últimos momentos de vida, procurando que eso no interfiera en la estabilidad emocional del resto de pacientes.

4.- Responsabilidades

La responsabilidad del cumplimiento de las líneas estratégicas del Proceso de Humanización recae en todos los profesionales de la unidad.

5.- Indicadores

INDICADORES DE CALIDAD 2017 SEMIYUC - SEEIYUC
INDICADOR Nº 124

Nombre del indicador: ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA AL ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI).

Dimensión: Satisfacción

Justificación: La atención centrada en el enfermo y en la familia constituye uno de los principales objetivos de la atención asistencial. Las encuestas de satisfacción son un método útil para conocer la calidad percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la UCI. Pueden también valorar la satisfacción de los enfermos

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{nº de encuestas entregadas y contestadas}}{\text{nº de enfermos dados de alta del SMI}} \times 100$$

Explicación de términos

Alta incluye: alta a planta, domiciliaria, a otro centro o éxitus. Se contabilizarán los reingresos

Encuesta contestada: encuesta devuelta con más de un 70% de ítems contestados por el propio enfermo o familiares

Se recomienda la utilización del cuestionario FS-ICU (Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU) en cualquiera de sus versiones

Población

Todos los enfermos dados de alta del SMI durante el período de estudio

Criterios de exclusión: estancia en UCI < 24 horas


Tipo: Proceso

Fuente de datos: Documentación clínica. Sistema de información clínica. Registros específicos

Estándar > 75%

Se recomienda al menos un corte anual de 4 semanas. La encuesta debe incluir ítems sobre:

1. Condiciones medioambientales

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 12 de 29

2. Relación con el personal médico
3. Relación con el personal de enfermería
4. Aspectos relacionados con las visitas
5. Información recibida

INDICADOR No 133 (INDICADOR RELEVANTE)

Nombre del indicador

HORARIOS DE VISITA FLEXIBLES

Dimensión Satisfacción

Justificación

La flexibilización de los horarios de visita o UCI de "puertas abiertas" genera beneficios en los enfermos, familiares y profesionales. Contribuye al bienestar del enfermo, disminuyen la ansiedad del enfermo y de la familia y minimizan la experiencia traumática de la enfermedad y hospitalización. Además, favorecen el contacto de las familias con los enfermos, la participación de los familiares en los cuidados y mejoran la calidad percibida. No existe evidencia clínica que los horarios restringidos impacten en la seguridad del paciente. Flexibilizar los horarios de visita se contempla en los Planes de Humanización de los enfermos críticos.

Fórmula Existencia de un horario flexible de visitas en la UCI

Explicación de términos

Horario flexible de visitas: Existencia de protocolos específicos de horarios adaptados a las circunstancias específicas del paciente y que vayan más allá de las clásicas visitas restringidas (< 2 horas al día)


La figura de cuidador principal (familiares o allegados identificados de forma específica) pueden facilitar la implantación de estos horarios flexibles

Población Todas las Unidades de Cuidados Intensivos

Fuente de datos Plan funcional de UCI

Estándar 100% (SI)

INDICADOR No 134

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 13 de 29

Nombre del indicador

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (SDP)

Dimensión Satisfacción, seguridad

Justificación

El síndrome de desgaste profesional definido por una respuesta al estrés laboral crónico y caracterizada por un agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal es frecuente en los profesionales del enfermo crítico. Su aparición tiene consecuencias negativas no solo para los profesionales, sino también para los enfermos, familiares y organizaciones. La medición del desgaste profesional a través de escalas validadas facilita el reconocimiento del síndrome y permite establecer acciones de mejora.

Fórmula Encuestas realizadas para evaluar el SDP en profesionales de UCI

Explicación de términos

Encuestas realizadas: medición del SDP mediante escalas validadas al menos 1 vez cada dos años en todos los profesionales que trabajan en la UCI

Escalas validadas: "Cuestionario y Entrevista Semi-estructurada de Desgaste Profesional Medico" (CDPM) o el "Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermería" (CDPE)

Población Todas las Unidades de Cuidados Intensivos

Estándar Realizar 1 encuesta / 2 años

INDICADOR No 111


Nombre del indicador

INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS EN EL SMI

Dimensión Satisfacción

Justificación

La información a los enfermos es un derecho regulado por la legislación actual. Un porcentaje importante de enfermos críticos son incompetentes por lo que esta información en muchas ocasiones debe darse a la familia o representante legal. En el caso de los enfermos del SMI dada la gravedad y la variabilidad de la situación clínica, esta información debe cumplir una serie de requisitos.

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 14 de 29

no de enfermos/familias informadas que cumplen los requisitos

Fórmula= ----- x 100

no de enfermos ingresados en SMI

Explicación de términos

· **Familias:** familiares directos, allegados o personas autorizadas por el enfermo


· **Requisitos de la información a familias:**

- Si el paciente es competente, debe ser informado
- Ser diaria (incluyendo fines de semana y festivos), y con el tiempo necesario para poder explicar los cambios más relevantes producidos y dar cumplida respuesta a todas las dudas de los familiares. Incluye la información al ingreso del enfermo
- En un sitio confortable y con suficiente **privacidad**
- La información se dará por el **médico responsable** del paciente; Deberá quedar explícito quien debe ejercer dicha tarea en ausencia del médico responsable. En su ausencia se asumirá por el médico de guardia
- Se recomienda que la información se realice de forma conjunta médico-enfermera, al menos en el primer contacto con los familiares, durante la información diaria, en caso de fallecimiento inesperado y en la transmisión de la decisión de LTSV
- La información aportada debe ser conocida por todo el equipo asistencial para evitar contradicciones e inconsistencias
- Se recomienda el registro de la información dada en la documentación clínica

Población: Todos los enfermos ingresados en el SMI, durante el periodo revisado

· **Criterios de exclusión:**

- Enfermos sin familiares o representante legal
- Enfermos que expresan su deseo de no informar a la familia

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 15 de 29

Estándar 100%

INDICADOR No 112

Nombre del indicador

INFORMACIÓN ENFERMERA A LOS FAMILIARES

Dimensión Satisfacción, adecuación

Justificación

Una necesidad prioritaria de la familia es recibir información por parte del equipo multidisciplinar. La enfermera es quien tiene un mayor y más estrecho contacto con la familia. La transmisión reglada de información ayuda a disminuir la ansiedad y el estrés de la familia y puede conseguir una mayor colaboración del familiar en el proceso de atención al enfermo crítico y facilita la toma de decisiones.

no de familias informadas por enfermería


Fórmula = ----- x 100

no de enfermos dados de alta del SMI

Explicación de términos

La información dada debe abarcar:

- Utilización de un lenguaje sin tecnicismos, adecuado a las características socio-culturales de la familia y comprobación de la comprensión de la información dada
- Información sobre los cuidados enfermeros realizados al enfermo y posibilidades de implicación de la familia en los cuidados
- Información de situación anímica y confort del enfermo/ la integración del aspecto físico, psíquico, emocional y espiritual/ dinámica y aspectos físicos de la unidad
- Información sobre los cuidados enfermeros realizados al enfermo y posibilidades de implicación de la familia en los cuidados
- Procurar un ambiente de confianza empático y soporte emocional a familiares
- Frecuencia mínima diaria. Individualización según demanda explícita o implícita

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 16 de 29

- Espacio físico adecuado (despacho o a pie de cama, según situación del enfermo y familia)
- Documentación en la historia de la información facilitada y la comprensión de la misma.

Nota: excluye informar sobre pronóstico, diagnóstico y tratamiento, considerando que estos temas son competencia del médico

Población: Familias de todos los enfermos ingresados durante el periodo de estudio

Criterio de exclusión: Enfermos sin familia ni allegados. Enfermos que han expresado formalmente su deseo de que la familia no sea informada

Estándar 95%

INDICADOR No 110

Nombre del indicador

ADECUACIÓN DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Dimensión Efectividad, satisfacción

Justificación

La adecuación de los cuidados al final de la vida debe contemplarse en todos los enfermos fallecidos en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI), donde un porcentaje importante fallecen tras decidirse limitación del tratamiento de Soporte Vital (LTSV) Existe una gran variabilidad en la práctica clínica de los cuidados al final de la vida. La existencia de protocolos basados en las recomendaciones de las sociedades científicas puede disminuir la variabilidad y mejorar la calidad

no enfermos fallecidos en SMI con LTSV a los que se aplicó el protocolo


Fórmula = x 100

no total de enfermos fallecidos en SMI con LTSV

Explicación de términos

Los mínimos que ha de cumplir el protocolo de los cuidados al final de la vida:

- Toma de decisiones centrada en el paciente y su familia
- Comunicación dentro del equipo y con los pacientes y las familias de estos

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 17 de 29

- Adecuación del tratamiento a los nuevos objetivos
- Tratamiento sintomático y de bienestar
- Apoyo emocional y práctico para los pacientes y sus familias
- Apoyo espiritual para los pacientes y sus familias
- Apoyo emocional y de la organización para los profesionales del SMI
- Incluir la donación (de órganos y tejidos) dentro de los cuidados al final de la vida

Población Todos los enfermos fallecidos en SMI con LTSV durante el periodo de estudio

Tipo Proceso

Fuente de datos Documentación clínica

Estándar 100%

INDICADOR No 115

Nombre del indicador

LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV)

Dimensión Adecuación, satisfacción

Justificación

El objetivo de la LTSV es adecuar el nivel de tratamiento a la situación clínica y pronóstica del enfermo y no solo evitar el encarnizamiento terapéutico. La LTSV se establece en un porcentaje importante de enfermos en los SMI. La decisión de LTSV nunca debe tomarse de forma individual, sino que deberá cumplir unos requisitos imprescindibles, tanto científicos como de consenso.


no de indicaciones de LTSV que cumplen los requisitos

Fórmula = ----- x 100

no de indicaciones de LTSV totales

Explicación de términos

Se considerará como LTSV, tanto la retirada de medidas terapéuticas como el no iniciarlas

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 18 de 29

· **Se consideran requisitos para la indicación:**

- Fundarse en la mejor evidencia científica disponible
- Tener en cuenta la voluntad del enfermo, así como la existencia de "instrucciones previas"
- Tomarse por consenso del equipo asistencial
- Informar y consultar a los familiares

En la documentación clínica deberá quedar constancia de todos los anteriores: decisión de LTSV, su fundamentación clínica, si se ha tomado por consenso, si se ha comunicado a la familia y si se han tenido en cuenta las instrucciones previas

Población

Todos los enfermos ingresados en el SMI, a los que se les aplique LTSV, durante el periodo de estudio

· **Criterios de exclusión:**

- Decisión de no ingresar a un enfermo en el SMI, ya que en general, esta no puede ir precedida de deliberación del equipo
- La LTSV excepcionalmente podrá tomarse de forma individual


Tipo Proceso

Fuente de datos Documentación clínica. Sistema de información clínica

Estándar 100%

6.- Registros.

- Hoja de acompañamiento familiar
- Cuestionario FS-ICU (Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit)
- Cuestionario NICSS (Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale)
- RI16 Encuesta satisfacción paciente y familia
- **Indicador de calidad nº 124** = $\frac{\text{nº de encuestas entregadas y contestadas}}{\text{nº de enfermos dados de alta del SMI}} \times 100$

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 19 de 29

7.- Anexos.

1) Hoja de acompañamiento familiar

DIAGNOSTICO..... FECHA INGRESO..... FECHA ALTA..... HABITACION.....

ETIQUETA DEL PACIENTE

CUIDADOR PRINCIPAL:.....
TELÉFONO:.....
2º CUIDADOR:.....
TELÉFONO:.....
FOTOCOPIA DNI PACIENTE:

VIVEN EN:.....
IDIOMA:..... TRADUCTOR:.....

AVISO A FAMILIA ANTES Y DESPUÉS DE QUIRÓFANO:
ACOMPANAMIENTO FAMILIAR ESTANDAR:
ACOMPANAMIENTO FAMILIAR EXTENDIDO POR NECESIDADES DEL PACIENTE (Valoración por equipo de enfermería):


INCIDENCIAS EN EL ACOMPANAMIENTO FAMILIAR:
I

2) Cuestionario FS-ICU (Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit)

¿Cómo lo estamos haciendo?

Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI)

Su familiar fue un paciente en esta UCI. Usted está registrado como el pariente más cercano o cuidador principal. Las siguientes preguntas dirigidas a **USTED** tratan sobre el **más reciente ingreso de su familiar en la UCI**. Entendemos que probablemente había muchos médicos, enfermeras y otros miembros del equipo involucrados en el cuidado de su familiar. Sabemos que pueden existir excepciones, pero a nosotros nos interesa **su valoración en general** de la calidad del cuidado administrado. Entendemos que fue probablemente un momento muy difícil para usted y los miembros de su familia. Agradecemos el tiempo que tome para ofrecernos su opinión. Por favor dedique un momento para contarnos qué hicimos bien y qué podemos hacer para que nuestra UCI mejore. Por favor esté seguro de que todas las respuestas son confidenciales. El personal médico y de enfermería que cuidó de su familiar no podrá identificar

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q		Sistema de Gestión de la Calidad	
			PE-12 V-01	
	10-01-18	Página 20 de 29		

sus respuestas.

DATOS DEMOGRAFICOS:

Por favor, complete la siguiente sección para ayudarnos a conocer un poco sobre su relación con el paciente.

1. Sexo: Hombre Mujer

2. Edad: tengo _____ años

3. Soy su:

__ Esposa __ Esposo __ Pareja

__ Madre __ Padre __ Hermana

__ Hija __ Hijo __ Hermano

__ Otro (Por favor especifique): _____

4. Antes de este reciente ingreso, ¿ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)? __ Si __ No

5. ¿Vive usted con el paciente? __ Si __ No

Si la respuesta es **No**, ¿Con que frecuencia ve usted al paciente?

__ Más de una vez por semana __ Una vez a la semana

__ Una vez al mes __ Una vez al año __ Menos de una vez al año


6. ¿Dónde vive usted? __ En la ciudad donde está el hospital __ Fuera de la ciudad

PARTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO


Por favor marque la opción que refleje mejor su punto de vista.

Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar marque la opción "no aplicable" (N/A).

¿COMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?		Excelent	Muy Bueno	Bien	Suficient	Mal	N / A
1	Preocupación y cuidado del personal de UCI: Cortesía, respeto y solidaridad recibida por su familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 21 de 29

Manejo de los síntomas: Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de UCI.						
2	Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?						
5	Consideración de sus necesidades: Como fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de UCI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Apoyo emocional: Como fue el apoyo emocional provisto por el personal de UCI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Coordinación del cuidado: Trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Preocupación y cuidado del personal de UCI: Cortesía, respeto y compasión recibida por usted.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSONAL DE ENFERMERÍA.						
9	Habilidad y Competencia de las enfermeras de UCI: Como cuidaron las enfermeras de su familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Frecuencia en la Comunicación: Cada cuanto habla con la enfermera sobre el estado de su familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSONAL MÉDICO.						
11	Habilidad y Competencia de los médicos de UCI: Como atendieron a su familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal
12	El ambiente en la UCI era:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA SALA DE ESPERA						
13	El ambiente en la sala de espera era:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunas personas quieren que se haga todo lo posible para solucionar sus problemas de salud, mientras que otras no quieren que se haga demasiado						
14	¿Cuál es su satisfacción de acuerdo al nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q		Sistema de Gestión de la Calidad	
			PE-12 V-01	
	10-01-18	Página 22 de 29		

PARTE 2: SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS.

INSTRUCCIONES PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI

Esta parte del cuestionario está diseñado para medir cómo se siente **USTED** respecto a su implicación en las decisiones relacionadas con el cuidado de su familiar. En la Unidad de Cuidados Intensivos, su familiar puede haber recibido cuidados de diferentes personas. Nos gustaría que cuando conteste estas preguntas, piense en el cuidado en conjunto recibido por su familiar. Gracias.


NECESIDAD DE INFORMACIÓN		Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	N / A
15	Frecuencia en la comunicación con los Médicos de UCI: Cada cuanto habló el médico con usted sobre el estado de su familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Facilidad para conseguir información: Voluntad del personal de UCI para contestar sus preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Comprensión de la Información: Explicaciones comprensibles provistas por el personal de UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Información Honesta: Honestidad de la información provista sobre el estado de su familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Exhaustividad de la Información: Como fué la información del personal de UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Consistencia de la Información: Consistencia de la Información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida por médicos, enfermeras...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.

Durante la estancia de su familiar en la UCI, decisiones importantes fueron tomadas respecto a los cuidados que él o ella recibió. Por favor, en las siguientes preguntas, elija la respuesta que mejor refleje su punto de vista.

7. ¿Se sintió Usted excluido en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí muy excluido/a.
- 2 Me sentí algo excluido/a.
- 3 No me sentí excluido/a ni incluido/a en el proceso de toma de decisiones.
- 4 Me sentí algo incluido/a.
- 5 Me sentí muy incluido/a.

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 23 de 29

8. ¿Se sintió Usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí totalmente abrumado/a.
- 2 Me sentí algo abrumado/a.
- 3 No me sentí abrumado/a ni apoyado/a.
- 4 Me sentí apoyado.
- 5 Me sentí muy apoyado.

9. ¿Sintió Usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?

- 1 Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomo el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 2 Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 3 No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.
- 4 Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado que mi familiar recibió.
- 5 Sentí que tenía buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió

10. Cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo Usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?

- 1 Podría haber dedicado más tiempo.
- 2 Tuve el tiempo adecuado.

Si su familiar falleció durante su estancia en la UCI, por favor rellene las siguientes preguntas (de 11 a 13). Si su familiar no falleció, por favor pase a la pregunta 14.

11. De las siguientes opciones, cual refleja mejor su punto de vista:


- 1 Siento que la vida de mi familiar fue prolongada innecesariamente.
- 2 Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente prolongada innecesariamente.
- 3 Siento que la vida de mi familiar no fue ni alargada ni acortada innecesariamente.
- 4 Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente acortada innecesariamente.
- 5 Siento que la vida de mi familiar fue acortada innecesariamente.

12. Durante las últimas horas de vida de su familiar, cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista:

- 1 Sentí que el/ella estaba sufriendo mucho.
- 2 Sentí que el/ella estaba sufriendo algo.
- 3 Sentí que el/ella estaba principalmente tranquilo/confortable.
- 4 Sentí que el/ella estaba muy tranquilo/confortable.
- 5 Sentí que el/ella estaba totalmente tranquilo/confortable.

13. Durante las horas previas a la muerte de su familiar, cual de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista:

- 1 Me sentí muy abandonado/a por el equipo sanitario.
- 2 Me sentí abandonado/a por el equipo sanitario.
- 3 No me sentí ni abandonado/a ni apoyado/a por el equipo sanitario.
- 4 Me sentí apoyado/a por el equipo sanitario.
- 5 Me sentí muy apoyado/a por el equipo sanitario.

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 24 de 29

14. ¿Tiene alguna/s sugerencia/s sobre cómo mejorar el cuidado recibido en la UCI?

15. ¿Le gustaría comentar algo de lo que hicimos bien?

16. Por favor, añada aquí comentarios o sugerencias que Usted sienta útiles para el personal de este hospital.

Nos gustaría darle nuestro agradecimiento por su participación y sus opiniones. Por favor entregue la encuesta completada a la persona designada en la UCI, o bien haga uso del sobre provisto y envíelo, a la dirección que aparece en él, por correo con la mayor brevedad posible. Muchas gracias.


3) Cuestionario NICSS (Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale)

Este cuestionario tiene por objetivo conocer su nivel de satisfacción respecto a los cuidados dados por las enfermeras durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Su experiencia y opinión nos es francamente valiosa, ya que nos será útil para mejorar la atención de los futuros pacientes que cuidemos en nuestra Unidad, por ello le pedimos que sea sincero y franco en sus respuestas.

Le garantizamos la confidencial y el anonimato de sus datos.


Le agradecemos que destine unos minutos de su tiempo para aportar su opinión.

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q		Sistema de Gestión de la Calidad	
			PE-12 V-01	
	10-01-18	Página 25 de 29		


Por favor, antes de devolver el cuestionario compruebe que todas las preguntas han sido contestadas.

A	Durante toda mi estancia en UCI y bajo mi experiencia, pienso que las enfermeras que me han atendido:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Se han presentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Han acudido con rapidez cuando las he necesitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Han demostrado habilidad en la realización de las técnicas (p.ej. extraer sangre, aspirar secreciones, manejo de las máquinas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Han demostrado saber lo que tienen que hacer en cada momento tanto a nivel técnico como humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Han tenido una actitud profesional en sus cuidados tanto a nivel técnico como humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Han procurado que no tuviera dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Me han administrado la medicación puntualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Me han escuchado cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Han sabido lo que tienen que hacer en cada momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Han trabajado en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Han resuelto los problemas que he tenido con la evolución de mi enfermedad y el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Me han dado cuidados de forma continuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A	Durante toda mi estancia en UCI y bajo mi experiencia, pienso que las enfermeras que me han atendido:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
13	Han demostrado que les gusta su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Han estado pendientes de mi todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Han procurado mantenerme limpio/a y con la piel hidratada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 26 de 29


16	Han sido respetuosas con mi sueño y descanso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Han curado bien mis heridas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Me han movido y cambiado de posición cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Se han preocupado para que estuviera confortable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Me han explicado lo que iban a hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Han mantenido una relación de confianza conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Han estado atentas a mis necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Han mostrado paciencia durante los cuidados prestados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Han sabido ponerse en mi lugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Han contestado a mis preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Han trabajado con una sonrisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Me han dado apoyo emocional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Han sabido anticipar los cuidados antes de que los pidiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Han sido sensibles a mi sufrimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Me han mirado cuando entraban en la habitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Me han dado un trato humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Me han cuidado con cariño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	Durante toda mi estancia en UCI y bajo mi experiencia, pienso que las enfermeras que me han atendido:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
33	Han favorecido que me comunicara con ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Me han atendido con tacto/sensibilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad	
		PE-12 V-01	
		10-01-18	Página 27 de 29

35	Me han proporcionado cuidados que me han ayudado a recuperarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Han mantenido un trato cercano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Me han cuidado de forma individualizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


B	Durante mi estancia en UCI, los cuidados enfermeros recibidos han hecho sentirme:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
38	Optimista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Tranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Que contaban con mi opinión en relación a los cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Que estaba en "manos de la enfermera", ante mi situación de dependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Que estaba cuidado por enfermeras eficientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Como un número, un objeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Agradecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Físicamente seguro a pesar de tener máquinas conectadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Con ganas de seguir viviendo, luchando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Desatendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	Preguntas generales:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
50	Me siento satisfecho con los cuidados dados por las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q	Sistema de Gestión de la Calidad PE-12 V-01 10-01-18 Página 28 de 29
51	Si necesitara ayuda otra vez, desearía que me volvieran a cuidar en esta UCI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52	Los cuidados dados por las enfermeras son como yo los esperaba	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53	¿Qué es lo que más le ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
54	¿Qué es lo que menos le ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
55	Comentarios o situaciones concretas que desee expresar: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	Procedimiento Estratégico de Humanización de los cuidados en la UCI-Q		Sistema de Gestión de la Calidad	
			PE-12 V-01	
	10-01-18	Página 29 de 29		

4) RI16 Encuesta satisfacción paciente y familia


 <p>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA</p>	ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTE Y FAMILIA UCI-Q	Equipo de mejora de la Humanización de los cuidados en UCI-Q	RI16 V-1 10/12/2018														
				<table border="1"> <tr> <td>SOY PACIENTE</td> <td>FECHA:</td> </tr> <tr> <td>SOY FAMILIAR / CUIDADOR</td> <td></td> </tr> </table>	SOY PACIENTE	FECHA:	SOY FAMILIAR / CUIDADOR		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">DÍAS DE ESTANCIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>De 1 a 3 días</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>De 4 a 7 días</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>De 8 a 15 días</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>De 15 a 30 días</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Más de 1 mes</td> </tr> </table>	DÍAS DE ESTANCIA		<input type="checkbox"/>	De 1 a 3 días	<input type="checkbox"/>	De 4 a 7 días	<input type="checkbox"/>	De 8 a 15 días
SOY PACIENTE	FECHA:																
SOY FAMILIAR / CUIDADOR																	
DÍAS DE ESTANCIA																	
<input type="checkbox"/>	De 1 a 3 días																
<input type="checkbox"/>	De 4 a 7 días																
<input type="checkbox"/>	De 8 a 15 días																
<input type="checkbox"/>	De 15 a 30 días																
<input type="checkbox"/>	Más de 1 mes																

Valore la satisfacción en el servicio de la UCI Quirúrgica, puntuando entre 0 (muy insatisfecho) y 10 muy satisfecho las siguientes cuestiones:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 ¿Cómo valora la acogida y recepción en la UCI Quirúrgica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 ¿Cómo está de satisfecho con la confortabilidad de las instalaciones y equipamiento?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3 ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de las enfermeras?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de las auxiliares de enfermería?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5 ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los médicos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6 ¿Cómo considera la atención y el trato recibido por parte de los celadores?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7 ¿Cómo valora la comunicación e información recibida sobre sus tratamientos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8 ¿Se ha sentido usted seguro en la unidad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9 ¿Cómo valora la posibilidad de acompañamiento continuado de sus familiares?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10 ¿Cómo valora en general su estancia en la unidad de la UCI Quirúrgica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

OBSERVACIONES / COMENTARIOS:

ANEXO 28. RI-002 Check-list equipamiento box

	<p>CHEK DEL EQUIPAMIENTO DE BOX UCI-QUIRÚRGICA</p>	<p>Equipo de mejora seguridad del paciente UCI-Q: Adecuación del box y seguimiento</p>	<p>RI02</p>	<p>V-3</p>	<p>5/02/18</p>
<p>Cables Monitor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Saturación de oxígeno. <input type="checkbox"/> Monitorización cardiaca. <input type="checkbox"/> T.A. y manguito. <input type="checkbox"/> Presión arterial invasiva (cable gris) <input type="checkbox"/> PAI para Flow-Trac (cable blanco) <input type="checkbox"/> T^a axilar. <p><input type="checkbox"/> 2 caudalímetros, uno en el lado derecho y otro en el izquierdo.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ambú con mascarilla y alargadera</p> <p>2 sistemas de aspiración conectados: cortar extremos anchos de tubo bulbo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ANTERIOR: Manómetro de vacío + Contenedor con bolsa para Secrec.Via Aérea <input type="checkbox"/> POSTERIOR: Manómetro de vacío + Contenedor con bolsa para Secrec.Via Aérea o subglótica o drenaje torácico <input type="checkbox"/> 1 sistema de aspiración subglótica montada (sin conectar). <p>Cesta con sondas de aspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15 de 16F (naranja). <input type="checkbox"/> 15 de 14 F (verde). <input type="checkbox"/> 5 de 10 F (negras). <p>Bombas de infusión: 1 Hospira (gris) Izquierda 6 Fresenius</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Izquierda: 2 serán de jeringa y 2 normales (volumétricas) <input type="checkbox"/> Derecha: 1 será de jeringa y 1 normal (volumétrica) <p><input type="checkbox"/> 1 pinza de hemostasia.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 pinza Kocher plástico.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 fonendoscopio identificado con el número del box.</p> <p><input type="checkbox"/> En el estante superior de la torre.:3 cajas de guantes nitrilo de las tallas S/M/L</p> <p>Sobre los cajones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contenedor de material punzante de base ancha (5L) <input type="checkbox"/> Gasas cortadas. 		<p>Primer cajón:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 5 bránulas anti-reflujo. <input type="checkbox"/> 5 ampollas de S.F 0.9% de 10 ml. <input type="checkbox"/> 5 paquetes de gasas estériles. <input type="checkbox"/> Un envase de clorhexidina alcohólica: para desinfección de válvulas de catéteres antes de extracción de sangre y de inyección IV <input type="checkbox"/> 10 agujas de carga. <input type="checkbox"/> 5 jeringas de 10cc. <input type="checkbox"/> 20 electrodos. <p>Segundo cajón: Guantes estériles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ A la Izda Pequeños, de las tallas 6/6.5/7/ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con polvo, 4 paquetes de cada <input type="checkbox"/> Sin polvo, 1 paquete de cada ➢ A la Drcha Grandes, de las tallas 7.5/8 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con polvo, 4 paquetes de cada <input type="checkbox"/> Sin polvo, 1 paquete de cada <p>Lavabo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si el paciente está intubado, se dejará el bote con agua para limpieza del sistema de aspiración y caja mascarillas. <p>Armario lavabo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empapadores: 5 grandes y 5 pequeños. <input type="checkbox"/> Esponjas jabonosas 12 (medio paquete) <p>Mesita del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un dosificador de gel hidroalcohólico. <input type="checkbox"/> En la parte inferior, cuña y botella. <p><input type="checkbox"/> 2 papeleras G-II, una a cada lado</p> <p>FECHA: REALIZADO POR: nombre y apellido</p>			

ANEXO 29. DI-004 Equipamiento de un box

EQUIPAMIENTO DE UN BOX DE LA UCI-Q	Equipo de mejora de la seguridad del paciente	DI 04	V-2	15/02/2018
---	---	--------------	------------	-------------------



- Parte superior de la torre:
 - 16 enchufes, 8 delanteros y 8 traseros.
 - 4 tomas de oxígeno.
 - 2 tomas de aire.
 - 4 tomas de vacío.
 - Timbre del paciente.
- Monitor; se localiza en el lado derecho de la torre. Consta de:
 - Pantalla grande monitor
 - Módulo monitor, que tiene la función de monitor de transporte, consta de conexiones y cables de:
 - Saturación de oxígeno.
 - Monitorización cardíaca.
 - T.A. y manguito.
 - Presión arterial invasiva (cable gris)
 - PAI para Flow-Trac (cable blanco)
 - T^a axilar.
- 2 caudalímetros, uno en el lado derecho y otro en el izquierdo.
- 1 ambú con **mascarilla** y alargadera
- 2 sistemas de aspiración conectados:
 - ANTERIOR: Manómetro de vacío + Contenedor con bolsa para Secrec.Vía Aérea
 - POSTERIOR: Manómetro de vacío libre para subglótica o tubo torácico.
- 1 sistema de aspiración subglótica montada (sin conectar).
- Cesta con sondas de aspiración:
 - 15 de 16F (naranja).
 - 15 de 14 F (verde).
 - 5 de 10 F (negras).
- Bombas de infusión: 1 Hospira + 6 Fresenius
 - Izquierda: 1 Hospira (gris)
 - Izquierda: 4 Fresenius (2 de jeringa y 2 normales / volumétricas)
 - Derecha: 2 Fresenius (1 de jeringa y 1 normal / volumétrica)

ANEXO 30. DI-035 Listado de sesiones clínicas y bibliográficas ENF/TCAE


	LISTADO SESIONES CLÍNICAS DE ENFERMERÍA 2019	DI-035	V-1	ENERO 2020
2019				
NOMBRE SESIÓN		PONENTE		FECHA
ESCALAS DE MONITORIZACIÓN DE SEDACIÓN, AGITACIÓN, DOLOR Y DELIRIUM.		FRANCISCO GUILLÉN		OCTUBRE/NOVIEMBRE 2019
FISIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA RESPIRATORIA		DRA. ANA PÉREZ.		14/11/2019
SISTEMA DE CALIDAD EN LA UCI-Q. NUEVOS RETOS.		DRA. ANA PÉREZ.		16/04/2019
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA POSTQUIRÚRGICA.		GEMA MÁS PENALVA.		29/03/2019
TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA. TERAPIA DE HEMOFILTRACIÓN CON CITRATO.		FRANCISCO SAPENA.		11/03/2019
TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA. TERAPIA DE HEMOFILTRACIÓN CON CITRATO.		FRANCISCO SAPENA.		14/03/2019
RCP AVANZA EN UNIDADES DE CRÍTICOS.		M ^a EUGENIA SEBASTIÁN BONETE. DR. CARLOS ALONSO.		01/02/2019
DOCUMENTACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA UCI-Q.		MASUN ANTÓN LATOUR.		08/02/2019
2018				
COMUNICACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE.		MIGUEL ORTEGA PÉREZ.		30/11/2018
SISTEMA DE CALIDAD.		ANA PÉREZ, VANESSA NOLASCO, MASUN ANTÓN Y MAR MIRAS.		23/11/2018
SISTEMA DE CALIDAD.		ANA PÉREZ, VANESSA NOLASCO, MASUN ANTÓN Y MAR MIRAS.		16/11/2018
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR SNG.		CONCHI MARTÍNEZ.		09/11/2018
GESTIÓN DEL RIESGO		LAURA G ^a , BÁRBARA ATÓN Y BEATRIZ MARTÍNEZ.		22/06/2018
TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA		CRISTINA DANIELA TUDOR		18/05/2018
TRASLADO INTRA Y EXTRA HOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO		MASUN ANTÓN. CONCHI MARTÍNEZ		13/04/2019
MANEJO DE BOMBA FRESSENIUS		MANUEL HERNÁNDEZ		06/04/2018
ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS		LAURA GARCÍA CORTECERO		23/02/2018

MANEJO DEL PACIENTE CON DISTRÉS RESPIRATORIO	MASUN ANTÓN	09/02/2018
MONTAJE DEL RESPIRADOR PORTÁTIL	ARANTXA GUERRERO ROMÁN	09/02/2018
APLICACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN EN LA UCI-Q	BEATRIZ MARTÍNEZ. CONCHI MARTÍNEZ.	26/02/2018
APLICACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN EN LA UCI-Q	BEATRIZ MARTÍNEZ. CONCHI MARTÍNEZ.	12/01/2018
2017		
NOMBRE SESIÓN	PONENTE	FECHA
RETIRADA DE LA VM. CHECK LIST DEL BOX EN UCI-Q.	MÍRIAM SÁNCHEZ MACÍ. CONCHI MARTÍNEZ MOYA.	15/12/2017
ACTUALIZACIÓN DEL BALANCE HÍDRICO. REGISTRO DE DERENAJES Y ENTRADAS.	MASUN ANTÓN LATOUR. SUSANA MORA BLASCO.	24/11/2017

ANEXO 31. DI-020 Carro de curas

CARRO DE CURAS: COMPONENTES		DI20 v-1	A.Ibarra/ P.Ñíguez	5/1/2019
<p>LEJA SUPERIOR</p> <p>ANTISÉPTICOS</p> <p>agua oxigenada.</p> <p>alcohol de 70º</p> <p>clorhexidina 2%: alcohólica y acuosa</p> <p>clorhexidina alcohólica 2% coloreada.</p> <p>povidona yodada.</p>				
<p>Tijeras</p> <p>Esparadrapos de diversos tamaños.</p> <p>Apósitos de vías centrales y periféricas de diversos tamaños.</p> <p>Apósitos adhesivos.</p> <p>Venda tubular del nº 1.</p> <p>Bombonera con gasas y compresas estériles.</p> <p>Sueros fisiológicos de 10 cc</p>				
<p>CAJÓN IZQUIERDO</p> <p>POMADAS</p> <p>Vaselina y Spray protección de piel</p> <p>Pomada para hematomas y trastornos venosos</p> <p>Pomadas antibacterianas</p> <p>Pomadas desbridamiento de heridas</p> <p>Hidrogel: desbridamiento y cicatrización</p> <p>Lubricante urológico estéril y no estéril</p>		<p>CAJÓN DCHO</p> <p>Agujas de diverso calibre.</p> <p>Jeringas diverso volumen.</p> <p>Catéteres venosos</p> <p>Válvulas antirreflujo.</p>		<p>CAJÓN LATERAL</p> <p>2 vendas de crepé.</p> <p>2 vendas cohesivas.</p> <p>2 algodón de protección.</p> <p>1 venda elástica adhesiva.</p> <p>1 venda de gasa.</p>
<p>LEJA INFERIOR</p> <p>APÓSITOS</p> <p>Quirúrgicos, en panal de abeja</p> <p>Hidrocoloides y de Silicona</p> <p>Apósitos con plata</p> <p>Para heridas exudativas: Cintas arginato + Apósitos de espuma</p> <p>Apósitos con Carbón activado</p>				
<p>Bisturíes (con y sin mango).</p> <p>Lidocaina (2% y 5%) mepivacaína 2%.</p> <p>Sedas con aguja (rectas y curvas).</p> <p>Puntos de aproximación adhesivos.</p> <p>Apósitos de SNG</p> <p>Rasuradoras.</p>				
<p>Cada TCAE se responsabilizará del carro de su equipo de trabajo.</p> <p>El TCAE será el encargado de la reposición y el orden de su material al comenzar su turno.</p> <p>La limpieza se realizará con un desinfectante de superficies para productos sanitarios en el turno de mañana y cuando precise.</p>				

ANEXO 32. DI-019 Carro de técnicas

	CARRO DE TÉCNICAS: componentes	DI 19	Concepción Martínez Matide Gomez	12/01/2019
---	---------------------------------------	-------	-------------------------------------	------------

LEJA SUPERIOR IZQUIERDA

Agua oxigenada
Alcohol de 70%
Clorhexidina alcohólica y acuosa al 2%
Betadine.
Clorhexina alcohólica 2% naranja.
Apósitos de varios tamaños
Novercután
Lidocaína al 2% y al 5%
Mepivacaína al 2%
Tegaderm: ápositos vías centrales y periféricas

Seda recta y curva de varios números
Leurostrip de varios tamaños
Oper tap de varios tamaños

LEJA SUPERIOR DERECHA

Suero fisiológico
Gasas estériles
Compresas estériles
Jeringas: 20ml
Jeringas: 10ml
Jeringas: 5ml
Jeringas: 2ml
Agujas para cargar: 1,2 x 40ml
Agujas IV: 0,8mm x25mm
Agujas IM: 0,8mm x 40mm
Agujas SC: 0,5mm x 16mm
Bránulas

LEJA INFERIOR IZQUIERDA

Guantes estériles con polvo.
nº 6, 6,5, 7, 7,5 y 8
Guantes estériles sin polvo:
nº 6, 6,5, 7, 7,5 y 8
Bisturí con mango nº 11

LEJA INFERIOR DERECHA

Arteriofix: Arteria femoral= 18G/160mm
Arteriofix: Arteria Radial= 20G/80mm
Vía Central de 3 luces
Catéter Basilica de 3 luces
Sistema de Floc Trac
Fundas de ecógrafo
Mascarillas y gorros

CAJÓN LATERAL IZQUIERDO

Sábanas estériles	Entremetidas estériles
Batas Estériles	Paños Estériles




El TCAE será el encargado de la reposición y el orden de su material después de su uso.
La limpieza se realizará con un desinfectante de superficies para productos sanitarios en el turno de mañana y cuando precise.

ANEXO 33. RI-017 Check-list de seguimiento


CHECKLIST DE VALORACIÓN DEL PACIENTE INGRESADO EN UCI-Q			
Etiqueta del paciente		Fecha:	
		Mañana	Tarde
CH	Revisión pase de guardia y pase de enfermería	<input type="checkbox"/>	
	Revisión de antecedentes personales, alergias, intervención Qx y evolución últimos días	<input type="checkbox"/>	
Paciente	¿Que necesita el paciente para el alta?		
	Principal riesgo y como disminuirlo.		
	Algún evento adverso que deba ser notificado? (SINEA)	<input type="checkbox"/>	Si/No
	Revisión de constantes, débitos, drenajes, heridas y exploración física	<input type="checkbox"/>	
	Dolor / Sedación / Agitación	Objetivo RASS: ___ Objetivo EVA: ___ CAM-ICU <input type="checkbox"/>	
	Hemodinámico	Objetivo FC: ___ Ritmo Objetivo TAM: ___ Termodilución <input type="checkbox"/> Plan: Drogas vasoactivas: ___ Dosis: ___ mg/kg/min	
	Respiratorio	¿Cumple criterios extubación? ¿Prueba de O2 en T? Interrupción diaria sedación ¿Cabeecera elevada a >35°? ¿VM protección pulmonar? Necesidad Reclutamiento Fibro de limpieza	Si/No Si/No Si/No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si/No Si/No
	Infecioso	Infección activa: _____ Reviso cultivos ¿Se pueden desescalar antibióticos ? Plan: ¿Necesidad aislamiento?	<input type="checkbox"/> Si/No Si/No
	Renal	Objetivo de balance: _____ Alteraciones iónicas: _____ Plan: ¿Diuresis entre 0,5-1 ml/kg/h?	+ / - / = Si/No
	Accesos vasculares	Catéter venoso central: n° días: ___ Catéter arterial: n° días: ___ ¿Signos de infección? ¿Se puede retirar catéteres?	Balance: _____ Si / No
Pendiente	Nutrición	Nutrición: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> NE trófica <input type="checkbox"/> NEnteral ¿Contraindicaciones para N enteral? ¿Control glucémico adecuado? Plan: ¿Cumple objetivo nutricional? Necesidad de procinéticos Días desde última deposición: _____	Si/No Si/No Si/No Si/No <input type="checkbox"/>
	Profilaxis	Medias neumáticas HBPM Omeprazol	<input type="checkbox"/> Si/No <input type="checkbox"/>
	Medicación	Se puede retirar alguna medicación Se puede pasar a VO Se debe ajustar según cambios en función renal	Si/No Si/No Si/No
	Pruebas complementarias Interconsultas	Revisión analítica Revisión pruebas complementarias Solicitud para la tarde: _____ Solicitudes para mañana Valoración por otros servicios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Información al Paciente / Familiares	<input type="checkbox"/>	Vista <input type="checkbox"/> Destacado: _____
	Plan:		

ANEXO 34. DI-002 Hoja Información Familiares

INFORMACIÓN A FAMILIARES DEL PACIENTE EN UCI-Q	Equipo de mejora de la Comunicación en UCI-Q	DIO2	V-1	27/1/18
---	--	------	-----	---------

  SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UCI QUIRÚRGICA	 Humaniza Más las Unidades de Atención a Pacientes Críticos.	 Humanizando los Cuidados Intensivos
---	---	---

Los profesionales de la UCI QUIRÚRGICA del Hospital General Universitario de Elche están comprometidos con la calidad en la asistencia, por lo que ponen al paciente y a sus familias en el punto central del proceso, dándoles el protagonismo que merecen y articulándose alrededor de ellos con el fin de que éstos sientan que son lo importante y que son nuestra razón de ser profesional.



En esta unidad se prestan cuidados que requieren de médicos, personal de enfermería y personal subalterno, altamente capacitados y experimentados para el manejo del paciente crítico, utilizando unos recursos tecnológicos de extrema especificidad que facilitan el monitoreo y seguimiento continuo del paciente.

Precisamente por tratarse de un servicio altamente tecnificado, **se detecta la necesidad de humanizar los cuidados** dispensados al paciente crítico.

A su llegada a la unidad, el paciente es monitorizado con la intención de tener un control absoluto del estado de este (por lo que en pocos minutos el paciente estará rodeado de cables...), además y por norma general el paciente crítico es portador de diferentes bombas de infusión que servirán para administrar medicación constante (más cables alrededor del paciente...).

El PROYECTO MHUAC de la Comunidad Valenciana

“Mejora de la Humanización en Unidades de Atención Crítica”, Es un proyecto con el cual se pretende mejorar la calidad de la atención prestada a pacientes, familias y profesionales con el objetivo de mejorar en la “humanización” de los cuidados intensivos.

Para esto la **UCI-Q** del Hospital General Universitario de Elche va a iniciar su andadura en HUMANIZACIÓN, poniendo en marcha las líneas estratégicas indicadas por la **Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública**.

1. UCI de puertas abiertas
2. Mejora y facilitación de comunicación
3. Bienestar y confort del paciente
4. Presencia, formación y participación de los familiares en cuidados intensivos
5. Infraestructura y entorno humanizado

INFORMACIÓN A FAMILIARES DEL PACIENTE EN UCI-Q	Equipo de mejora de la Comunicación en UCI-Q	DIO2	V-1	27/1/18
---	--	------	-----	---------

6. Prevención del síndrome post-cuidados intensivos

7. Cuidados al final de la vida y muerte digna

1. UCI de puertas abiertas

Se ha ampliado el **HORARIO DE VISITAS** de una forma estructurada y coherente. Anteriormente los horarios de visita se ceñían a 2h diarias en diferentes turnos (13'30h y 20'30h).

- **Actualmente se mantendrán las visitas de dos personas por paciente, de 1h de duración, en los turnos de 13'30h (información médica) y 20'30h. A las 13,30 debe acceder primero el familiar principal, para que el médico le informe.**
- **A partir de las 17h podrá estar una persona (cuidador principal) hasta las 20,30h, (así respetamos la siesta del paciente que, tras el ajetreo de la mañana, suele descansar). El rol de cuidador principal se puede aplicar a más de un familiar, (padre / madre, esposa / hijo...), pero sólo una persona podrá permanecer en el horario extendido. De esta forma podrán alternarse en el acompañamiento familiar, si tienen otras cargas familiares o por motivos de trabajo.**
- **El familiar debe respetar el relevo de enfermería, de 19,30h a 20,30h, en que deberán salir de la unidad, ya que, debido a la proximidad al control de enfermería, debemos preservar la información que transmitimos verbalmente de la totalidad de los pacientes.**
- **También tendrán que salir, si así se les requiere, ante cualquier situación asistencial especial. (Radiografías o situaciones de urgencia)**
- **Si su estado lo permite, será el paciente el que determine quienes son sus familiares cuidadores.**
- **El familiar acompañante firmará acatar las normas, al ingreso del paciente**

Dicha ampliación siempre estará sujeta al criterio de los profesionales a cargo del paciente, los cuales valorarán en cada caso en particular las indicaciones o contraindicaciones de la ampliación de horario de visitas.

2. Mejora y facilitación de comunicación

- **Incorporación de enfermería a la información al paciente y familia, que lo podrá hacer conjunto con el médico o durante la estancia del familiar cuidador.**

INFORMACIÓN A FAMILIARES DEL PACIENTE EN UCI-Q	Equipo de mejora de la Comunicación en UCI-Q	DIO2	V-1	27/1/18
---	--	------	-----	---------

- En caso de ALTA a otra unidad: se les avisará telefónicamente poco antes del traslado, para que puedan acompañarlo a planta de hospitalización. Por norma general, no se traslada al paciente hasta que llegue la familia a la UCI-Q.

3. Bienestar y confort del paciente

- Pueden traer efectos personales del paciente:
 - Audífonos o gafas
 - Cepillo de dientes y dentífrico
 - Colonia fresca
- Disminuir el sufrimiento psicológico del paciente
 - Entretenimiento para los pacientes, con regulación debida: periódicos, revistas, dispositivos multimedia, radio con auriculares, ...
- El hospital dispone de servicios tales como:
 - Asistente social
 - Apoyo religioso
- Medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y descanso nocturno
 - Ajuste del tono de las alarmas
 - Ajuste de luz ambiental
 - Ofrecer antifaz y/o tapones auditivos

4. Presencia, formación y participación de los familiares en cuidados intensivos

- Medidas que promuevan la autonomía y faciliten conexión con el exterior;
- Se incluye en el horario extendido, el momento de las comidas, meriendas y cenas, tareas en las que el familiar puede colaborar, si así lo desea.
- Si las condiciones clínicas lo permiten, y las familias se muestran dispuestas, podrían colaborar en algunos cuidados (cuidado de las uñas, higiene bucal, hidratación de piel, rehabilitación con pequeñas movilizaciones de pies y manos, fisioterapia respiratoria con incentivador...) **siempre bajo supervisión de los profesionales.**

5. Infraestructura y entorno humanizado

- **Calzas sólo para acceder a la unidad** (no es preciso batas, excepto aislamientos: contacto. HIPEC)
- **Silla para familiar / cuidador**
- **Para la reorientación...relojes en columnas o box.**
- **Privacidad del paciente; Se van a instalar paneles de cristal translúcido entre los boxes abiertos, manteniéndose la cortina frontal.**
- **Confort ambiental del paciente:** Luces, alarmas

INFORMACIÓN A FAMILIARES DEL PACIENTE EN UCI-Q	Equipo de mejora de la Comunicación en UCI-Q	DIO2	V-1	27/1/18
---	--	------	-----	---------

- **Comunicación y orientación del paciente**
- **Fomentar la distracción del paciente:** radio, lectura
- **Confort en el área de familiares:** Habilitación de “salas de estar” en lugar de salas de espera: Se han solicitado dos sofás, además de los tres sillones reclinables que ya existen.

6. Prevención del síndrome post-cuidados intensivos

- Aplicable a los pacientes de media y larga estancia
- La presencia, formación y participación de los familiares en los cuidados supondrá un pilar fundamental en la prevención del síndrome post-Cuidados Intensivos.
- **Educación para la salud de Cuidados post-UCI a familiares**

7. Cuidados al final de la vida y muerte digna

- La familia tiene derecho a despedirse y permanecer junto al paciente en sus últimos momentos de vida, procurando que eso no interfiera en la estabilidad emocional del resto de pacientes.

**RECUERDE ANTES DE ENTRAR EN LA UNIDAD
REALIZAR HIGIENE DE MANOS, USANDO
SOLUCIÓN ALCOHÓLICA ANTES Y DESPUÉS DE ASISTIR AL PACIENTE**

**NO ENTRE SI PADECE ALGUNA INFECCIÓN RESPIRATORIA,
INTESTINAL O DE LA PIEL**

**ESTÁ PROHIBIDO EL USO DE MÓVILES EN LA UNIDAD,
PODRÁN UTILIZARLO EN LA SALA DE ESTAR DE FAMILIARES
Y ZONAS COMUNES DEL HOSPITAL**




“NOSOTROS TAMBIEN SUMAMOS...NOSOTROS NOS HUMANIZAMOS”


**“GRACIAS POR SU
COLABORACIÓN”**



ANEXO 35. R-002 PE.05 Informe de Incidencias, Detección de Problemas y Oportunidades

		R04 PE.05 INFORME DE INCIDENCIAS, DETECCIÓN DE PROBLEMAS Y OPORTUNIDADES	
Nº		FECHA	
Área relacionada			
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN			
PROPUESTA DE ACTUACIÓN Y/O MEJORA			
OPCIONAL - Nombre y apellidos:			
Correo electrónico:		Teléfono:	

ANEXO 36. R-004 PE.05 Registro de No Conformidad y Acción Correctiva

		R01 PE.05 REGISTRO DE NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN DE MEJORA	
Nº		FECHA	
Área relacionada			
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD			
ANÁLISIS DE LAS CAUSAS			
CORRECCIÓN INMEDIATA			
RESPONSABLE		FECHA APROBACIÓN	
ACCIONES CORRECTIVAS			
SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS			
Fecha	Observaciones	Firma	
COMPROBACIÓN Y CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA			
Observaciones:		Fecha:	
		Responsable:	

ANEXO 37. Certificado ISO 9001:2015

Certificado

Norma de aplicación **ISO 9001:2015**

Nº registro certificado 0.04.18206

TÜV Rheinland Ibérica Inspection, Certification & Testing S.A.
certifica:

Titular del certificado: **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE
SECCIÓN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICOS**
Carrer Almazara, 11
E - 03203 Elche (Alicante)

Ámbito de aplicación: Los procesos de ingreso/Evaluación inicial, Estabilización,
seguimiento, interconsultas, traslados, alta y proceso de
humanización de la atención y cuidados del paciente prestados en
la UCI Quirúrgica.

Mediante auditoría realizada, según consta en el informe
nº 0.04.18206 se verificó el cumplimiento de los requisitos
recogidos en la norma ISO 9001:2015.

La fecha límite para la auditoría de seguimiento es 02-18 (mm-dd).

Validez: Este certificado es válido desde 2019-02-26 hasta 2022-02-25.
Fecha de primera certificación 2019.



2019-03-01 TÜV Rheinland Ibérica Inspection, Certification & Testing S.A.
Garrotxa, 10-12 – E-08820 El Prat de Llobregat

   **TÜVRheinland®**
Precisely Right.


www.tuv.com

10/201 10.17 E A4 © TÜV, TÜEV and TUV are registered trademarks. Utilisation and application requires prior approval.

ANEXO 38. RI-055 Modelo de solicitud material no inventariable

MODELO DE SOLICITUD DE INTRODUCCIÓN DE MATERIAL NO INVENTARIABLE (DESECHABLES)			
SERVICIO PETICIONARIO		CENTRO DE ACTIVIDAD	
NOMBRE GENÉRICO			
DESCRIPCIÓN			
PROCEDIMIENTO EN EL QUE SERÁ UTILIZADO (prueba diagnóstica, técnica, etc...)		EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS MEDIANTE SISTEMA ENDOMAT	
NUEVO PRODUCTO (marcar con una "x")		SUBSTITUCIÓN (marcar con una "x")	
COSTE			
JUSTIFICACIÓN ASISTENCIAL Y/O ECONÓMICA, OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE GESTIÓN (Objetivos y Compromisos si los hubiere-Adjunte informe si procede)			
OTRAS OBSERVACIONES			
FECHA DE PETICIÓN:		FECHA DE APROBACIÓN:	
FIRMA: Precisa Firma o VºBº del Jefe Clínico		FIRMA: El Secretario de la Comisión de Dirección	

ANEXO 39. Certificado de Inscripción en el Registro Autonómico de Certificaciones en Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Valenciana

 **GENERALITAT VALENCIANA**
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

CERTIFICAT D'INSCRIPCIÓ EN EL REGISTRE AUTONÒMIC DE CERTIFICACIONS EN QUALITAT DE CENTRES, SERVEIS I ESTABLIMENTS SANITARIS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO AUTONÓMICO DE CERTIFICACIONES EN CALIDAD DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

DECRET 64/2015 – DOCV núm. 7524 de 13.05.2015 / DECRETO 64/2015 – DOCV núm. 7524 de 13.05.2015

De conformitat amb l'establert en el Decret 64/2015, de 8 de maig, del Consell, pel qual es crea i regula el Registre Autonòmic de Certificacions en Qualitat de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Valenciana i el Catàleg Autonòmic d'Entitats en Salut de la Comunitat Valenciana, se certifica que l'entitat les dades registrals de la qual s'especifiquen a continuació figura inscrita en l'esmentat registre amb el nombre:

De conformidad con lo establecido en el Decreto 64/2015, de 8 de mayo, del Consell, por el que se crea y regula el Registro Autonómico de Certificaciones en Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunitat Valenciana y el Catálogo Autonomico de Entidades en Salud de la Comunitat Valenciana, se certifica que la entidad cuyos datos registrales se especifican a continuación figura inscrita en el mencionado registro con el número:

2867/3/73/2019

DENOMINACIÓ DEL CERTIFICAT **ISO 9001:2015**
DENOMINACIÓN DEL CERTIFICADO

CODI CERTIFICAT **0.04.18206**
CÓDIGO CERTIFICADO

CENTRE **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE**
CENTRO

NOMBRE DE REGISTRE DE CENTRES, SERVEIS I ESTABLIMENTS SANITARIS DE LA C.V. **2867**
NÚMERO DE REGISTRO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE LA C.V.


ENTITAT CERTIFICADORA **TÜV RHEINLAND**
ENTIDAD CERTIFICADORA

DATA D'OBTENCIÓ **26-02-2019**
FECHA DE OBTENCIÓN

DATA DE CADUCITAT **25-02-2022**
FECHA DE CADUCIDAD

ABAST **Unidad de cuidados intensivos quirúrgicos**
ALCANCE

Valencia, 31 de octubre de 2019 / Valencia, 31 d'octubre de 2019
Jefa del Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente / La cap del Servei d'Avaluació, Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient


M.ª José Avilés Martínez

