



PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE  
UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE  
PULMONAR  
2020-2022



Hospital Universitario Reina Sofía  
Córdoba, junio de 2023

Próxima revisión en julio 2024

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	6
Consideraciones generales.....	6
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES.....	10
POLÍTICA DE CALIDAD.....	11
FUNCIONES GENERALES, ORGANIZACIÓN Y ORGANIGRAMA.....	12
Funciones.....	13
CARTERA DE SERVICIOS.....	15
ASISTENCIAL Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	15
INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO.....	16
Hospitalización.....	16
Quirófanos.....	16
Consultas externas.....	16
RECURSOS HUMANOS.....	16
ACTIVIDAD DOCENTE.....	18
ACTIVIDAD INVESTIGADORA.....	18
ACTIVIDAD ASISTENCIAL (RESUMEN).....	19
HOSPITALIZACIÓN.....	19
ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.....	28
Encuestas de satisfacción propias de la UCTyTxP.....	29
Afortunadamente, teníamos nuestras propias encuestas:.....	29
<b>1º semestre 2022</b> .....	29
Análisis de los resultados, evaluación de las medidas tomadas y áreas de mejora.....	31
*contiene respuestas en blanco.....	34
Análisis de los resultados, evaluación de las medidas tomadas y áreas de mejora.....	34
Otras encuestas de satisfacción propias de la UCTyTxP.....	39
1. Grado de conocimiento y satisfacción de los pacientes trasplantados de pulmón tras la información sobre la medicación inmunosupresora.....	39
Áreas de mejora y análisis de los resultados de las medidas tomadas anteriormente.....	43
TRASPLANTE PULMONAR.....	44
Número y tipo de trasplantes por años.....	44
Tiempo de respuesta para evaluación de candidatos.....	44
Supervivencia. Comparación con el Registro Internacional.....	44
Mortalidad perioperatoria.....	45
Tasa de pulmones donados no implantados.....	46
Mortalidad de pacientes en lista de espera para Trasplante de Pulmón.....	46

EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE OBJETIVOS DEL ACUERDO DE GESTIÓN.....	47
ALEGACIONES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR. 2022.....	47
Capítulo I, II y IV.....	47
1º semestre de 2023.....	50
Propuestas de mejora.....	61
SEGURIDAD.....	63
INTRODUCCIÓN.....	63
PROPÓSITO.....	63
ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	64
ASIGNACIÓN DE PROFESIONALES DE REFERENCIA.....	68
PLAN INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UCTyTxP.....	81
METODOLOGÍA.....	82
CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.....	83
RESULTADOS.....	83
ACCIONES PREVENTIVAS Y RESPONSABLES.....	95
PUNTOS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	97
ESTRATEGIAS, LÍNEAS Y OBJETIVOS de calidad y SEGURIDAD de la Uctytxp. responsables, indicadores y cronograma.....	98
2.- PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN, REGISTRO, ANÁLISIS Y MEDIDAS CORRECTORAS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS.....	101
3.- INCORPORACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS y set de buenas prácticas.....	108
En nuestra unidad, de acuerdo a las recomendaciones del Observatorio para la Seguridad del Paciente, hemos adoptado sus líneas estratégicas.....	109
3.1.3.- <i>Plan Bacteriemia Zero (adherencia, inserción y mantenimiento de catéteres venosos) y</i> <i>Neumonía Zero (prevención neumonías asociadas a la ventilación mecánica).....</i>	111
3.1.4.- <i>Cirugía segura.....</i>	111
3.1.5.- <i>SET DE BUENAS PRÁCTICAS.....</i>	112
4.- INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD AL ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA DE LA UCTyTxP.....	113
5.- LISTAS DE COMPROBACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	123
D.- EVALUACIÓN y PLAN DE MEJORA.....	126
D.1.- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica.....	126
Auditoría de Consentimiento Informado. Periodo: 1º semestre 2022.....	128
Auditor/a: <b>Alba M.ª Fernández</b> .....	128
Auditoría de Consentimiento Informado. Periodo: 2º semestre 2022.....	131
Auditor/a: <b>Alba M.ª Fernández</b> .....	131
Auditoría de Consentimiento Informado. Periodo: 1º semestre 2023.....	134
Audidores: Dras. Alba M.ª Fernández, Patricia Childers y Ninoska Moreira y el Dr. Ángel Salvatierra .....	134

D.2.- Notificación y registro de acontecimientos adversos.....	135
D.3.- Objetivos de seguridad.....	135
D.4.- Listado de verificación para la seguridad del paciente.....	136
PLAN DE MEJORA.....	137
<b>ANEXOS.....</b>	<b>138</b>
Anexo 1.....	139
FUNCIONES, RESPONSABILIDADES, COMPETENCIAS Y PERFILES DE PROFESIONALES DE LA UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.....	139
1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	139
2. RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO.....	139
3. DESARROLLO.....	139
4. REVISIÓN.....	139
CIRUJANO TORÁCICO.....	142
SUPERVISOR/A DE HOSPITALIZACIÓN DE LA UGC CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.....	145
ENFERMERA GESTORA DE PACIENTES.....	147
ENFERMERO/A DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UGC CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.....	149
ENFERMERA/O DEL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS DE LA UGC CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.....	152
TCAE DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.....	155
ADMINISTRATIVA/O DE LA UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.....	158
<b>ANEXO 2. CARTERA DE SERVICIOS ASISTENCIALES, DOCENTES, DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....</b>	<b>160</b>
<b>SERVICIOS ASISTENCIALES.....</b>	<b>160</b>
<b>SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.....</b>	<b>168</b>
<b>SERVICIOS DOCENTES.....</b>	<b>169</b>
<b>2. 1. Docencia de pregrado.....</b>	<b>169</b>
<b>2. 2. Docencia postgrado.....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO 3. DOCUMENTACIÓN EMPLEADA PARA LA METODOLOGÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO 4. P.O.E. REGISTRO Y ANÁLISIS DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN LA UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>ACLARACIÓN DE TÉRMINOS.....</b>	<b>2</b>
<b>OBJETO.....</b>	<b>2</b>
<b>ALCANCE.....</b>	<b>2</b>
<b>3.- EQUIPAMIENTO NECESARIO.....</b>	<b>3</b>

<b>4.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO DECLARACIÓN DEL EVENTO.....</b>	<b>3</b>
Relacionados con el declarante:.....	3
Relacionados con el afectado:.....	4
Relacionados con el evento:.....	4
Relacionados con la valoración.....	4
<b>ANÁLISIS DEL EVENTO.....</b>	<b>5</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>6</b>
<b>6.- LISTADO DE DOCUMENTOS ASOCIADOS.....</b>	<b>6</b>
<b>7. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>ANEXO 1. REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS EN LA WEB DEL HURS.....</b>	<b>8</b>
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ACONTECIMIENTO ADVERSO.....	13
ANEXO 5. REGISTRO DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS. ACCIONES PREVENTIVAS. UCTyTxP.....	15
ANEXO 6. ACTAS SESIONES SEMESTRALES DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS (2011 - 1º semestre 2023).....	45
ANEXO 7. LISTADOS DE COMPROBACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	106

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

El Plan Calidad y Seguridad del Paciente de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar (en adelante, UCTyTxP) trata sobre las medidas para garantizar la máxima calidad y seguridad en nuestras actuaciones, así como la máxima seguridad de nuestros pacientes, mediante la sistematización de nuestras actividades de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible en cada momento, evitando al máximo la variabilidad y teniendo en cuenta las circunstancias que nos rodean. La reunión en un único documento del Plan de Calidad y Plan de Seguridad obedece al hecho de que, en la práctica, son planes idénticos, ya que la seguridad en materia clínica es sinónimo de calidad y viceversa. Por tanto, en este documento nos referiremos a medidas de calidad y seguridad con cualquiera de los términos, de forma indistinta.

Ha sido elaborado por los miembros de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y trasplante Pulmonar del Hospital Universitario Reina Sofía (UCTyTxP). En su desarrollo se han tenido en cuenta las recomendaciones emitidas por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía.

Es la decimoprimer versión del diseño del Plan de Calidad y cuarta del Plan de Calidad y Seguridad de la UCTyTxP, con vigencia para 2022-24.

## CONSIDERACIONES GENERALES

---

La calidad asistencial es el pilar fundamental de la atención sanitaria junto con la sostenibilidad del sistema. Su mejora permite racionalizar los recursos, reducir los costes y ofrecer una asistencia más segura y centrada en las necesidades del paciente.

La definición de la OMS de calidad asistencial es la que se refiere al grado en que los servicios de salud para los individuos y para la población, aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son, al mismo tiempo, consistentes con el conocimiento científico actual. Significa que el sistema sanitario debería promover mejoras en las seis dimensiones que la componen:

- **Efectividad.** Grado en que la atención sanitaria produce en los individuos y en la población el beneficio deseado tras una intervención basada en la evidencia y en condiciones de aplicabilidad reales.
- **Eficiencia.** Grado en que la atención sanitaria alcanza los objetivos propuestos maximizando los recursos y evitando el derroche. Relaciona los costos generados con los resultados o beneficios obtenidos.
- **Accesibilidad.** Facilidad con que la población puede recibir la atención que precisa, de forma puntual, geográficamente razonable, y en lugares con destrezas y recursos adecuados a las necesidades sanitarias. Considera tanto barreras económicas y estructurales, como organizativas, sociales y culturales.
- **Equidad.** Grado en que la calidad de los servicios sanitarios no varía en función del sexo, etnia, creencias, localidad o situación socioeconómica.
- **Centrada en el paciente.** Grado en que los servicios sanitarios se diseñan y prestan de acuerdo con las necesidades, preferencias y aspiraciones de los usuarios y de la cultura de sus comunidades. Considera la implicación de los pacientes y promueve la cultura de amabilidad, consideración y respeto por los usuarios de los servicios sanitarios.

- Seguridad. Grado en que la atención sanitaria minimiza el riesgo del daño a los usuarios.

**La seguridad y la atención centrada en el paciente constituyen las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial.**

Hoy día, la mejora de la calidad y de la seguridad constituye un baluarte estratégico en la mayoría de las organizaciones sanitarias, debido a una serie de razones, entre las que destacan las siguientes:

El coste de la no-calidad (ingresos inadecuados, reingresos, reintervenciones, infecciones, secuelas, reclamaciones, etc.), puede llegar a suponer hasta un 20-25 % del coste total de producción, mientras que el coste de la estructura y el mantenimiento de un sistema de calidad puede alcanzar como máximo un 2 %.

Los déficits de la organización (protocolización, formación, evaluación, comunicación interna, etc.) pueden originar hasta el 80 % de los problemas de calidad que podrían corregirse sin recursos adicionales.

Los ciudadanos exigen recibir un servicio de calidad y seguridad en las instituciones sanitarias.

Es un hecho de común aceptación, que la supervivencia de las empresas y organizaciones depende muy directamente de su capacidad para competir en el mercado con la calidad de sus productos o servicios.

En la estrategia empresarial actual priman los aspectos cualitativos sobre los cuantitativos, los éticos sobre los estéticos, los esenciales sobre los accidentales o, dicho de otro modo, es más importante el modo de ser que el modo de estar. Y esto es así no exclusivamente por una cuestión ética, sino también por una razón práctica: la honestidad, el rigor, la calidad en el servicio y el esfuerzo continuado por mejorarla son, además de características deseables, atributos que se deben incorporar a las decisiones de importancia en las organizaciones.

La medicina es milenaria y siempre se ha visto acompañada de una preocupación intuitiva por la calidad asistencial. Esta inquietud se recoge en los códigos deontológicos o de comportamiento profesional, como por ejemplo el Juramento Hipocrático. El celo por la calidad tiene, pues, su propia historia en la medicina.

Con el fin de garantizar niveles mínimos de calidad asistencial se crearon los programas de acreditación externa de las organizaciones sanitarias. La referencia más antigua es la de los Estándares Mínimos del Colegio Americano de Cirujanos de 1917. Otras Asociaciones Profesionales se sumaron a la iniciativa de los cirujanos, y en 1952 se constituyó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Se creó de este modo todo un sistema de acreditación externa de centros hospitalarios, que posteriormente se extendió a otros países como Canadá y Australia y a otros servicios sanitarios como los centros ambulatorios, transformándose así en la actual *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*.

Ningún aspecto novedoso de la medicina causa hoy más perplejidad que la calidad y la seguridad asistencial. Hasta hace solo unos años, los médicos estaban seguros de que exclusivamente ellos tenían capacidad para juzgar la calidad de la asistencia. Ahora, esta actitud se contesta permanentemente en los Consejos de Administración de las empresas sanitarias, en los juzgados e incluso en las consultas de los pacientes.

Actualmente, el léxico acerca de la calidad asistencial deja a muchos médicos perplejos y sin comprenderlo: GRDs, mortalidad esperada y observada, medidas de proceso y de resultados, SF-36, ajustes por case-mix y por severidad, perfiles, medidas HEDIS, diagramas de control, mejora continua de la calidad, gestión de calidad total, caminos críticos y criterios de idoneidad. Ninguno de estos términos estaba en la palestra cuando la mayoría de los médicos o enfermeros, ahora en la práctica profesional, iban a la Facultad y, al primer golpe de vista, pocos de ellos parecen estar relacionados con la realidad cotidiana de la asistencia a los enfermos. Así pues, en el terreno de las motivaciones hemos podido comprobar que lo que comenzó como una autoexigencia profesional o corporativa devino con posterioridad en una auténtica demanda social.

En España, con un sector público que genera en torno a un 80 % del total del gasto sanitario, existen también razones de orden político para preocuparse por el tema. Esto provocó una mención expresa en la Ley General de Sanidad, cuando se señala en ella que el nivel de calidad de los servicios sanitarios debe ser debidamente evaluado y controlado.

Desde 1908, cuando surgen las primeras iniciativas de normalización en los sectores eléctricos y electrotécnicos, de forma paulatina, prácticamente la totalidad de los sectores económicos se han ido agrupando en torno al organismo internacional de normalización denominado ISO: *International Organization for Standardization* que nace en 1947, y adaptando a este modelo sus sistemas de aseguramiento de la calidad. Esta organización cuenta en la actualidad con 162 estados miembros. En España, AENOR es la primera entidad reconocida por el Ministerio de Industria y Energía para desarrollar tareas de normalización y certificación. Mientras esto ocurría, el sector sanitario ha seguido su propio camino, diferente y en paralelo, muy especialmente en los Estados Unidos, Canadá y Australia en donde existen entidades específicas a tal fin.

Los procesos de evaluación externa de sistemas de aseguramiento de la calidad en el sector sanitario se han desarrollado muy exigüamente en Europa y ni siquiera el denominado "modelo europeo" ha conseguido calar con fuerza. En España es en el modelo ISO en el que se tiene más experiencia práctica de certificación de servicios sanitarios y en el periodo 1997 – 2006, son ya varios cientos los servicios o centros que tienen certificado su sistema de calidad. Hay un grupo muy reducido que ha superado en España la acreditación por la *Joint Commission*, entre los que se encuentran el Hospital Costa del Sol de Marbella y el Hospital General de Cataluña. Tanto en el País Vasco, como en Cataluña y Madrid existen hospitales que han sido evaluados externamente según el modelo de la EFQM, pero siguen siendo experiencias muy limitadas.

En el sector sanitario como en otras materias, los autores que iniciaron el interés científico por la calidad, como Donabedian, Vuori y otros, se inspiraron y utilizaron metodología muchas veces importada de otros sectores, como la industria, donde había sido desarrollada fundamentalmente por Deming y Juran, en los Estados Unidos.

En España, la preocupación institucional por la acreditación es relativamente reciente. Quizás los hitos más importantes que pueden señalarse son:

Ley de Hospitales de 1962.

Anteproyecto de Reglamento de Hospitales de 1965.

Catálogo de Hospitales de 1966.

Normas para la acreditación docente de hospitales de 1970.

Real Decreto sobre registro, catalogación e inspección de centros sanitarios de 1978.

En 1981 se pone en marcha un Programa de Acreditación en Cataluña orientado hacia los hospitales privados como requisito previo a la concertación.

Tanto en Galicia, como en la Comunidad Autónoma de Madrid se ha legislado específicamente sobre esta materia en 1986.

Publicación por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de un Manual de Acreditación de Hospitales en 1985.

Programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía. Manual de Estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, 2003.

En España, la preocupación profesional por el tema comienza a ocupar espacio en las actividades científicas al comienzo de los años 80, quizás con más fuerza en las de especialidades médicas relacionadas con la atención a enfermos críticos, probablemente por la naturaleza de este tipo de asistencia. De este modo cabe destacar que ya en 1.983 la Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva dedicó íntegra y monográficamente su V Reunión al Control de Calidad en Medicina Intensiva.

A pesar de todo este esfuerzo, preocupación e interés, aún en el momento presente no existe en España, ni en Europa, un organismo con liderazgo y reconocimiento internacional suficiente en la certificación / acreditación de sistemas de aseguramiento de la calidad en las organizaciones sanitarias, lo que plantea a éstas la disyuntiva de declinar esta posibilidad u optar por modelos como el "norteamericano" (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*), el "europeo" (*European Foundation for Quality Management - EFQM*) o el "industrial" (*International Standards Organization - ISO*), todos con claros inconvenientes para su adaptación a nuestra realidad y con una experiencia previa de aplicación práctica que puede considerarse escasa.

Desde al año 2000 la Consejería de Salud ha apostado forma clara por la calidad y así se recoge en todos los documentos estratégicos y en los Contratos Programas de los distintos Centros y Servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En nuestra opinión, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha incorporado con fuerza este impulso y operativamente puede objetivarse con claridad en las siguientes líneas de trabajo:

Objetivos anuales en los respectivos Contratos-Programa con hospitales y distritos sanitarios de atención primaria.

Plan de gestión por procesos asistenciales integrados.

Unidades de Gestión Clínica.

Estrategia de Seguridad del Paciente.

En 2002 ocurre en Andalucía un hito que puede suponer una inflexión total en la historia de los servicios sanitarios: la creación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Esto está suponiendo, en la práctica, que Andalucía esté irrumpiendo en el contexto internacional con una voz propia en el terreno de la acreditación de centros y servicios sanitarios.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía edita y actualiza una Guía de Apoyo a la Autoevaluación de Centros y Unidades Sanitarias, que no solo sirve para ayudar al proceso de autoevaluación, sino que, junto con la herramienta Me\_jora C, es muy útil para el diseño de un plan de calidad de una unidad de gestión clínica. La última actualización de la guía es de septiembre de 2022.

El Hospital Universitario Reina Sofía goza de un reconocido prestigio entre los profesionales y directivos sanitarios en Andalucía y España. Desde prácticamente el inicio de su funcionamiento, ha

dedicado parte de su esfuerzo organizativo a las actividades de mejora continuada de la calidad y pueden encontrarse documentos que así lo atestiguan.

## MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

---

La UCTyTxP tiene como **MISIÓN** **satisfacer las necesidades integrales y las expectativas de los ciudadanos de nuestro ámbito de actuación** y de todos aquellos que elijan nuestros servicios, con patología quirúrgica torácica, mediante una atención sanitaria humana, segura, equitativa, personalizada, eficiente y orientada hacia la excelencia.

La **organización de la UCTyTxP está centrada en el logro de esta satisfacción**, así como la de los profesionales, promoviendo mecanismos de participación en su gestión. Además, la UCTyTxP contribuye a producir conocimiento científico de calidad y relevancia social en el ámbito de la patología quirúrgica torácica, así como a **fomentar el aprendizaje continuado entre sus profesionales y una cultura de seguridad clínica**.

Nuestra **VISIÓN**: ser la **mejor unidad** para:

a) recibir **atención sanitaria de calidad, calidez, apropiada y segura, con resultados óptimos en salud**

b) formarse como médico o como cirujano torácico

b) trabajar en ella

Nuestra UCTyTxP no solo mantendrá, sino que reforzará su imagen de liderazgo en el SSPA y en la población española respecto a seguridad clínica, prestaciones sanitarias, humanización y desarrollo de nuevas tecnologías. **Nuestra UCTyTxP trabajará para mejorar continuamente la atención al ciudadano, que será cada vez más segura, integral, personalizada, ágil, eficiente, respetuosa y humana.**

Así mismo, impulsará un clima que favorezca el **desarrollo integral de los profesionales en sus labores asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión clínica**, con el fin de incrementar el orgullo de pertenencia a su UCTyTxP.

“Nuestros **VALORES** conforman nuestra UCTyTxP”. Los definimos, no porque sean correctos y socialmente deseables, sino porque estamos convencidos de que se ajustan a nuestra práctica y son, de hecho, nuestro motor y nuestro compromiso. Creemos que no es posible considerar los Valores de la UCTyTxP fuera del contexto de los Valores Humanos: el sentido de la dignidad, el hábito de la verdad, la creatividad y el amor.

- La **PERSONA es el eje central** de nuestra actividad, nuestra razón de ser.

- Compromiso y dedicación al Sistema Sanitario Público.

- Respeto a las creencias, cultura y decisiones del paciente.

- **Eficacia clínica y práctica basada en la mejor y más actual evidencia científica.**

- Seguridad en la atención.

- **Flexibilidad para innovar en respuesta a las necesidades de los pacientes.**

- Comunicación calida, fluida, empática y transparente.
- Cultura de la confidencialidad.
- Continuidad asistencial como requisito para una atención integral.
- Trabajo en equipo dirigido a resultados en salud controlables y evaluables.
- Uso apropiado de los recursos en la búsqueda de la eficiencia.
- **Aprendizaje permanente como acicate para la competencia y el perfeccionamiento personal y grupal.**
- La persona enferma como agente activo en el proceso de la toma de decisiones.
- El ciudadano como agente activo en la gestión de la UCTyTxP.
- **Compromiso en la mejora continua de la calidad y la calidez. En 2006, difundimos el término de “Calidad con Calidez”, que tuvo fortuna y hoy es ampliamente utilizado.**
- Contribución al conocimiento básico y aplicado de la cirugía torácica.
- Sentido y orgullo de pertenencia a la UCTyTxP, al Hospital y al Sistema Sanitario Público.

Nuestros **valores** definen nuestra UCTyTxP como servicio público que busca la calidad en su sentido más amplio, orientado a conseguir la satisfacción del cliente externo e interno, adelantándonos y superando sus expectativas. La eficiencia es nuestro compromiso ético. Gozamos de **capacidad de adaptación, dinamismo, agilidad y creatividad, como para dar respuesta a los cambios de nuestro entorno e incorporar las nuevas tecnologías que sean útiles para nuestros pacientes**; todo ello en estrecha colaboración con atención primaria y con el resto de los servicios implicados de la atención especializada. Nuestros conocimientos deben compartirse y distribuirse entre los miembros de la UCTyTxP, Hospital y comunidad científica, generando un valor añadido.

Nuestro **compromiso** es, pues, la **mejora continua de la seguridad clínica la calidad y la calidez en general**, reconocer y compensar por la contribución de cada uno a la consecución de los objetivos, integrarnos en la comunidad asistencial, docente e investigadora, respondiendo a los retos de la cirugía torácica de nuestro tiempo, para así lograr un Servicio Público que satisfaga integralmente las necesidades de los pacientes de forma eficiente, que sea capaz de aprender y enseñar, **capaz de innovar para dar respuesta a las necesidades de nuestros pacientes**, y que tenga **siempre la mirada dirigida a la excelencia**.

---

## POLÍTICA DE CALIDAD

---

La UCTyTxP se apoya y se sostiene en la política de calidad de la Consejería de Salud, y ésta orienta la acción de sus miembros, impregnando todas las decisiones y actividades necesarias en la ejecución de aquéllas. La constituyen una serie de principios e ideas que la fundamentan.

Los ciudadanos, pacientes y usuarios, en función del tipo de relación que mantengan con nosotros, deben estar satisfechos con el servicio. No es suficiente con hacer bien las cosas.

La satisfacción laboral de los trabajadores es un componente importante de calidad, ya que son el mejor recurso de que se dispone. Se pretende la mayor cualificación y satisfacción, en un ambiente que fomente el desarrollo personal y profesional.

La calidad es un atributo que está presente y acompaña a todas y cada una de las actuaciones que se realizan. Nuestro interés es, por tanto, la calidad total y global. No existen antagonismos sustanciales entre la calidad científico-técnica y la percibida por los clientes: son complementarias y/o sinérgicas.

La calidad del servicio es un valor cultural, no sólo un objetivo general y es considerada por los trabajadores de la UCTyTxP como una exigencia ética, variable estratégica y seña de identidad.

Un elemento básico y fundamental es que las actuaciones son perfeccionadas en un *continuum* sin fin. La verdad, la idea buena hoy, es aquella que puede sostenerse hasta que otra le supera y le sustituye. Calidad e innovación están, pues, fuertemente conectadas entre sí en una relación de mutua interdependencia.

La calidad debe objetivarse con hechos, con resultados alcanzados, con actuaciones que puedan definirse, identificarse y evaluarse internamente y que permitan su certificación por entidades externas.

Debe existir un control: el de nuestros pacientes.

El HURS es una organización, un sistema operativo, resultado de multitud de funciones llevadas a cabo por subsistemas diversos sincronizados y coordinados. Uno de estos, inseparable de los demás, es el de la calidad. Haciendo un paralelismo con la fisiología humana, el de calidad podría incluirse entre los subsistemas reguladores y equipararse al endocrino: con funciones y órganos propios definidos, pero presente en todo el organismo.

Por lo dicho anteriormente, el subsistema de la calidad apoya a la línea operativa, desde el gerente a todos los empleados, en una acción permanente de monitorización, control, análisis, evaluación y asesoramiento. La UGC CTyTxP es un órgano más del subsistema de calidad y se ocupa de esta línea en su vertiente asistencial, docente, investigadora y de gestión de la patología quirúrgica torácica.

---

## FUNCIONES GENERALES, ORGANIZACIÓN Y ORGANIGRAMA

---

La UCTyTxP se configura como una unidad jerarquizada, cuya misión principal es la de satisfacer las necesidades integrales y las expectativas de los ciudadanos de nuestro ámbito de actuación y de todos aquellos que elijan nuestros servicios, con patología quirúrgica torácica, mediante una atención sanitaria segura, equitativa, personalizada, eficiente y orientada hacia la excelencia.

Las funciones generales de la UCTyTxP son las de asistencia, docencia investigación y mejora de la calidad de la atención.

Las funciones y responsabilidades concretas de los profesionales que integran la UCTyTxP figuran en el Anexo 1.

---

## FUNCIONES

---

## FUNCIÓN ASISTENCIAL

---

Los profesionales de la UCTyTxP aplicarán o realizarán todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos de la Especialidad y requerirán o prestarán colaboración con las especialidades afines.

La función asistencial es la primordial y debe ocupar aproximadamente el 80 % del tiempo médico para el FEA, el 60 % del tiempo del jefe de sección y el 40 % del tiempo del jefe de la UCTyTxP. Las actividades asistenciales se desarrollarán en diversos campos:

- Área de Hospitalización: visita médica (interrogatorio, examen físico e inspección de la hoja de constantes, solicitud y cumplimentación de exploraciones complementarias o de hojas de interconsulta, anotación de la evolución clínica y de las órdenes de tratamiento), información a familiares y elaboración del informe de alta expresando claramente diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, evolución y complicaciones, procedimientos quirúrgicos en su caso, recomendaciones terapéuticas a seguir tras el alta, cita de revisión y firma, nombre, dos apellidos y CNP.

- Área de Quirófano: programación quirúrgica, preparación preoperatoria, realización de la intervención quirúrgica y cumplimentación de la hoja quirúrgica, órdenes de tratamiento postoperatorio e información a familiares.

- Área de Consultas Externas: atención a las primeras visitas solicitadas por las diversas fuentes de remisión de pacientes, efectuando un interrogatorio, examen físico, formalización de la historia clínica y, en el caso de ser quirúrgico, cumplimentando el documento de inclusión de lista de espera quirúrgica y consentimiento informado del enfermo, así como revisiones e interconsultas. Elaboración de informe de alta a todos los enfermos atendidos y a los enfermos dados de alta.

- Interconsultas hospitalarias: llevadas a cabo por el cirujano torácico de guardia, a la mayor brevedad, con anotación en la hoja de evolución del enfermo. Ordena su traslado interno, si lo estima conveniente.

- Área de Urgencias en Servicio de Urgencias, Salas de Hospitalización propia y de otros servicios y Quirófano de Urgencias: atención continuada con alerta permanente de 24 horas. Además, ordena ingresos urgentes y realiza las intervenciones de urgencia de los enfermos que lo precisen.

## FUNCIÓN DOCENTE

---

El Cirujano Torácico participará con las titulaciones y condiciones requeridas por la normativa vigente, en la enseñanza pre y postgraduada de la Especialidad. Contribuirá en los programas de reciclaje, formación continuada y actualización de los miembros del equipo y participará en los programas de formación de otros núcleos o zonas que requieran su colaboración.

## FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN

---

El Cirujano Torácico de un hospital del nivel del nuestro está obligado a participar en las labores de investigación. Para ello, deberá contar en el ámbito correspondiente con las facilidades suficientes para contribuir al desarrollo de la cirugía torácica en los campos de la ciencia básica y aplicada. Abarcará a:

- La investigación en cirugía experimental.
- La investigación básica.
- La investigación clínica.
- Los estudios epidemiológicos.
- Las series u observaciones descriptivas

## FUNCIONES PREVENTIVAS, LABORALES Y SOCIALES

---

El Cirujano torácico participará como colaborador o perito en estos aspectos.

## FUNCIÓN GESTORA

---

La gestión clínica parte de la premisa de que la obtención de un mayor rendimiento ante la limitación de recursos sanitarios es fomentar una buena práctica clínica, basada en la adecuación de los medios diagnósticos y de las actuaciones terapéuticas. En resumen, se debe hacer lo que se tiene que hacer, hacerlo bien y al menor coste. El cirujano torácico, como cualquier otro especialista, constituye una pieza fundamental para la gestión del presupuesto hospitalario. Prescribe tratamientos, indica pruebas diagnósticas, ordena ingresos y altas; esta actividad no es fácil de controlar por parte de la autoridad sanitaria. El uso de estrategias y técnicas de planificación de su labor por parte de la administración es útil, pero claramente insuficiente sin su participación directa.

Es necesario, pues, que el especialista aprenda a valorar sus servicios de acuerdo con indicadores de gestión actuales, de forma que pueda incrementar su eficacia. Su labor es, por tanto, básica en la gestión clínica, ya que es él el que realmente ordena el gasto con el que se obtienen los resultados clínicos, se genera la calidad y se propicia la satisfacción del paciente. Los principales campos de actuación por parte del cirujano torácico son:

- Manejo y gestión de los sistemas de información propios de la UCTyTxP, así como de los centrales: GRDs, imputación de costes, etc.
- Gestión de la calidad asistencial con el objetivo de la satisfacción del paciente y de los empleados y la excelencia de los resultados: vías clínicas, EFQM, etc.
- Utilización crítica de la información y la tecnología mediante técnicas de Medicina Basada en la Evidencia y por la Evaluación de las tecnologías sanitarias.
- Asunción por los profesionales de los riesgos y responsabilidades, mediante la Gestión de Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y la horizontalización de la asistencia.

## OTRAS FUNCIONES Y OBLIGACIONES

---

El médico está obligado a cumplir otras obligaciones éticas, deontológicas, sociales, legales y administrativas. Como obligaciones generales de la organización sanitaria, el nivel de responsabilidad de cada médico es diferente según la categoría que ocupa en la organización jerarquizada (jefe de servicio, jefe de sección, facultativo especialista de área, MIR) y dependencia con la Dirección Médica.

Todo médico está obligado a cumplir el conjunto de principios y reglas éticas que inspiran y guían la conducta profesional establecidos en el Código de Ética y Deontología Médica. Otros deberes médicos están sistematizados en lo que se conoce como "*Lex Artis*".

## COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN

---

En un marco de relaciones laborales como el actual es fundamental que el cirujano torácico asuma un compromiso con el centro para orientar la asistencia a la mayor satisfacción del ciudadano y a la suya propia. Este compromiso viene definido por la conjunción de voluntades para alcanzar acuerdos y asunción de la organización, su misión y sus valores. En general, el compromiso de los profesionales presenta la situación paradójica de que su base principal de logro son las capacidades individuales y los resultados se miden de forma grupal. También presenta el problema de jerarquía dual, de un lado profesional y de otra administrativa, que dificulta el equilibrio entre la autonomía de los miembros del equipo y la necesidad de ajustarse a normas de equipo.

La consecuencia de estos problemas es la falta de coordinación (variabilidad, fragmentación de la asistencia, empleo ineficiente de recursos), minimización del esfuerzo individual (igualación a la baja del nivel de esfuerzo de los miembros del equipo) y establecimiento autónomo de los estándares de esfuerzo.

Sin embargo, la UCTyTxP, por las especiales características de la especialidad, pretende organizarse de forma que tenga las siguientes características: claridad de la "misión", aceptación individual de la responsabilidad y oportunidades que supone pertenecer al equipo, claridad de objetivos, resultados orientados fundamentalmente a la salud y con criterios de valoración objetivos, altos niveles de comunicación efectiva, reglas de juego adecuadas, claras y verificables, predisposición individual a aceptar la necesidad del aprendizaje continuo y tiempo suficiente para consolidar el equipo.

## CARTERA DE SERVICIOS

### ASISTENCIAL Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

---

La UCTyTxP está preparado para ofrecer a la población de su área y a cualquier ciudadano que lo solicite todas las prestaciones propias de la cirugía torácica, sin excepción.

Es la única unidad del SAS que ofrece a los ciudadanos andaluces el trasplante pulmonar, en todas sus formas: uni y bipulmonar y cardiopulmonar, todos ellos en niños y en adultos. El Programa de trasplante Pulmonar está acreditado y es referente nacional tanto para pacientes adultos como infantiles.

Así mismo, fue pionero mundial en la utilización de lóbulos pulmonares cadavéricos para trasplante.

Durante los años 1995 a 1998 fue el único servicio nacional con un programa de trasplante pulmonar infantil y, consecuentemente, referencia para toda España.

La cartera de servicios asistenciales no puede existir, en nuestro caso, sin una cartera de Docencia sobre Promoción de la Salud, por razones obvias.

La cartera de servicios ASISTENCIAL Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD al detalle se adjunta como Anexo número 2

---

## INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO

---

---

### HOSPITALIZACIÓN

---

El área de hospitalización de la UCTyTxP cuenta actualmente con 10 camas de hospitalización y 5 cámaras de aislamiento para trasplantados pulmonares, situadas todas ellas en el Hospital general, planta 3ª, módulo B.

---

### QUIRÓFANOS

---

En el momento actual, la UCTyTxP cuenta con 4 jornadas de quirófano semanales y una quinta en semanas alternas. El quirófano habitual es el nº 2 de la primera planta del Hospital General. Como jornada complementaria de continuidad asistencial, cuenta con una jornada de tarde semanal, con el fin de aliviar el acumulo de pacientes en lista de espera, fundamentalmente de hiperhidrosis y tumores benignos de pared torácica.

La instalación es, en general, adecuada. No obstante, parte del material quirúrgico requiere reparación o reposición. El equipamiento para cirugía toracoscópica videoasistida es relativamente nuevo, aunque incompleto.

---

### CONSULTAS EXTERNAS

---

La UCTyTxP tiene asignada una doble consulta diaria, una para cirugía torácica general y otra para pacientes candidatos a trasplante o ya trasplantados, situadas en el edificio de consultas externas, primera planta, nº 1, suficientemente equipadas para la atención a los pacientes y la realización de curas quirúrgicas básicas.

---

## RECURSOS HUMANOS

---

La plantilla actual de facultativos está formada por:

- 1 jefe de Servicio
- 1 jefe de Sección

- 4 Facultativos Especialistas de plantilla
- 2 Facultativos Especialistas contratados
- 5 Médicos Residentes (de 5º a 1º año)

La plantilla de enfermería la forman:

- 1 Supervisora de Planta de Hospitalización
- 1 Enfermera de RRHH y coordinadora de cuidados
- 14 Enfermeras
- 12 TCAE
- 1 Administrativa

---

## ACTIVIDAD DOCENTE

---

### DOCENCIA DE PREGRADO

---

La UCTyTxP ofrece la formación de pregrado correspondiente al programa teórico del área de conocimiento de Cirugía de la asignatura Enfermedades Respiratorias a los alumnos de Grado de Medicina, cuyo responsable es el jefe de la UCTyTxP.

La UCTyTxP ofrece la formación de pregrado correspondiente al programa teórico del área de conocimiento de Cirugía de la asignatura Afecciones Cardiovasculares y Respiratorias a los alumnos de Grado de Fisioterapia de la Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba, cuyo responsable es el jefe de la UCTyTxP.

La UCTyTxP también oferta sus servicios en el Plan de Prácticas Integradas del Área de Cirugía a los alumnos de la Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba.

La UCTyTxP colabora además en la formación de pregrado correspondiente al programa teórico del área de conocimiento de Cirugía de la asignatura Enfermo Pluripatológico del Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas de los alumnos de la Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba.

### DOCENCIA POSTGRADO

---

Formación MIR en la especialidad de Cirugía Torácica, así como la formación en trasplante pulmonar a residentes de otros hospitales de la Comunidad Autónoma y del resto de España, y la formación en cirugía torácica a los médicos residentes de Cirugía General, Cirugía Cardíaca, Cirugía Pediátrica y Neumología.

Formación continuada para especialistas de la unidad y de otros hospitales andaluces, nacionales y extranjeros.

---

## ACTIVIDAD INVESTIGADORA

---

La UCTyTxP tiene abiertas actualmente cinco líneas de investigación:

- Preservación pulmonar estática a 10 °C (internacional).
- NUEVAS FRONTERAS EN IMAGEN MOLECULAR: INTEGRACIÓN DE RADIOGENÓMICA Y METABOLÓMICA EN LA MEJORA DIAGNÓSTICA DEL CÁNCER DE PULMÓN (internacional)
- *“El splicing del ARN como actor regulador clave con potencial traslacional en neoplasias neuroendocrinas (RNALYSEN)/ RNA splicing a as key regulatory player with translational potential in neuroendocrine neoplasms. (RNALYSEN)” (internacional).*
- Uso de la gasometría central como cálculo PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> para la selección de pulmones válidos para trasplante (internacional).
- Correlación entre el volumen de grasa mediastínica en pacientes con enfermedad pulmonar restrictiva sometidos a trasplante pulmonar y las complicaciones y supervivencia postrasplante (de la unidad)

## ACTIVIDAD ASISTENCIAL (RESUMEN)

### HOSPITALIZACIÓN

De la actividad asistencial de la UCTyTxP cabe destacar una estancia media y un índice de utilización de estancias que son los más bajos del SAS, con un ahorro considerable de estancias semestrales, así como un índice de complejidad cercano a 3.

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 1ºsemestre
Nivel de acreditación alcanzado	-	NIVE L I	NIVE L I	NIVE L I	NIVE L II	NIVE L II	NIVE L II	NIVE L II	NIVE L III	NIVE L III	NIVE L III	NIVEL III	NIVEL III	NIVEL III	NIVEL III	NIVEL III	NIVEL III
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	9.92	10	9.31	9.97	8.76	9.82	9.44	8.82	8.23	8.01	7.64	7.60	8,19	7,28	8,7	
IUE	0.56	0.53	0.58	0.61	0.66	0.61	0.57	0.59	0.60	0,77	0,68	0,73	0,70	0,59	0,53	0,82	0,71
Índice Casuístico	2.87	2.82	2.85	2.71	2.51	2.66	2.69	3.38	2.62	APR-GRD 529	APR-GRD 615	APR-GRD 689	APR-GRD 690	APR-GRD 459	APR-GRD 55,10	APR-GRD 684	APR-GRD 292.88
Estancias evitables	-2.407	-2.630	-2.263	-2.252	-1.560	-1.094	-1.419	-1.562	-1.291	-720	-1.137	-965,10	-1.064,94	-1383,93	-1756,36	-639,53	-422,30
% Reingresos	0.71	0.20	0.79	0.54	0.19	0.93	0.51	1.02	0.96	2,2	3,7	1,46	2,74	2,82	3,18	3,63	2
% Mortalidad	0.47	1.01	1.18	1.26	0.76	1.25	0.51	1.16	0.96	1,73	1,14	0,76	1,53	0,46	1,22	1,27	0,93
Estancia Preoperatoria	1.94	1.30	1.32	1.55	1.58	1.89	0.87	0.59	0.62	1,16	0,95	0,96	0,65	0,56	0,63	0,84	0,53

	2022	2021	Porcentaje de Variación (%)
Altas	550	490	12,00
Estancias	2.937	2.007	46,00
Estancia Media (EM)	5,34	4,10	30,37
Estancia Media Esperada (EME)	6,50	6,83	-4,76
Estancias evitables	-639,53	-1.338,48	-52,22
Índice de Utilización de Estancias (IUE)	0,82	0,60	36,88
Peso Medio APR-GRD	1,24	1,28	-2,64
Puntos APR-GRDs	684,05	625,96	9,28
Altas APR-GRDs Quirúrgicos	326	275	19,00

Porcentaje Altas APR-GRDs Quirúrgicos (%)	59,27	56,12	5,61
Altas con Interv. Quirúrgica	393	332	18,00
Porcentaje Altas con Interv. Quirúrgica (%)	71,45	67,76	5,46
Estancia Media Preoperatoria	0,80	0,69	16,39
Estancia Media Preoperatoria Programada	0,84	0,63	33,15
Estancia Media Preoperatoria Urgente	1,42	2,21	-35,58
Éxitus	7	6	17,00
Porcentaje de Éxitus (%)	1,27	1,22	3,94
Altas Codificadas	550	490	12,00
Porcentaje Codificación (%)	100,00	100,00	0,00
Promedio Diagnósticos codificados	6,52	6,50	0,30
Promedio Procedimientos codificados	2,13	2,00	6,44

Servicio Alta	Altas	Reingresos 30 días urgentes	% Reingresos
70250 - CIRUGÍA TORÁCICA	496	18	3,63%
<b>Altas</b>	<b>496</b>	<b>18</b>	<b>3,63</b>

Criterios de aplicación según Contrato-Programa 2016

\*\*\*Las altas que computan son los episodios índice para la elaboración del indicador

Riesgo de Mortalidad*	Altas	Éxitus	% Éxitus	Éxitus Esperados**	RME***
1 Menor	368	0	0,00	2,10	0,00
2 Moderada	133	2	1,50	4,89	0,41
3 Mayor	43	2	4,65	7,14	0,28
4 Extrema	6	3	50,00	2,42	1,24
<b>Total general</b>	<b>550</b>	<b>7</b>	<b>1,27</b>	<b>16,54</b>	<b>0,42</b>

(\*): Es un atributo de *riesgo de muerte esperado* clasificado en cuatro estadios que asigna el agrupador APR-GRD al alta hospitalaria determinado por un algoritmo interno en el que intervienen distintas variables del CMBD que permite comparar los fallecidos reales de la base de datos y los casos esperados según dicho algoritmo. Variables que intervienen:

\* Diagnóstico Principal

\* Comorbilidades

\* Complicaciones agudas intrahospitalarias

\* Edad

\* Procedimientos

(\*\*): Los *Exitus esperados* son las altas hospitalarias que de acuerdo al algoritmo determinado por el agrupador APR-GRD para cada categoría de APR-GRD y los criterios de clasificación de *riesgo de muerte* es esperable un resultado de muerte

(\*\*\*): Índice estandarizado de muerte: Muertes Observadas / Muertes Esperadas

(\*\*\*\*): Los casos clasificados en riesgo de mortalidad "0" o "*Sin Gravedad*" se corresponden a altas hospitalarias con diagnóstico desconocido/no codificadas

Nivel Gravedad*	Altas	% Casos	Estancias Totales	Estancia Media	EM Esperada	Est Evitables	IUE	Peso Medio	Puntos APR-GRDs
0 Sin gravedad								No Procede	No Procede
1 Menor	348	63,3%	1.093	3,14	4,43	-449,10	0,71	1,05	364,07
2 Moderada	145	26,4%	822	5,67	7,56	-273,62	0,75	1,33	192,43
3 Mayor	47	8,5%	602	12,81	13,49	-31,86	0,95	1,75	82,19
4 Extrema	10	1,8%	420	42,00	30,50	115,05	1,38	4,54	45,37
<b>Total general</b>	<b>550</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.937</b>	<b>5,34</b>	<b>6,50</b>	<b>-639,53</b>	<b>0,82</b>	<b>1,24</b>	<b>684,05</b>

(\*): El *Nivel de Gravedad/Severidad* es un atributo clasificado en 4 estadios que DETERMINA el agrupador APR-GRD a cada alta hospitalaria al asignarla a una categoría APR-GRDs, según un algoritmo interno en el que intervienen distintas variables del CMBD. Son:

\* Diagnóstico Principal

\* Comorbilidades

\* Complicaciones agudas intrahospitalarias

\* Edad

(\*\*): Los casos clasificados en Nivel de Gravedad "0" o "*Sin Gravedad*" se corresponden a altas hospitalarias con diagnóstico desconocido/no codificadas

136 - NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	10	1,8%	32	3,20	80,78	8,08	-48,78	0,40	0,91	9,07
404 - PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	10	1,8%	40	4,00	22,78	2,28	17,22	1,76	0,96	9,59
930 - TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	9	1,6%	164	18,22	124,09	13,79	39,91	1,32	1,82	16,34
680 - PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS	8	1,5%	50	6,25	61,89	7,74	-11,89	0,81	1,55	12,37
681 - OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS	8	1,5%	18	2,25	36,90	4,61	-18,90	0,49	1,14	9,10
721 - INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	7	1,3%	49	7,00	67,54	9,65	-18,54	0,73	0,80	5,58
320 - OTROS PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	6	1,1%	16	2,67	23,00	3,83	-7,00	0,70	1,05	6,33
951 - PROCEDIMIENTO MODERADAMENTE EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL	5	0,9%	12	2,40	29,32	5,86	-17,32	0,41	1,20	6,02
142 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	4	0,7%	15	3,75	37,93	9,48	-22,93	0,40	0,86	3,44
385 - OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	4	0,7%	4	1,00	12,07	3,02	-8,07	0,33	0,43	1,74
694 - NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	4	0,7%	7	1,75	23,91	5,98	-16,91	0,29	0,69	2,78
139 - OTRA NEUMONÍA	3	0,5%	13	4,33	23,43	7,81	-10,43	0,55	0,58	1,75
140 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	3	0,5%	20	6,67	23,10	7,70	-3,10	0,87	0,67	2,00
663 - OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	3	0,5%	5	1,67	20,36	6,79	-15,36	0,25	0,60	1,79
792 - PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	3	0,5%	33	11,00	35,30	11,77	-2,30	0,93	1,71	5,12
813 - OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	3	0,5%	16	5,33	25,82	8,61	-9,82	0,62	1,10	3,31
850 - PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON	3	0,5%	9	3,00	7,57	2,52	1,43	1,19	1,68	5,04
<b>ACUMULADO DE LOS 25 APR-GRDs MAS FRECUENTES</b>	<b>520</b>	<b>94,5%</b>	<b>2.589</b>	<b>4,98</b>	<b>3.186,49</b>	<b>6,13</b>	<b>-597,49</b>	<b>0,81</b>	<b>1,19</b>	<b>621,08</b>
<b>Total general</b>	<b>550</b>	<b>100,0%</b>	<b>2937</b>	<b>5,34</b>	<b>3.576,53</b>	<b>6,50</b>	<b>-639,53</b>	<b>0,82</b>	<b>1,24</b>	<b>684,05</b>

142 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	4	0,9%	15	3,75	37,93	9,48	-22,93	-152,86
681 - OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTRO	8	1,9%	18	2,25	36,90	4,61	-18,90	-105,02
912 - PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	1	0,2%	17	17,00	35,89	35,89	-18,89	-111,12
721 - INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	7	1,6%	49	7,00	67,54	9,65	-18,54	-37,83
951 - PROCEDIMIENTO MODERADAMENTE EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL	5	1,2%	12	2,40	29,32	5,86	-17,32	-144,36
694 - NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	4	0,9%	7	1,75	23,91	5,98	-16,91	-241,62
691 - LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	2	0,5%	2	1,00	17,81	8,90	-15,81	-790,42
663 - OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	3	0,7%	5	1,67	20,36	6,79	-15,36	-307,17
005 - TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	2	0,5%	79	39,50	93,70	46,85	-14,70	-18,60
344 - OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SÉPTICA Y OTRAS INFECCIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	1	0,2%	1	1,00	13,07	13,07	-12,07	#####
680 - PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTRO	8	1,9%	50	6,25	61,89	7,74	-11,89	-23,78
950 - PROCEDIMIENTO EXTENSIVO SIN RELACIÓN CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	3	0,7%	9	3,00	20,27	6,76	-11,27	-125,26
710 - ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	1	0,2%	1	1,00	11,61	11,61	-10,61	#####
139 - OTRA NEUMONÍA	3	0,7%	13	4,33	23,43	7,81	-10,43	-80,24
813 - OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	3	0,7%	16	5,33	25,82	8,61	-9,82	-61,38
385 - OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	4	0,9%	4	1,00	12,07	3,02	-8,07	-201,76
194 - INSUFICIENCIA CARDIACA	2	0,5%	12	6,00	19,14	9,57	-7,14	-59,52
<b>ACUMULADO DE LOS 25 APR-GRDs CON MAYOR AHORRO DE ESTANCIAS</b>	<b>405</b>	<b>93,8%</b>	<b>1.671</b>	<b>4,13</b>	<b>2.539</b>	<b>6,27</b>	<b>-867,89</b>	<b>-51,94</b>
<b>Total general</b>	<b>432</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.780</b>	<b>5,34</b>	<b>2.699,39</b>	<b>6,50</b>	<b>-919,39</b>	<b>-51,65</b>

(\*): Se corresponde con el total de altas del período analizado

(\*\*): Las "Estancias Evitables" y "% Evitadas" se corresponde con los APR-GRDs con ahorro de estancias

APR_GRD CON MAYOR ESTANCIAS EVITABLES	Altas	% Altas	Estancias	Estancia Media	Estancias Esperadas	EM Esperada	Est Evitables	% GPE
120 - PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	93	78,8%	757	8,14	623,25	6,70	133,75	17,67
004 - TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	1	0,8%	158	158,00	74,35	74,35	83,65	52,94
930 - TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	9	7,6%	164	18,22	124,09	13,79	39,91	24,33
404 - PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	10	8,5%	40	4,00	22,78	2,28	17,22	43,05
711 - INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	1	0,8%	26	26,00	22,14	22,14	3,86	14,86
850 - PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	3	2,5%	9	3,00	7,57	2,52	1,43	15,90
405 - OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	1	0,8%	3	3,00	2,96	2,96	0,04	1,23
<b>ACUMULADO DE LOS 25 APR-GRDs DE MAYOR GANANCIA POTENCIAL DE ESTANCIAS</b>	<b>118</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.157</b>	<b>9,81</b>	<b>877,14</b>	<b>7,43</b>	<b>279,86</b>	<b>24,19</b>
<b>Total general</b>	<b>118</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.157</b>	<b>5,34</b>	<b>877,14</b>	<b>6,50</b>	<b>279,86</b>	<b>24,19</b>

(\*): Se corresponde con el total de altas del período a analizado

(\*\*): La "Ganancia Potencial de Estancias: GPE" y "% GPE" se corresponde con los APR-GRDs con consumo de estancias superior al patrón de comparación

## En el 1º cuatrimestre de 2023:

Los datos agregados de hospitalización de hospitalización son los siguientes:

	2023 Enero_Abril	2022 Enero-Abril	Porcentaje de Variación (%)
Altas	216	166	30,00
Estancias	1.012	992	2,00
Estancia Media (EM)	4,69	5,98	-21,60
Estancia Media Esperada (EME)	6,64	6,14	8,07
Estancias evitables	-422,30	-27,96	1.410,56
Índice de Utilización de Estancias (IUE)	0,71	0,97	-27,45
Peso Medio APR-GRD	1,36	1,26	7,35
Puntos APR-GRDs	292,88	209,68	39,68
Altas APR-GRDs Quirúrgicos	143	100	43,00
Porcentaje Altas APR-GRDs Quirúrgicos (%)	66,20	60,24	9,90
Altas con Interv. Quirúrgica	166	121	37,00
Porcentaje Altas con Interv. Quirúrgica (%)	76,85	72,89	5,43
Estancia Media Preoperatoria	0,72	1,42	-49,61
Estancia Media Preoperatoria Programada	0,53	1,59	-66,84
Estancia Media Preoperatoria Urgente	4,44	1,53	189,72
Éxitus	2	3	-33,00
Porcentaje de Éxitus (%)	0,93	1,81	-48,77
Altas Codificadas	216	166	30,00
Porcentaje Codificación (%)	100,00	100,00	0,00
Promedio Diagnósticos codificados	6,55	6,83	-4,10
Promedio Procedimientos codificados	2,39	2,15	11,08

<b>Servicio Responsable del Reingreso</b>	<b>Servicio responsable del alta del episodio "Índice" (denominador)</b>
<b>Numerador</b>	<b>Ingresos urgentes en los 30 días siguientes excluidos APRs Traumáticos</b>
<b>Denominador</b>	<b>Altas de Enero a Marzo 2023 excluidos las Altas por Fallecimiento</b>

Servicio Alta	Altas	Reingresos 30 días urgentes	% Reingresos
70250 - CIRUGÍA TORÁCICA	150	3	2,00
<b>Altas</b>	<b>150</b>	<b>3</b>	<b>2,00</b>

**Criterios de aplicación según Contrato-Programa 2016**

**\*\*\*Las altas que computan son los episodios índice para la elaboración del indicador**

	2021	2020	Porcentaje de Variación (%)
Altas	490	435	13,00
Estancias	2.007	2.042	-2,00
Estancia Media (EM)	4,10	4,69	-12,75
Estancia Media Esperada (EME)	7,67	7,85	-2,33
Estancias evitables	-1.759,36	-1.383,93	27,13
Índice de Utilización de Estancias (IUE)	0,53	0,59	-10,61
Peso Medio APR-GRD	1,03	1,06	-2,91
Puntos APR-GRDs	502,83	459,76	9,37
Altas APR-GRDs Quirúrgicos	270	250	8,00
Porcentaje Altas APR-GRDs Quirúrgicos (%)	55,10	57,47	-4,12
Altas con Interv. Quirúrgica	332	319	4,00
Porcentaje Altas con Interv. Quirúrgica (%)	67,76	73,33	-7,61
Estancia Media Preoperatoria	0,69	0,63	8,78
Estancia Media Preoperatoria Programada	0,63	0,56	11,58
Estancia Media Preoperatoria Urgente	2,21	2,31	-4,07
Éxitus	6	2	200,00
Porcentaje de Éxitus (%)	1,22	0,46	166,33
Altas Codificadas	490	435	13,00
Porcentaje Codificación (%)	100,00	100,00	0,00

Promedio Diagnósticos codificados	6,50	5,89	10,35
Promedio Procedimientos codificados	2,00	1,98	0,91

Riesgo de Mortalidad *		Altas	Éxitus	% Éxitus	Éxitus Esperados**	RME***
1	Menor	149	0	0,00	0,88	0,00
2	Moderada	49	1	2,04	1,54	0,65
3	Mayor	12	1	8,33	1,54	0,65
4	Extrema	6	0	0,00	2,26	0,00
<b>Total general</b>		<b>216</b>	<b>2</b>	<b>0,93</b>	<b>6,23</b>	<b>0,32</b>

(\*):

Es un atributo de riesgo de muerte esperado clasificado en cuatro estadios que asigna el agrupador APR determinado por un algoritmo interno en el que

intervienen distintas variables del CMBD que permite comparar los fallecidos reales de la base de datos según dicho algoritmo. Variables que intervienen:

\* Diagnóstico Principal

\* Comorbilidades

\* Complicaciones agudas intrahospitalarias

\* Edad

\* Procedimientos

(\*\*):

Los Exitus esperados son las altas hospitalarias que de acuerdo al algoritmo determinado por el agrupador APR-GRD y los criterios de clasificación de riesgo de muerte

es esperable un resultado de muerte

(\*\*\*):

Índice estandarizado de muerte: Muertes Observadas / Muertes Esperadas

(\*\*\*\*):

Los casos clasificados en riesgo de mortalidad "0" o "Sin Gravedad" se corresponden a altas hospitalarias

con diagnóstico desconocido/no codificadas

<b>Servicio Responsable del Reingreso</b>	Servicio responsable del alta del episodio "Índice" (denominador)		
<b>Numerador</b>	Ingresos urgentes en los 30 días siguientes excluidos APRs Traumáticos		
<b>Denominador</b>	Altas de Enero a Noviembre 2021 excluidos las Altas por Fallecimiento		
<b>Servicio Alta</b>	<b>Altas</b>	<b>Reingresos 30 días urgentes</b>	<b>% Reingresos</b>
CIRUGÍA TORÁCICA	440	14	3,18
<b>Altas</b>	<b>440</b>	<b>14</b>	<b>3,18</b>

Riesgo de Mortalidad*		Altas	Éxitus	% Éxitus	Éxitus Esperados**	RME***
1	Menor	337	1	0,30	3,12	0,32
2	Moderada	105	2	1,90	4,11	0,49
3	Mayor	41	2	4,88	7,11	0,28
4	Extrema	7	1	14,29	3,09	0,32
<b>Total general</b>		<b>490</b>	<b>6</b>	<b>1,22</b>	<b>17,44</b>	<b>0,34</b>

APR GRDs CON MAYOR AHORRO DE ESTANCIAS	Altas	% Altas	Estancias	Estancia Media	Estancias Esperada	EM Esperada	Estancias Ahorradas	% Estancias
121 - OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	53	26,9%	207	3,91	313,32	5,91	-106,32	-51,36
120 - PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	34	17,3%	152	4,47	214,73	6,32	-62,73	-41,27
680 - PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS	5	2,5%	21	4,20	76,54	15,31	-55,54	-264,46
951 - PROCEDIMIENTO MODERADAMENTE EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL	15	7,6%	28	1,87	57,10	3,81	-29,10	-103,92
135 - TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	23	11,7%	114	4,96	139,99	6,09	-25,99	-22,80
651 - OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	9	4,6%	14	1,56	32,10	3,57	-18,10	-129,31
930 - TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	3	1,5%	13	4,33	29,75	9,92	-16,75	-128,82
143 - OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELÁNEAS	13	6,6%	60	4,62	75,91	5,84	-15,91	-26,52
952 - PROCEDIMIENTO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	2	1,0%	4	2,00	19,48	9,74	-15,48	-386,88
136 - NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	3	1,5%	3	1,00	17,99	6,00	-14,99	-499,69
140 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	3	1,5%	11	3,67	25,22	8,41	-14,22	-129,24
385 - OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	5	2,5%	5	1,00	17,48	3,50	-12,48	-249,51
792 - PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	1	0,5%	4	4,00	13,41	13,41	-9,41	-235,30
364 - OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	2	1,0%	2	1,00	10,94	5,47	-8,94	-447,05
681 - OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	1	0,5%	1	1,00	9,23	9,23	-8,23	-822,82
950 - PROCEDIMIENTO EXTENSIVO SIN RELACIÓN CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	1	0,5%	3	3,00	11,10	11,10	-8,10	-270,04
180 - OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	1	0,5%	1	1,00	8,03	8,03	-7,03	-703,33
813 - OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	4	2,0%	23	5,75	29,00	7,25	-6,00	-26,10
098 - OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	1	0,5%	24	24,00	29,36	29,36	-5,36	-22,32
351 - OTROS DIAGNÓSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	3	1,5%	5	1,67	10,26	3,42	-5,26	-105,20
691 - LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	1	0,5%	1	1,00	6,07	6,07	-5,07	-506,68
115 - OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	1	0,5%	4	4,00	9,00	9,00	-5,00	-125,00
911 - PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	1	0,5%	6	6,00	10,28	10,28	-4,28	-71,33
663 - OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	1	0,5%	1	1,00	4,89	4,89	-3,89	-389,45
343 - FRACTURAS PATOLÓGICAS Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELÉTICA Y T. CONECTIVO	1	0,5%	2	2,00	5,83	5,83	-3,83	-191,28
<b>ACUMULADO DE LOS 25 APR-GRDs CON MAYOR AHORRO DE ESTANCIAS</b>	<b>187</b>	<b>94,9%</b>	<b>709</b>	<b>3,79</b>	<b>1.177</b>	<b>6,29</b>	<b>-468,01</b>	<b>-66,01</b>
<b>Total general</b>	<b>197</b>	<b>100,0%</b>	<b>775</b>	<b>3,93</b>	<b>1.252,96</b>	<b>6,64</b>	<b>-477,96</b>	<b>-61,67</b>

(\*): Se corresponde con el total de altas del período analizado

(\*\*): Las "Estancias Evitables" y "% Evitadas" se corresponde con los APR-GRDs con ahorro de estancias

APR_GRD CON MAYOR ESTANCIAS EVITABLES	Altas	% Altas	Estancias	Estancia Media	Estancias Esperadas	EM Esperada	Est Evitables	% GPE
711 - INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROC	2	10,5%	56	28,00	36,90	18,45	19,10	34,11
004 - TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	1	5,3%	89	89,00	71,80	71,80	17,20	19,32
912 - PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	1	5,3%	39	39,00	28,70	28,70	10,30	26,40
404 - PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	11	57,9%	26	2,36	21,34	1,94	4,66	17,91
139 - OTRA NEUMONÍA	2	10,5%	18	9,00	14,96	7,48	3,04	16,90
694 - NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	1	5,3%	6	6,00	4,86	4,86	1,14	18,97
320 - OTROS PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	1	5,3%	3	3,00	2,78	2,78	0,22	7,42
<b>ACUMULADO DE LOS 25 APR-GRDs DE MAYOR GANANCIA POTENCIAL DE ESTANCIAS</b>	<b>19</b>	<b>100,0%</b>	<b>237</b>	<b>12,47</b>	<b>181,34</b>	<b>9,54</b>	<b>55,66</b>	<b>23,49</b>
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,0%</b>	<b>237</b>	<b>12,47</b>	<b>181,35</b>	<b>6,64</b>	<b>55,65</b>	<b>23,48</b>

(\*): Se corresponde con el total de altas del período a nalizado

(\*\*): La "Ganancia Potencial de Estancias: GPE y "% GPE" se corresponde con los APR-GRDs con consumo de estancias superior al patrón de comparación

La actividad se ha incrementado un 30 % en este cuatrimestre respecto al del pasado año.

La estancia media ha bajado un 21,6 %.

Las estancias evitables se han incrementado un 1.410 % y el IUE un 27,45 % (0,75).

La estancia media preoperatoria programada ha disminuido 66,84 %.

El número de exitus también se ha reducido un 33 %.

Todos estos datos son muy favorables y atestiguan la respuesta positiva a las medidas de mejora tomadas tras la anterior evaluación del CMBD.

Continuamos con pocos reingresos y con una mortalidad extraordinariamente baja (0,93 % para una esperada de 6.23 %, con un índice de 0,32).

Tenemos poco o un marginal margen de mejora en el ahorro de estancias en el acumulado de los 25 APR-GRDs.

No abrimos nuevas áreas de mejora. Mantendremos las tomadas tras el análisis de 2022.

---

## ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

---

Antes de proceder al análisis, debemos dejar constancia de que las encuestas corporativas en nuestro Hospital se han discontinuado durante un cierto tiempo (desde agosto de 2019) y, además, no reflejan la satisfacción de los pacientes y familiares de una unidad concreta, sino de un ala de hospitalización. Se hacen por módulo de hospitalización, no por unidades asistenciales. Por tanto, los resultados solo son en parte atribuibles a nuestra Unidad.

Todos los objetivos de indicadores que dependen directamente de la gestión de la UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar (>85%) se han cumplido sobradamente en los dos años analizados:

Atención sanitaria

Información sanitaria

Atención de médicos

Atención de Enfermeras

Atención de TCAEs

Atención de personal no sanitario

Trato recibido

De los indicadores que no dependen directamente de la gestión de la Unidad, todos ellos han ido mejorando el resultado a lo largo del tiempo, si bien el referente al “Confort en la habitación” sigue siendo el punto más débil del Hospital, seguido de la “comida” y “limpieza”. No obstante, hay que tener en cuenta que en la percepción de la “limpieza” ha podido influir el elevado índice de rotación de pacientes ingresados por otras especialidades en nuestro módulo.

## ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN PROPIAS DE LA UCTYTXP

Por decisión de los Servicios de Apoyo del SAS, no contábamos con las encuestas de satisfacción que nos aportaba la institución desde agosto de 2019. Por ello, decidimos realizarla por nuestra cuenta, basada en el mismo formato y con la misma metodología. Solicitamos a nuestras autoridades que nos enviaran la encuesta, así como el método para encontrar el porcentaje de satisfacción de cada ítem. Este último resulta del porcentaje de respuestas “Muy buena” o “Buena” frente al resto de respuestas.

Esta encuesta solo se les dio a nuestros pacientes de cirugía torácica, no a los ingresados en nuestra planta de otras unidades, por lo que creemos que es más fiable.

Aunque a finales de 2021 no dijeron que iban a reinstaurarse las encuestas institucionales, decidimos continuar con las adaptadas por considerarlas más fidedignas de cirugía torácica y no de los ingresos en planta de cualquier especialidad.

Finalmente, nos han entregado unos resultados de encuestas institucionales, que no se han efectuado por unidades, sino por alas de hospitalización asignadas a una determinada supervisión. Por tanto, estas encuestas no reflejan la satisfacción de nuestros pacientes, sino de los ingresados en las alas A y B de la planta 3ª:

CENTRO	UNIDAD	Ayerza de partes de	Mantenimiento y	Electrocardiografía	Técnicas de Podiatría	Mantenimiento	Calidad de reparacón	Mantenimiento	Tiempo de respuesta	Electromedicina	Calidad de reparación	electromedicina	Gestión inventario	electromédico	Tiempo de respuesta	Seguridad	Calidad atención	Seguridad	Horario de reparto	comidas	Dietas servidas	correctamente	Sistema horario y reposición	alimentos extras	Nivel de higienización de la	ropa de cama y paciente	Horario de reposición de la	ropa	Reposición e higienización	uniformidad	Señalización y cartelería	Servicios funerarios	trato servicios funerarios	Atención PRL	Gestión ambiental	Cafeterías	Venta y tienda de cortesía	Actividad de evaluación de	SSSG	Actividad e los palqueros	Actuaciones en DDD	SEMESTRE 1-2022	
HG	3ª B	Buena	Alta	Buena	Buena	Buena	Buena	Alta	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Sara Requejo Arranz

CENTRO	UNIDAD	Ayerza de partes de	Mantenimiento y	Electrocardiografía	Técnicas de Podiatría	Mantenimiento	Calidad de reparacón	Mantenimiento	Tiempo de respuesta	Electromedicina	Calidad de reparación	electromedicina	Gestión inventario	electromédico	Tiempo de respuesta	Seguridad	Calidad atención	Seguridad	Horario de reparto	comidas	Dietas servidas	correctamente	Sistema horario y reposición	alimentos extras	Nivel de higienización de la	ropa de cama y paciente	Horario de reposición de la	ropa	Reposición e higienización	uniformidad	Señalización y cartelería	Servicios funerarios	trato servicios funerarios	Atención PRL	Gestión ambiental	Cafeterías	Venta y tienda de cortesía	Actividad de evaluación de	SSSG	Actividad e los palqueros	Actuaciones en DDD	SEMESTRE 2-2022	
HG	3ª A/B - NEUMOLOGÍA. C. TORÁCICA Y TX PULMÓN	Sufic	Alta	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Sara Requejo Arranz

Afortunadamente, tenemos nuestras propias encuestas:

### 1º semestre 2022

<p>Este cuestionario es anónimo. Le rogamos responda con sinceridad. Para contestar marque con <input checked="" type="checkbox"/> una sola casilla por pregunta</p> <p><b>La persona que contesta el cuestionario es:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Paciente    <input type="checkbox"/> Acompañante    <input type="checkbox"/> Mujer    <input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><b>La edad, en años, de la persona que contesta:</b></p> <p><input type="checkbox"/> menor de 15    <input type="checkbox"/> de 15 a 29    <input type="checkbox"/> de 30 a 45    <input type="checkbox"/> de 46 a 65    <input type="checkbox"/> más de 65</p>						
En general, ¿cómo calificaría usted la <b>atención sanitaria</b> en este hospital?						
Si tuviera que <b>recomendar</b> éste a un familiar o amigo, diría usted que es:						
¿Qué le parece la <b>accesibilidad</b> de este hospital (señalización)?						
¿Qué le parece la <b>comodidad</b> de la habitación (mobiliario, temperatura, aseos)?						
¿Cómo calificaría usted la <b>limpieza</b> ?						
¿Qué le parece a usted la <b>comida</b> que se sirve en la habitación?						
¿Cómo considera usted el <b>régimen de visitas</b> a pacientes ingresados en el hospital?						
¿Cómo considera la adecuación de los <b>horarios del centro</b> (pruebas, comidas...)?						
La <b>intimidad</b> percibida por usted durante su estancia en la Unidad, ha sido:						
¿Cómo considera usted la <b>confidencialidad</b> con que ha sido tratado su proceso?						
La <b>identificación</b> de los profesionales (tarjeta con nombre y profesión), la considera:						
¿Cómo valoraría usted el <b>trato recibido</b> por los profesionales que le han atendido?						
¿Cómo considera la <b>organización</b> general del centro?						
Su <b>satisfacción respecto a la Unidad</b> en que está hospitalizado es:						
Su <b>satisfacción respecto al resto del hospital</b> es:						
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado los médicos, ha sido:						
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado las enfermeras, ha sido:						
La <b>información sobre la medicación</b> prescrita, ha sido:						
La disposición de los <b>médicos</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición de las <b>enfermeras</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición de las <b>auxiliares de enfermería</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición del <b>personal no sanitario</b> que le ha atendido, ha sido:						
Este cuestionario es anónimo. Le rogamos responda con sinceridad. Para contestar marque con <input checked="" type="checkbox"/> una sola casilla por pregunta						
<p><b>La persona que contesta el cuestionario es:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>49</b> Paciente    <input checked="" type="checkbox"/> <b>18</b> Acompañante    <input checked="" type="checkbox"/> <b>24</b> Mujer    <input checked="" type="checkbox"/> <b>43</b> Hombre</p> <p><b>La edad, en años, de la persona que contesta:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> menor de 15    <input checked="" type="checkbox"/> <b>7</b> de 15 a 29    <input checked="" type="checkbox"/> <b>10</b> de 30 a 45    <input checked="" type="checkbox"/> <b>23</b> de 45 a 65    <input checked="" type="checkbox"/> <b>27</b> más de 65</p>						
En general, ¿cómo calificaría usted la <b>atención sanitaria</b> en este hospital?	Muy buena	Buena	Ni buena ni mala	Mala	Muy mala	Calificación
	57	9	0	1	0	98,5

Si tuviera que <b>recomendar</b> éste a un familiar o amigo, diría usted que es:	54	12	0	1	0	98,5
¿Qué le parece la <b>accesibilidad</b> de este hospital (señalización)?	24	31	5	1	1	88,7*
¿Qué le parece la <b>comodidad</b> de la habitación (mobiliario, temperatura, aseos)?	5	30	15	12	5	52,2
¿Cómo calificaría usted la <b>limpieza</b> ?	30	32	4	1	0	92,5
¿Qué le parece a usted la <b>comida</b> que se sirve en la habitación?	21	36	2	2	0	93,3*
¿Cómo considera usted el <b>régimen de visitas</b> a pacientes ingresados en el hospital?	9	40	5	2	0	87,5*
¿Cómo considera la adecuación de los <b>horarios del centro</b> (pruebas, comidas...)?	15	45	3	1	0	93,8*
La <b>intimidación</b> percibida por usted durante su estancia en la Unidad, ha sido:	26	38	1	2	0	95,5
¿Cómo considera usted la <b>confidencialidad</b> con que ha sido tratado su proceso?	59	8	0	0	0	100
La <b>identificación</b> de los profesionales (tarjeta con nombre y profesión), la considera:	39	18	1	2	2	91,9*
¿Cómo valoraría usted el <b>trato recibido</b> por los profesionales que le han atendido?	59	7	0	1	0	98,5
¿Cómo considera la <b>organización</b> general del centro?	39	11	3	0	0	95,2*
Su <b>satisfacción respecto a la Unidad</b> en que está hospitalizado es:	54	12	0	1	0	98,5
Su <b>satisfacción respecto al resto del hospital</b> es:	45	17	2	2	1	92,5
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado los médicos, ha sido:	55	11	0	1	0	98,5
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado las enfermeras, ha sido:	47	18	1	1	0	97,1
La <b>información sobre la medicación</b> prescrita, ha sido:	54	11	1	1	0	97,1
La disposición de <b>los médicos</b> que le han atendido, ha sido:	51	15	0	1	0	98,5
La disposición de las <b>enfermeras</b> que le han atendido, ha sido:	49	17	0	1	0	98,5
La disposición de las <b>auxiliares de enfermería</b> que le han atendido, ha sido:	51	12	2	1	1	94
La disposición del <b>personal no sanitario</b> que le ha atendido, ha sido:	38	11	6	3	0	84,5*

\*contiene respuestas en blanco

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS TOMADAS Y ÁREAS DE MEJORA

Destacan como datos positivos la confidencialidad, la satisfacción con la atención sanitaria, el grado de recomendabilidad del hospital, la confidencialidad, el trato de los profesionales, la satisfacción con nuestra unidad, y la información que hemos dado enfermeras y médicos.

El menor grado de satisfacción corresponde a la comodidad de la habitación. Desgraciadamente, no depende de nuestra gestión directa y es muy difícil de remediar. Nuestras autoridades son conscientes de estos hechos.

Por primera vez, menos del 90 % de los pacientes están satisfechos con la señalización del hospital.

El régimen de visitas y la disposición del personal no sanitario se encuentran por debajo del 90 %. Tampoco es gestionable por nuestra unidad el régimen de visita. Con respecto a la disposición del personal no sanitario (entendemos que serán los servicios administrativos y personal auxiliar de servicios generales), tampoco tenemos mucha capacidad de gestión. No obstante, lo comunicaremos a SSGG.

El resto de los resultados se encuentran por encima del 90 %.

Como área de mejora, revisaremos la señalización para el acceso a nuestras dependencias, para corregir errores o deficiencias.

## 2º semestre 2022

La encuesta la cumplimentó un total de 47 de los 174 pacientes ingresados en nuestra unidad – dos encuestas estaban en blanco y no se contabilizaron-, por lo que quedaron 45 válidas, lo que supone el 25,9 % (óptimo se considera >25%) en el segundo semestre. Los resultados han sido los siguientes:



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS**

Código de Área 02024  
Código de Centro 10176

HOSPITAL GENERAL REINA SOFÍA  
**CIRUGÍA TORÁCICA Y Tx P 3ªB**

Fecha: ...../...../.....

# Cuestionario de Satisfacción al Alta Hospitalaria

Este cuestionario es anónimo. Le rogamos responda con sinceridad. Para contestar marque con <input checked="" type="checkbox"/> una sola casilla por pregunta					
La persona que contesta el cuestionario es:					
Paciente	Acompañante	Mujer	Hombre	Muy buena	Buena
La edad, en años, de la persona que contesta:					
menor de 15	de 15 a 29	de 30 a 45	de 46 a 65	Ni buena ni mala	Mala
				Muy mala	
En general, ¿cómo calificaría usted la <b>atención sanitaria</b> en este hospital?					
Si tuviera que <b>recomendar</b> éste a un familiar o amigo, diría usted que es:					
¿Qué le parece la <b>accesibilidad</b> de este hospital (señalización)?					
¿Qué le parece la <b>comodidad</b> de la habitación (mobiliario, temperatura, aseos)?					
¿Cómo calificaría usted la <b>limpieza</b> ?					
¿Qué le parece a usted la <b>comida</b> que se sirve en la habitación?					
¿Cómo considera usted el <b>régimen de visitas</b> a pacientes ingresados en el hospital?					
¿Cómo considera la adecuación de los <b>horarios del centro</b> (pruebas, comidas...)?					
La <b>intimidación</b> percibida por usted durante su estancia en la Unidad, ha sido:					
¿Cómo considera usted la <b>confidencialidad</b> con que ha sido tratado su proceso?					
La <b>identificación</b> de los profesionales (tarjeta con nombre y profesión), la considera:					
¿Cómo valoraría usted el <b>trato recibido</b> por los profesionales que le han					

	Muy buena	Buena	Ni buena ni mala	Mala	Muy mala	Calificación
atendido?						
¿Cómo considera la <b>organización</b> general del centro?						
Su <b>satisfacción respecto a la Unidad</b> en que está hospitalizado es:						
Su <b>satisfacción respecto al resto del hospital</b> es:						
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado los médicos, ha sido:						
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado las enfermeras, ha sido:						
<b>La información sobre la medicación</b> prescrita, ha sido:						
La disposición de <b>los médicos</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición de las <b>enfermeras</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición de las <b>auxiliares de enfermería</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición del <b>personal no sanitario</b> que le ha atendido, ha sido:						
Este cuestionario es anónimo. Le rogamos responda con sinceridad. Para contestar marque con <input checked="" type="checkbox"/> una sola casilla por pregunta						
<b>La persona que contesta el cuestionario es:</b>						
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Acompañante <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre						
<b>La edad, en años, de la persona que contesta:</b>						
<input type="checkbox"/> menor de 15 <input type="checkbox"/> de 15 a 29 <input type="checkbox"/> de 30 a 45 <input type="checkbox"/> de 45 a 65 <input type="checkbox"/> más de 65						
En general, ¿cómo calificaría usted la <b>atención sanitaria</b> en este hospital?	39	6	0	0	0	100
Si tuviera que <b>recomendar</b> éste a un familiar o amigo, diría usted que es:	38	7	0	0	0	100
¿Qué le parece la <b>accesibilidad</b> de este hospital (señalización)?	18	20	2	0	0	95*
¿Qué le parece la <b>comodidad</b> de la habitación (mobiliario, temperatura, aseos)?	6	11	4	7	2	51,5*
¿Cómo calificaría usted la <b>limpieza</b> ?	21	22	1	1	0	95,5
¿Qué le parece a usted la <b>comida</b> que se sirve en la habitación?	19	23	2	1	0	94,7
¿Cómo considera usted el <b>régimen de visitas</b> a pacientes ingresados en el hospital?	9	30	1	2	0	92,9*
¿Cómo considera la adecuación de los <b>horarios del centro</b> (pruebas, comidas...)?	10	30	0	1	0	97,5*
La <b>intimidad</b> percibida por usted durante su estancia en la Unidad, ha sido:	12	33	0	0	0	100
¿Cómo considera usted la <b>confidencialidad</b> con que ha sido tratado su proceso?	10	32	0	0	0	100*
La <b>identificación</b> de los profesionales (tarjeta con nombre y profesión), la considera:	11	23	2	0	0	94,4*
¿Cómo valoraría usted el <b>trato recibido</b> por los profesionales que le han atendido?	30	15	0	0	0	100
¿Cómo considera la <b>organización</b> general del centro?	26	7	3	0	0	91,7*
Su <b>satisfacción respecto a la Unidad</b> en que está hospitalizado es:	40	5	0	0	0	100
Su <b>satisfacción respecto al resto del hospital</b> es:	30	11	1	1	0	95,3*
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado los médicos, ha sido:	34	11	0	0	0	100
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado las enfermeras, ha sido:	30	14	0	1	0	97,8
<b>La información sobre la medicación</b> prescrita, ha sido:	29	11	0	0	0	100*
La disposición de <b>los médicos</b> que le han atendido, ha sido:	32	13	0	0	0	100
La disposición de las <b>enfermeras</b> que le han atendido, ha sido:	29	16	0	0	0	100
La disposición de las <b>auxiliares de enfermería</b> que le han atendido, ha sido:	29	15	1	0	0	97,8

La disposición del <b>personal no sanitario</b> que le ha atendido, ha sido:	20	5	2	0	0	92,6*
--	----	---	---	---	---	-------

\*contiene respuestas en blanco

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS TOMADAS Y ÁREAS DE MEJORA

Destaca el alto grado de satisfacción con la atención sanitaria, el grado de recomendación del hospital, la intimidad, la confidencialidad, el grado de satisfacción global de la unidad, el trato de los profesionales, y la información que hemos dado enfermeras y médicos.

El menor grado de satisfacción corresponde, como casi siempre a la comodidad de la habitación.

Con respecto a la señalización, comprobamos el circuito hasta nuestra planta de hospitalización y consultas externas, sin que encontráramos errores o falta de información. Tampoco a Admisión o a consultas de preanestesia. De todas formas, en este semestre el grado de satisfacción con la señalización es del 95 %.

Dado que el resto de los ítems presentan un grado de satisfacción > 90 %, no creemos necesaria la apertura de áreas de mejora.

### 1º semestre 2023

La encuesta se le pasó a un total de 82 de los 326 pacientes ingresados en nuestra unidad – cuatro encuestas estaban en blanco o extremadamente incompleta o confusas y no se contabilizaron-, por lo que el número de encuestas válidas fue de 78 lo que supone el 23,9% (muy cercano al óptimo, que se considera del 25%) en el primer semestre. Los resultados han sido los siguientes:



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS**

Cuestionario de Satisfacción al Alta Hospitalaria

Código de Área 02024

Código de Centro 10176

HOSPITAL GENERAL REINA SOFÍA

**CIRUGÍA TORÁCICA Y Tx P 3ªB**

Fecha: ...../...../.....

<p>Este cuestionario es anónimo. Le rogamos responda con sinceridad.</p> <p>Para contestar marque con X una sola casilla por pregunta</p> <p><b>La persona que contesta el cuestionario es:</b></p> <p>X <b>Paciente</b>    X Acompañante    X Mujer    X Hombre</p> <p><b>La edad, en años, de la persona que contesta:</b></p> <p>X menor de 15    X de 15 a 29    X de 30 a 45    X de 46 a 65    X más de 65</p>						
En general, ¿cómo calificaría usted la <b>atención sanitaria</b> en este hospital?						
Si tuviera que <b>recomendar</b> éste a un familiar o amigo, diría usted que es:						
¿Qué le parece la <b>accesibilidad</b> de este hospital (señalización)?						
¿Qué le parece la <b>comodidad</b> de la habitación (mobiliario, temperatura, aseos)?						
¿Cómo calificaría usted la <b>limpieza</b> ?						
¿Qué le parece a usted la <b>comida</b> que se sirve en la habitación?						
¿Cómo considera usted el <b>régimen de visitas</b> a pacientes ingresados en el hospital?						
¿Cómo considera la adecuación de los <b>horarios del centro</b> (pruebas, comidas...)?						
La <b>intimidad</b> percibida por usted durante su estancia en la Unidad, ha sido:						
¿Cómo considera usted la <b>confidencialidad</b> con que ha sido tratado su proceso?						
La <b>identificación</b> de los profesionales (tarjeta con nombre y profesión), la considera:						
¿Cómo valoraría usted el <b>trato recibido</b> por los profesionales que le han atendido?						
¿Cómo considera la <b>organización</b> general del centro?						

Su <b>satisfacción respecto a la Unidad</b> en que está hospitalizado es:						
Su <b>satisfacción respecto al resto del hospital</b> es:						
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado los médicos, ha sido:						
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado las enfermeras, ha sido:						
La <b>información sobre la medicación</b> prescrita, ha sido:						
La disposición de <b>los médicos</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición de las <b>enfermeras</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición de las <b>auxiliares de enfermería</b> que le han atendido, ha sido:						
La disposición del <b>personal no sanitario</b> que le ha atendido, ha sido:						
Este cuestionario es anónimo. Le rogamos responda con sinceridad. Para contestar marque con X una sola casilla por pregunta  <b>La persona que contesta el cuestionario es:</b>  66 <b>Paciente</b> 11 Acompañante      36 Mujer      42 Hombre  <b>La edad, en años, de la persona que contesta:</b>  1 menor de 15    11 de 15 a 29    19 de 30 a 45    29 de 45 a 65    18 más de 65						<b>Calificación</b>
En general, ¿cómo calificaría usted la <b>atención sanitaria</b> en este hospital?	65	9	0	1	0	
Si tuviera que <b>recomendar</b> éste a un familiar o amigo, diría usted que es:	64	11	1	0	0	96,1
¿Qué le parece la <b>accesibilidad</b> de este hospital (señalización)?	61	9	1	1	0	97,2 *
¿Qué le parece la <b>comodidad</b> de la habitación (mobiliario, temperatura, aseos)?	9	36	12	10	4	63,4 *
¿Cómo calificaría usted la <b>limpieza</b> ?	36	32	4	2	0	91,9 *
¿Qué le parece a usted la <b>comida</b> que se sirve en la habitación?	35	36	2	2	0	94,7 *
¿Cómo considera usted el <b>régimen de visitas</b> a pacientes ingresados en el	24	36	6	0	1	89,6

hospital?						*
¿Cómo considera la adecuación de los <b>horarios del centro</b> (pruebas, comidas...)?	26	47	2	1	1	94,8 *
La <b>intimidad</b> percibida por usted durante su estancia en la Unidad, ha sido:	31	44	3	0	0	96,2
¿Cómo considera usted la <b>confidencialidad</b> con que ha sido tratado su proceso?	62	9	1	0	0	98,6 *
La <b>identificación</b> de los profesionales (tarjeta con nombre y profesión), la considera:	44	23	2	0	1	95,7 *
¿Cómo valoraría usted el <b>trato recibido</b> por los profesionales que le han atendido?	63	12	0	0	1	98,7 *
¿Cómo considera la <b>organización</b> general del centro?	60	11	3	0	0	95,9 *
Su <b>satisfacción respecto a la Unidad</b> en que está hospitalizado es:	64	12	1	0	1	97,4
Su <b>satisfacción respecto al resto del hospital</b> es:	59	10	3	0	1	94,5 *
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado los médicos, ha sido:	62	13	1	0	0	98,7 *
La <b>comprensión de la información</b> que le han facilitado las enfermeras, ha sido:	64	12	1	0	0	98,7 *
La <b>información sobre la medicación</b> prescrita, ha sido:	61	10	2	0	0	97,3 *
La disposición de <b>los médicos</b> que le han atendido, ha sido:	64	9	1	0	1	97,3 *
La disposición de las <b>enfermeras</b> que le han atendido, ha sido:	66	11	0	1	0	98,7
La disposición de las <b>auxiliares de enfermería</b> que le han atendido, ha sido:	58	11	2	0	2	94,5 *
La disposición del <b>personal no sanitario</b> que le ha atendido, ha sido:	26	14	8	0	2	80*

\*contiene respuestas en blanco

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS TOMADAS Y ÁREAS DE MEJORA

---

Destacan como datos positivos la atención sanitaria, la recomendación del hospital, la confidencialidad, la intimidad, la satisfacción con la atención sanitaria, el grado de recomendabilidad del hospital, la confidencialidad, la accesibilidad, el trato de los profesionales, la

satisfacción con nuestra unidad, y la información que hemos dado enfermeras y médicos y la buena disponibilidad de estos dos últimos grupos.

El menor grado de satisfacción corresponde a la comodidad de la habitación. Desgraciadamente, no depende de nuestra gestión directa y es muy difícil de corregir. Nuestras autoridades son conscientes del problema.

Por debajo del 90 % se sitúa también la disposición del personal no sanitario. se encuentran por debajo del 90 %. Entendemos que se tratará de los servicios administrativos y personal auxiliar de servicios generales),

El resto de los resultados se encuentran entre el 90 % y el 95 %.

Como área de mejora, revisaremos la señalización para el acceso a nuestras dependencias, para corregir errores o deficiencias.

No abrimos nuevas áreas de mejora, ya que los datos por debajo del 95 % no dependen de nuestra capacidad de gestión.

---

## OTRAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN PROPIAS DE LA UCTYTXP

---

---

### 1. GRADO DE CONOCIMIENTO Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULMÓN TRAS LA INFORMACIÓN SOBRE LA MEDICACIÓN INMUNOSUPRESORA.

---

La inmunosupresión tras el trasplante pulmonar ocasiona numerosos efectos adversos e interacciones medicamentosas, como todos conocemos. El conocimiento por parte de los pacientes de los múltiples e importantes efectos secundarios de los inmunosupresores es fundamental para evitar complicaciones graves y alertar al médico ante posibles alteraciones en los niveles terapéuticos. La información adecuada por parte de los neumólogos a los pacientes trasplantados sobre estos efectos es una importante medida de calidad con gran repercusión clínica, capaz de reducir efectos adversos, interacciones, frecuentación de servicios de urgencias y morbimortalidad. El año 2018, tras comprobar que el grado de conocimiento y satisfacción fue menor del 95%, implementamos la entrega de información adicional, por escrito, sobre los inmunosupresores.

Así mismo, tras la revisión de la literatura, está claro que, a parte de la información del neumólogo, la enfermería de trasplante tiene un papel esencial en la educación sanitaria del paciente trasplantado. En la adherencia terapéutica desempeña un papel fundamental el personal de enfermería para poner en práctica el plan terapéutico, evitar conductas de riesgo para la prevención de las complicaciones e integrar hábitos de vida saludables. El trabajo de la enfermera se basa en enfocar el compromiso del paciente en su propio autocuidado, para conseguir un aumento de la adherencia al tratamiento y poder evitar el rechazo del órgano trasplantado, ya que las consecuencias pueden poner en riesgo el injerto e incluso la vida del paciente (Rico Fuentes, 2019).

Los resultados de la revisión bibliográfica muestran, en la amplia mayoría de los artículos revisados, el importante papel de la enfermera en la educación y seguimiento sobre la adherencia terapéutica en su nueva condición de vida como paciente trasplantado. La educación es una tarea difícil, donde no solo tienes que explicar el tratamiento farmacológico, si no que la enfermera debe tener una visión más holística del paciente y trabajar para satisfacer sus necesidades y conseguir el objetivo. Pueden obtenerse beneficios muy positivos, como el aumento de la calidad de vida y el grado de satisfacción con uno mismo. No solo se tiene que centrar en el paciente, su entorno más directo, como es la familia y los amigos, son facilitadores para generar un entorno positivo que incremente la adherencia al tratamiento.

El papel de la enfermería queda resaltado en el desarrollo de las actividades de promoción de la salud y educación sanitaria, promoviendo un comportamiento seguro y el uso de mecanismos de afrontamiento que favorecen la adherencia a los fármacos inmunosupresores. Uno de los objetivos principales de la educación es que el paciente alcance la comprensión de su propia condición física y efectúe su autocuidado con el uso de diferentes recursos aportados por la enfermera. Es importante un seguimiento a largo plazo por parte del personal enfermero para crear una atmosfera de confianza donde el paciente se pueda sentir seguro de hablar de sus miedos, preocupaciones y dudas. El cumplimiento del tratamiento nos ayuda a prevenir y reducir los episodios de rechazo, la re-hospitalización y los daños en la calidad de vida.

Tras la revisión bibliográfica de los artículos seleccionados, se entiende por los resultados que sería beneficioso que la intervención educativa por parte de la enfermera se iniciara cuando el paciente ingresa en la lista de trasplantes. Se tendría un mayor espacio de tiempo para realizar las actividades y sesiones diseñadas por los profesionales sanitarios, donde todos tendrían que intervenir y acompañar al paciente en el camino hacia el trasplante y su posterior cambio de estilos de vida. Sería necesario el desarrollo y la implementación de un plan de cuidados estandarizados de enfermería, ya que los trasplantes pulmonares cada vez son más frecuentes y el tratamiento inmunosupresor es un proceso complejo donde la enfermera tiene que educar al paciente, no solo en la toma de la medicación, sino saber guiar en sus nuevos estilos de vida. El paciente, una vez ha recibido el órgano trasplantado, está en constante contacto con personal sanitario, desde la unidad de Cuidados Intensivos hasta el seguimiento por Atención Primaria. Por ello, creemos recomendable la implantación de estos planes de cuidados para que todas las enfermeras en contacto con el paciente brinden unos cuidados de alta calidad.

Las enfermeras de trasplante pulmonar, una vez explicado en profundidad en, al menos, dos ocasiones antes del alta, y entregado el documento para su lectura, en los días previos al alta hospitalaria efectuarán la siguiente prueba para comprobar la eficacia de su ayuda:

Reconocimiento de los fármacos inmunosupresores: 2 puntos

Cómo debe tomarlos: 2 puntos

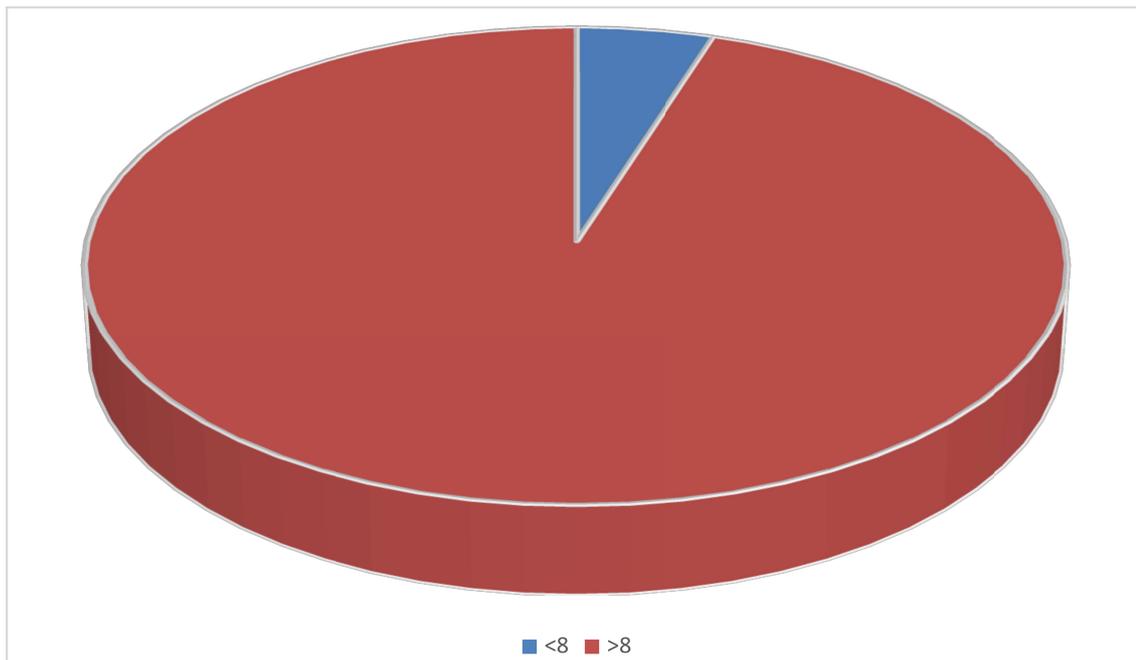
Cuándo debe tomarlos: 2 puntos

Efectos adversos más frecuentes: 2 puntos

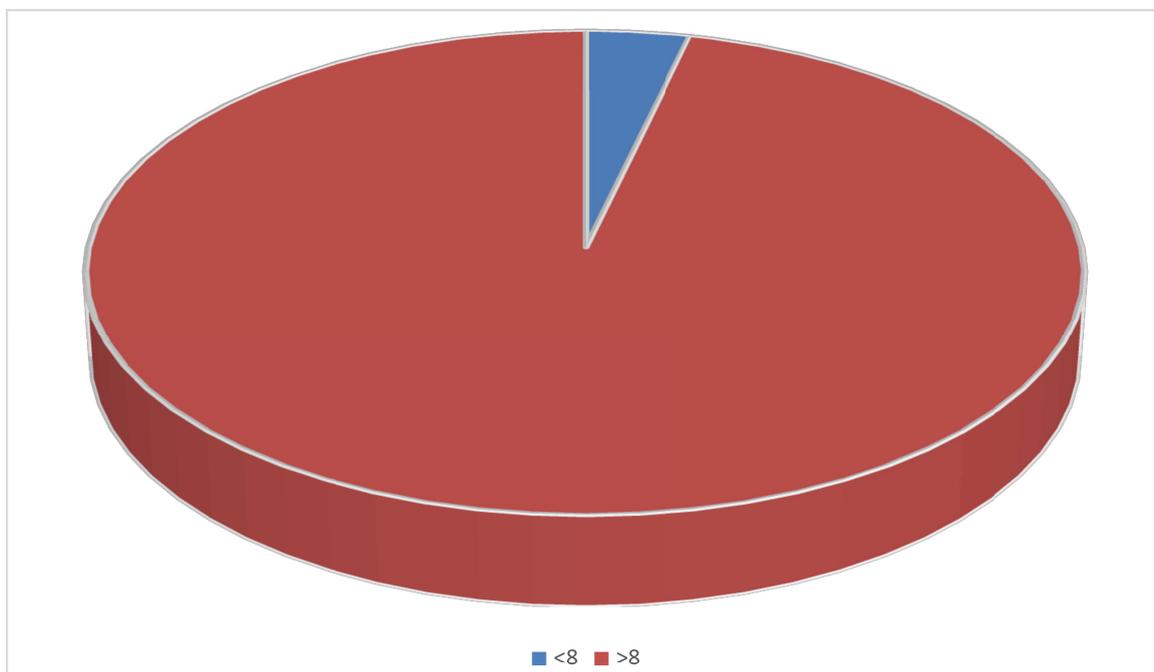
**Cuáles son los síntomas o signos de alarma por los que debe consultar inmediatamente con la enfermera de trasplante: 2 puntos**

Se considerará un resultado óptimo si el porcentaje de pacientes trasplantados que presentan un grado de conocimiento > 8 puntos (incluyendo el conocimiento de los síntomas o signos de alarma) es superior al 90 %

En 2022, 19 de los 20 pacientes obtuvieron  $\geq 8$  puntos.



En el primer semestre de 2023, 26 de los 27 pacientes (96,3 %) obtuvieron  $\geq 8$  puntos.



## 2. CALIDAD PERCIBIDA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER DE PULMÓN Y ENFERMERAS.

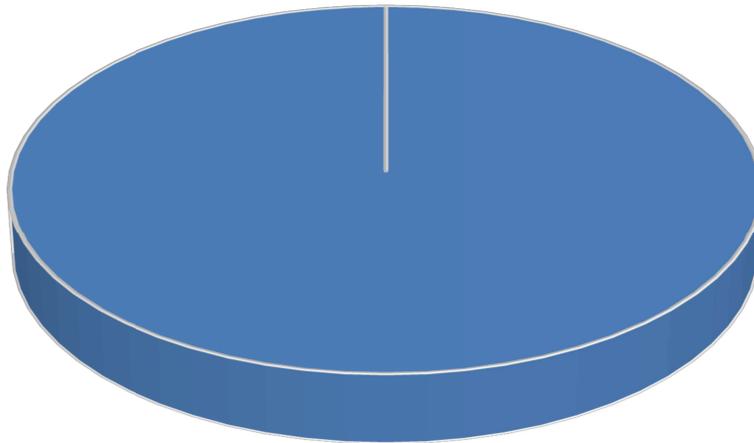
Una deficiente comunicación entre el personal responsable de los cuidados y el paciente es una fuente de problemas y conflictos. El establecimiento de un buen canal de comunicación entre el paciente y la enfermería permite una atención personalizada y adecuada a las necesidades del paciente, una percepción de calidad del sistema y evita conflictos y potenciales efectos adversos. Esta comunicación es especialmente importante en los pacientes portadores de un cáncer de pulmón, que saben que su salud y su vida están seriamente amenazadas y que el tratamiento quirúrgico es una importante agresión a su organismo. La calidad de la comunicación de la enfermería percibida por los pacientes es un dato fundamental, ya que refleja una premisa esencial en la planificación y desarrollo de los cuidados de enfermería: la percepción de un canal abierto de comunicación sobre sus necesidades. Es también un indicador internacionalmente reconocido. (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

El porcentaje de pacientes intervenidos por cáncer de pulmón que responden “siempre” o “generalmente” a la pregunta ***¿Con qué frecuencia (siempre, generalmente, a veces o nunca) las enfermeras se comunican bien con usted respecto a su enfermedad?*** ha sido del 96 % (24/25).



En 2023, el porcentaje de pacientes intervenidos por cáncer de pulmón que responden “siempre” o “generalmente” a la pregunta ***¿Con qué frecuencia (siempre, generalmente, a veces o nunca) las enfermeras se comunican bien con usted respecto a su enfermedad?*** ha sido del 100 % (28/28).

Buena comunicación sobre su enfermedad



■ Siempre/generalmente ■ A veces  
■ Nunca

---

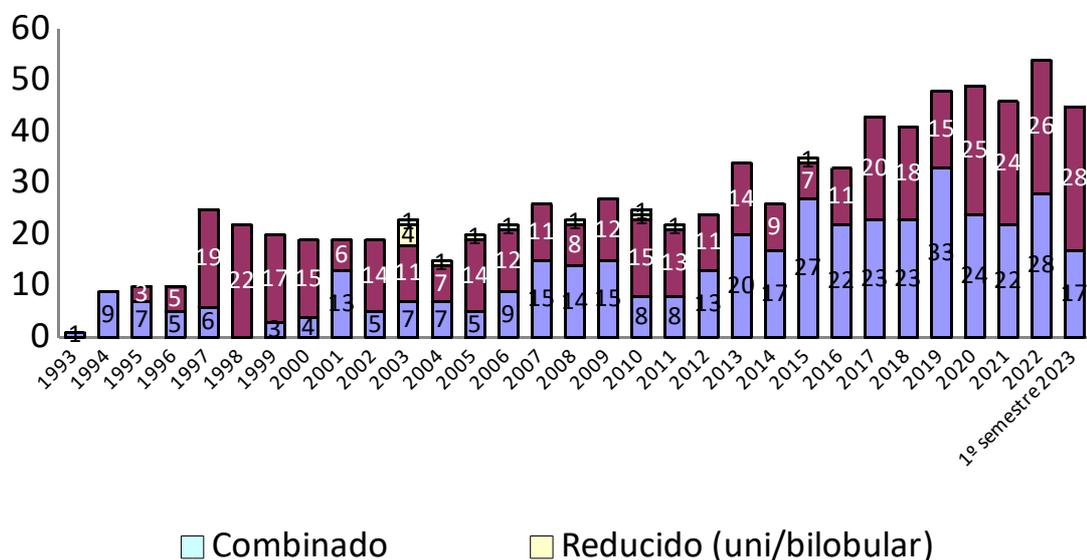
ÁREAS DE MEJORA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS MEDIDAS TOMADAS ANTERIORMENTE

---

Dados los resultados, creemos que debemos mantener la metodología y las medidas previamente tomadas, sin abrir otras áreas de mejora.

## TRASPLANTE PULMONAR

### NÚMERO Y TIPO DE TRASPLANTES POR AÑOS



■ Combinado

■ Reducido (uni/bilobular)

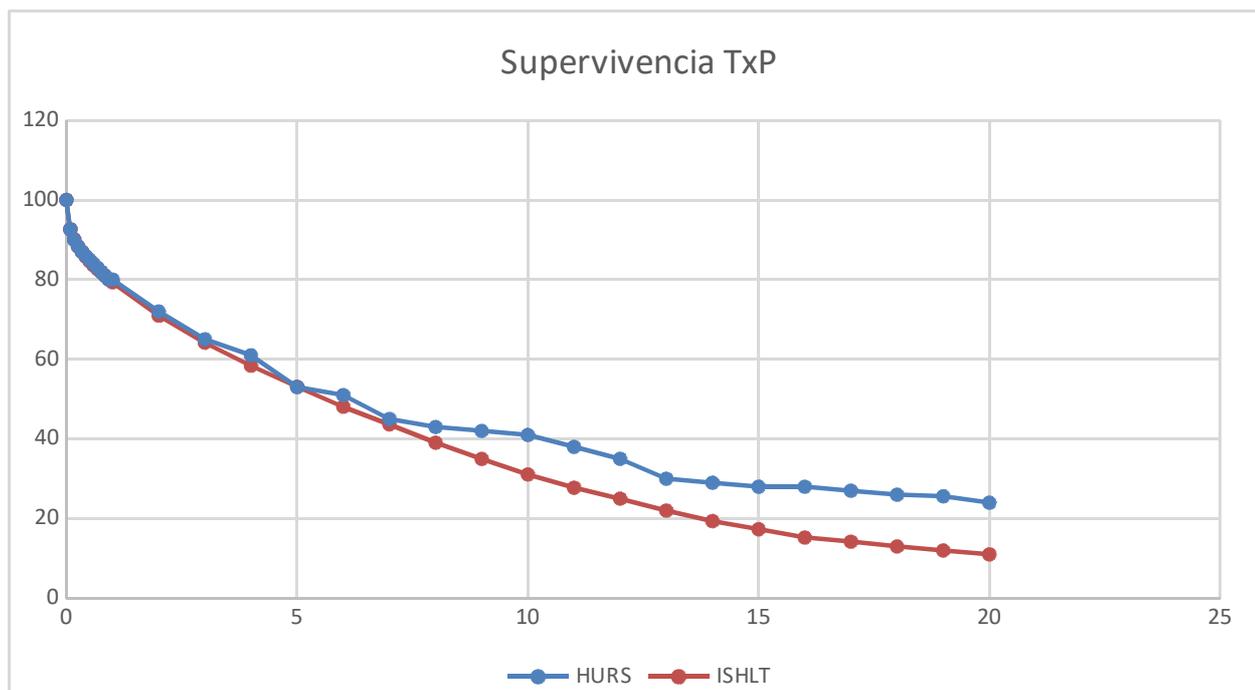
El número de trasplantes pulmonares alcanzó su máximo en 2022, con 54 procedimientos, 28 uni y 26 bipulmonares.

No obstante, en el primer semestre de 2023, el número se ha duplicado, prácticamente. Así, se han realizado 45 trasplantes, 28 bipulmonares (récord histórico de todos los años, sólo en el primer semestre) y 17 unipulmonares.

### TIEMPO DE RESPUESTA PARA EVALUACIÓN DE CANDIDATOS

El tiempo de respuesta para la evaluación de candidatos se cumplía en el 100% de los casos en los cuatro años anteriores a la pandemia COVID-19. En los años de pandemia fue absolutamente imposible mantenerlo, por razones obvias. Desde entonces el tiempo de respuesta ha ido disminuyendo, encontrándose, desde marzo de 2023, por debajo de los 30 días.

### SUPERVIVENCIA. COMPARACIÓN CON EL REGISTRO INTERNACIONAL



La supervivencia global de nuestro programa, tanto de adultos como infantil, se compara favorablemente con la del Registro Internacional (ISHLT) y con el Registro Español de Trasplante Pulmonar, a medio y largo plazo.

Sistemáticamente la unidad sitúa los resultados en supervivencia tras trasplante de pulmón en las primeras 48 horas por encima del objetivo establecido en el Proceso asistencial integrado (80%). Es de destacar que en los últimos años, la supervivencia al año ha mejorado sustancialmente, comparándose favorablemente respecto a la del Registro Internacional y sólo unas décimas por debajo del objetivo exigente que nos propusimos del 80%. Mantenemos el mismo objetivo.

Años	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024
%	77,4	75,4	87,8	78,1	79,2	79,6	82,6	88,89	91,12	

\*1º semestre

### MORTALIDAD PERIOPERATORIA

El indicador de mortalidad perioperatoria, demasiado autoexigente, estamos muy cercanos a alcanzarlo. No obstante, habíamos detectado un incremento en los últimos años con respecto a nuestro histórico para este indicador por lo que hicimos una autoauditoría cuyos resultados adjuntamos en su día. Desde entonces, la mortalidad se situó cercana al 20%. No obstante, tras realizar una nueva auditoría en 2021, hemos conseguido disminuirla por debajo del 20 %. Nuestra meta es mantener la mortalidad <15 % para 2023 y 2024.

Años	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024
%	22,6	24,6	12,2	21,9	20,8	20,4	17,4	11,11	8,88	

\*1º semestre

## PROPUESTA DE MEJORA

---

La supervivencia global de nuestro programa, tanto de adultos como infantil, se compara favorablemente con la del Registro Internacional (ISHLT) y con el Registro Español de Trasplante Pulmonar, sobre todo a medio y largo plazo. Además, por épocas, la supervivencia va incrementándose progresivamente. Nos proponemos seguir mejorando la supervivencia postoperatoria inmediata. O su corolario, mantener la mortalidad perioperatoria <15 % para 2023 a 2025.

Ya en el primer semestre de 2023 la mortalidad está en 8,88 %

Analizadas las causas de mortalidad temprana y sus probables soluciones, juntamente con Anestesiología, nos propusimos como objetivo común en los AGC desde 2018 la realización intraoperatoria de ecocardiografía transesofágica continua en, al menos, el 80 % de los pacientes. Se cumplió en 2018 y solo nos faltaron 6 décimas para cumplirlo en 2019 y 5 décimas en 2020. Desde entonces, el objetivo se cumple:

2021: 84,6

2022: 88,8

1º semestre 2023: 95,5 % (2/45)

. Mantendremos el mismo objetivo para los siguientes AGC.

---

## TASA DE PULMONES DONADOS NO IMPLANTADOS

---

Las dificultades logísticas por las que no se implantaron en nuestro hospital pulmones donados que nos correspondían, que por tanto fueron cedidos a otro grupo, nunca fueron achacables a nuestra unidad, sino a dificultades ajenas como de transporte, meteorológicas, etc. No obstante, desde 2012 no se ha dado ningún caso.

---

## MORTALIDAD DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE PULMÓN

---

No cumplíamos el objetivo del 12% hasta 2010, debido al incremento progresivo en el número de pacientes incluidos en lista de espera, que no se vio compensado con un incremento de pulmones válidos para trasplante. Sin embargo, desde 2012 cumplimos el objetivo.

## EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE OBJETIVOS DEL ACUERDO DE GESTIÓN

Objetivo	Código Indicador	ACUM	NOTA	NOTA FINAL
No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	1.1.1.2.1		8	4
1.1.1.2HURS PLAN DE EFICIENCIA	1.1.1.2H.1		7,03	3,515
No superar el presupuesto asignado para el consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	1.1.1.3.1	134,74	0	0
La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo est	2.1.1.1.1	0	10	9
La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica o que la haya pe	2.1.1.2.1	0	10	6
La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser at	2.1.2.1.1	0	10	2
La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser at	2.1.2.2.1	2	10	4
Relaciones con la ciudadanía	2.3H.1	SI	10	1
Relaciones con la ciudadanía	2.3H.2	2,5	10	1
Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	3.1.1.3.1	NO	0	0
Planificar e implementar un itinerario formativo en I+D+i para la Unidad, contando con el apoyo del HURS y el IMIBIC	3.1.1.3H.2	1	10	1
Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida.	4.1.1.1.1	0,82	10,00	2
Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)	4.1.1.3.1	11,04	10,00	1
Disminuir el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas	4.1.4.1.1	33,4	10	1
Mantener la presión antibiótica global	4.2.1.1.1	-5,04	10	2
Aumentar el porcentaje de utilización de los medicamentos biosimilares de aquellos medicamentos biológicos que tengan biosimila	4.2.1.2.1	97,03	10	2
Revisar las prescripciones de los pacientes polimedcados con >=10 prescripciones activas las cuales tengan una duración de tratamie	4.2.1.4.1	12,24	10	2
Promover la prescripción por principio activo	4.2.1.6.1	98,21	10	3
Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Ulceras por Presión(UPP)	4.2.4.5.1	88,57	10	1
Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la Flebitis	4.2.4.6.1	62,48	10	1
Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje	4.2.4.7.1	100	10	0,5
ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	4.249H.1	75,12	10	1
ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	4.249H.2	76,22	10	1
ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	4.249H.3	94,25	10	0,5
ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	4.249H.4	98,22	10	0,5
Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE	4.24H1.4	48,94	4,47	0,45
Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE	4.24H1.1	61,74	0	0
Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE	4.24H1.2	SI	10	0,5
Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico	4.1E.1	2,4	10	8
Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CANCER. CANCER DE PULMON	4.2E.1	SI	10	8
Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar	4.3E.1	11,11	10	4
Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar	4.3E.2	88,88	10	4
Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón	4.4E.1	2,4	10	8
Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscopica bilateral	4.5E.1	75	5	4
			<b>NOTA FINAL</b>	<b>8,7</b>

Con respecto a los resultados de la evaluación de los objetivos del Acuerdo de Gestión de 2022, hemos cumplido el 91,2 % del número de objetivos, con una **nota final de la Unidad de 8,7**.

### ALEGACIONES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR. 2022

<b>Común</b>	<b>1.1.1.2</b>	<b>CUMPLIMIENTO PRESUPUESTO ASIGNADO EN ACUERDO DE CONSUMO CAPÍTULO II Y IV SIN RECETAS</b>
--------------	----------------	---

## Capítulo I, II y IV

El gasto en capítulo I se ha mantenido controlado a lo largo de todos los años.

Desde 2011 hasta la actualidad, la UCTyTxP ha incrementado enormemente el porcentaje de pacientes intervenidos por cirugía de mínima invasión y cirugía robótica para las resecciones pulmonares, lo que ha traído consigo un incremento progresivo en gasto de fungible, ya previsto y “pactado” con la Dirección Económico-Administrativa y Dirección Gerencia, aunque con un reflejo inferior en las partidas presupuestarias. No es ético, en el momento actual, efectuar cirugía agresiva en detrimento de la cirugía de mínima invasión –cuando esta sea factible- por su mayor número de complicaciones, estancia postoperatoria, secuelas y dolor postoperatorio. El incremento en gasto en este capítulo II (derivado del consumo de instrumental toracoscópico y de robótica desechable) se ha compensado con la disminución en la estancia media postoperatoria, como puede comprobarse en los datos de CMBD.

En 2022, el desvío en capítulo II ha sido del 17,74 %.

	Diferencias actual - anterior				Diferencias con objetivo				% ejecución	
	consumo anterior	consumo actual	dif actual - anterior	% desv.	objetivo anual	obj. teórico	dif. cons - obj.	% desv.	ejec. año ant	ejec. año actual
01/01/2022 al 31/12/2022 Réplica del 24/02/2023										
CIRUGIA TORACICA Y TRASPLANTE PULMONAR	1.059.098	1.224.153	165.055	15,58%	1.039.694	1.039.694	184.459	17,74%	100,00%	117,74%
CAPÍTULO II	1.021.829	1.177.107	155.278	15,20%	1.002.860	1.002.860	174.248	17,38%	100,00%	117,38%
FARMACIA	36.834	46.474	9.640	26,17%	36.834	36.834	9.640	26,17%	100,00%	126,17%
ORTOPROTESIS	435	572	137	31,41%	0	0	572		100,00%	

Este incremento se explica por las siguientes razones:

1º.- **La actividad quirúrgica de cirugía torácica general se ha incrementado un 18 % respecto al año previo (datos AGD), frente al desvío del 17,74 %, por lo que, netamente, el desvío es del -0,25 %, sin contar con el incremento de trasplantes.** El incremento de la actividad quirúrgica general ha sido posible por el aumento de sesiones quirúrgicas asignadas para enjugar el elevado número de pacientes en lista de espera debido a la pandemia:

	2022	2021	
Altas	550	490	12,00
Estancias	2.937	2.007	46,00
Estancia Media (EM)	5,34	4,10	30,37
Estancia Media Esperada (EME)	6,50	6,83	-4,76
Estancias evitables	-639,53	-1.338,48	-52,22
Índice de Utilización de Estancias (IUE)	0,82	0,60	36,88
Peso Medio APR-GRD	1,24	1,28	-2,64
Puntos APR-GRDs	684,05	625,96	9,28
Altas APR-GRDs Quirúrgicos	326	275	19,00

Porcentaje Altas APR-GRDs Quirúrgicos (%)	59,27	56,12	5,61
Altas con Interv. Quirúrgica	393	332	18,00
Porcentaje Altas con Interv. Quirúrgica (%)	71,45	67,76	5,46
Estancia Media Preoperatoria	0,80	0,69	16,39
Estancia Media Preoperatoria Programada	0,84	0,63	33,15
Estancia Media Preoperatoria Urgente	1,42	2,21	-35,58
Éxitus	7	6	17,00
Porcentaje de Éxitus (%)	1,27	1,22	3,94
Altas Codificadas	550	490	12,00
Porcentaje Codificación (%)	100,00	100,00	0,00
Promedio Diagnósticos codificados	6,52	6,50	0,30
Promedio Procedimientos codificados	2,13	2,00	6,44

Además, se han efectuado **54 trasplantes pulmonares, un 14,9 más que en 2021.**

## 2º.- Casuística de apósitos especiales

Seis pacientes han requerido terapia VAC entre 1 y 3 meses, dos de ellos de otras unidades, aunque indicada por la nuestra.

Cuatro trasplantados pulmonares ha requerido terapia VAC entre 3 y 7 meses.

Cinco pacientes han requerido terapia VAC entre 7 y 10 meses, dos de ellos provenientes del pasado año.

Cuatro pacientes han requerido terapia VAC durante más de 10 meses (uno de ellos, todo el año).

Siete pacientes han requerido PICO-VAC entre 22 días y 84 días.

## 3º.- Incremento de la complejidad de la cirugía

La cirugía compleja se ha incrementado respecto al pasado año al doble en cirugía abierta (94 vs 46) -dato que nos sorprende mucho-, en VATS un 4,7 % (112 vs 107) y en RATS un 22,2 % (22 vs 18).

Este incremento de complejidad podría explicar, el menos en parte, el aumento de consumo de las pinzas electro-quirúrgicas y grapadoras.

	Diferencias actual - anterior				Diferencias con objetivo				% ejecución	
	consumo anterior	consumo actual	dif actual - anterior	% dev.	objetivo anual	obj. teórico	dif. cons - obj.	% dev.	ejec. año ant	ejec. año actual
	01/01/2023 al 30/04/2023 Réplica del 19/05/2023									
CIRUGIA TORACICA Y TRASPLANTE PULMONAR	351.255	526.445	175.191	49,88%	1.288.441	467.395	59.050	12,63%	28,69%	40,86%
CAPÍTULO II	338.943	512.227	173.284	51,12%	1.239.531	451.266	60.961	13,51%	28,79%	41,32%
FARMACIA	11.998	14.218	2.220	18,50%	47.482	15.623	-1.404	-8,99%	25,82%	29,94%
ORTOPROTESIS	313	0	-313	-100,00%	1.429	506	-506	-100,00%	54,83%	0,00%

En los 4 primeros meses de 2023, el desvío presupuestario ha sido del 12,63 %.

Este desvío está completamente justificado, ya que, por una parte, se han efectuado en este período 42 trasplantes pulmonares, más del doble de los realizados en los primeros 4 meses de 2022.

Por otra, se ha incrementado enormemente la actividad quirúrgica:

Altas APR-GRDs Quirúrgicos	143	100	43,00
----------------------------	-----	-----	-------

	datos año anterior completo		datos año anterior		datos año actual		diferencias		Desviación técnica - económica		Precio medios			Diferencias consumo - Objetivo		
	unidades anterior	consumo anterior	unidades anterior	consumo anterior	CONSUMO actual	unidades actual	dif actual - anterior	% dev actual - anterior	desv. téc. económica	desv. económica	p_m anterior	p_m actual	% dev pm	imp. teórico	dif. cons. - objiv.	% dev. cons - objiv.
	CIRUGIA TORACICA Y TRASPLANTE PULMONAR	443.729	1.173.230	148.287	337.665	510.824	165.892	173.155	51,28%	117.309	55850	2.277	3.085	35,472	448.809	62.015
SUPC.SANI.01.13.05 videocirugia: instrumentos de sutura y cargas	1.831	302.109	599	75.849	197.243	1.011	121.393	160,04%	53.935	67498	126.536	195.187	54,254	126.714	70.529	55,66%
SU.PC.SANI.01.13.05.625000 CARGA PI																
ENDOGRAPADORA CORTADORA UNIVERSAL 60mm.	676	114.871	223	29.661	64.330	283	34.669	116,88%	11.047	23622	133.011	227.517	71,051	58.121	6.209	10,68%
SU.PC.SANI.01.13.05.600015 CARGA ENDOGRAPADORA CORTADORA PUNTA CURVA 45																
IMM	290	54.505	77	9.678	36.946	160	27.268	281,74%	10.433	16835	125.693	230.914	83,713	20.003	16.943	84,70%
SU.PC.SANI.01.13.05.010000 ENDOGRAPADORA CLIPS																
MULTIPLE 10mm.Ø	2	82	1	25	16.031	150	16.006	#####	15.974	33	24.569	107.230	335.965	30	16.001	53848,64%
SU.PC.SANI.01.13.05.600013 CARGA ENDOGRAPADORA CORTADORA PUNTA ANGULADA 30mm.																
SU.PC.SANI.01.13.05.700003 MANGO ENDOGRAPADORA CORTADORA UNIVERSAL	262	46.610	80	12.394	25.877	135	13.483	108,79%	8.521	4962	154.926	191.683	23,725	17.054	8.824	51,74%
SU.PC.SANI.01.13.05.600017 CARGA ENDOGRAPADORA CORTADORA 60MM con refuerzo de sutura	341	57.426	116	17.771	30.403	147	12.632	71,08%	4.857	7775	152.764	206.820	35,386	21.033	9.369	44,55%

A pesar de que el desvío esté justificado, debemos seguir vigilando el consumo de las endograpadoras.

### Evaluación de las propuestas de mejora

Las medidas de estricto uso de endograpadoras, de dispositivos de sellado y de apósitos especiales, han permitido que el desvío actual sea muy inferior de lo previsto para la casuística atendida, por lo que mantenemos las mismas medidas de mejora.

Con respecto al Plan de Eficiencia, aún no tenemos resultados para este cuatrimestre.

### Propuestas de mejora

Mantener, como hasta ahora, un control estricto del gasto, fundamentalmente en el material de endograpadoras, en el uso de dispositivos de sellado y en el de apósitos especiales. La revisión del estricto uso de estos productos de alto coste se ha llevado a cabo con la subdirección económica.

## Farmacia

El objetivo de Farmacia se viene cumpliendo desde 2010, a pesar de que la unidad atiende a toda la población Andaluza en materia de Trasplante, haciéndose cargo del gasto farmacéutico de todos los pacientes, que van acumulándose a lo largo de los años. El esfuerzo realizado en contención del gasto, así como por la disminución de la estancia media ha permitido un gasto en farmacia más que razonable.

En lo que llevamos de 2023, hemos gastado un 9 % menos que en el mismo periodo del año anterior.

**EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE OBJETIVOS DEL ACUERDO DE GESTIÓN 1º semestre 2023****CONCLUSIONES SESION DE SEGUIMIENTO AGC 2023 UGC CIRUGIA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR**

FECHA:22 /06/2023

- HORA: 10h
- LUGAR: Despacho Subdirección médica Dra Ana Pelayo Orozco
- REUNIDOS: Dr Ángel Salvatierra. Jefe de Servicio; Dña Sara Requejo. Supervisora de Enfermería; Dra Ana Pelayo. Subdirectora Médica; Dña Amparo Lopera. Subdirectora de Enfermería

Primer Seguimiento Objetivos

AGC\_2023

CIRUGIA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

Tipo Objetivo Área	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso	CUMPL E NO CUMPL E	Comentarios	Áreas de mejora	Acuerdos alcanzados
Común							
Económica	1.1.1.2	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulos II y IV sin recetas)	5		No tenemos datos. El año pasado fue alcanzado		

Económica	1.1.1 .2H	1.1.1.2HURS PLAN DE EFICIENCIA	3		Pendiente reunión con Irene.		
Ciudadanía	2.1.1 .1	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido siempre que conserva dicha garantía	6	cumple	En el corte de mayo 23		
Ciudadanía	2.1.1 .2	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica o que la haya perdido supere el plazo de 365 días	5	cumple	En el corte de mayo 23		
Ciudadanía	2.1.1 .3	Incrementar el % de pacientes procedentes de la	2	cumple	. En el corte de mayo 23		

		lista de espera mensual de pacientes priorizados en InfoWEB para ser intervenidos en el mes correspondiente					
Tipo Objetivo Área	Cód. Objetivo	Objetivo	Peso	<b>CUMPL E NO CUMPL E</b>	<b>Comentarios</b>	<b>Áreas de mejora</b>	<b>Acuerdos alcanzados</b>
Ciudadanía	2.1.2.1	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido	3	cumple	En el corte de mayo		
Ciudadanía	2.1.2.2	La UGC garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de	4	<b>cumple</b>	<b>En abril saltaban dos pacientes. Y en mayo también</b>	<b>El Dr Salvatierra revisó estos dos pacientes con Admisión y se trató de un error administrativo</b>	

		60 días para ser atendido					
danía	Ciuda	2.1.9	Reducción de la tasa de reclamaciones relacionadas por trato, actitud o falta de comunicación	1	<b>cumple</b>	<b>Se reduce el tiempo de respuesta de 5 a 7 días.</b>	
anía	Ciudad	2.3H	Relaciones con la ciudadanía	4	<b>Cumple</b>	<b>Se realizan grupos focales. Actuaciones en la prensa y en la radio. Campaña antitabaco. Asociación de pacientes de fibrosis quística</b>	
miento	Conoci	3.1.1 .3	Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones con factor de impacto	2		<b>Comentan que es absurdo el objetivo inalcanzable. Desanima a los profesionales</b>	<b>El Dr Salvatierra hablará con los responsables del IMIBIC</b>
miento	Conoci	3.1.1 .3H	Planificar e implementar un itinerario formativo en I+D+i para la Unidad, contando con el apoyo del HURS y el IMIBIC	1	Cumplir á	Pretenden realizar otro curso igual que el año pasado y consideran que lo alcanzaran	
Proceso Asistencial		4.1.1 .1	Uso adecuado de las estancias	2		. No tenemos datos . En el 2022 lo	

		hospitalarias en función de la casuística atendida.			cumplieron		
Proceso Asistencial	4.1.1.3	Disminuir la estancia media preoperatoria en intervenciones programadas procedentes de ingresos programados (EMPO)	2		No tenemos datos. Trabajan en la línea de disminuir la EMPO ingresando pacientes el mismo día de la intervención. En el 2022 lo cumplieron		
Tipo Objetivo Área	Cód. Objetivo	Objetivo	Pe so	<b>CUMPL E NO CUMPL E</b>	<b>Comentarios</b>	<b>Áreas de mejora</b>	<b>Acuerdos alcanzados</b>
Proceso Asistencial	4.1.2.1	Aumentar la capacidad de resolución mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (IR)	1		No tenemos datos.		
Proceso Asistencial	4.1.3.1	Contribuir al índice de ambulatorización del HURS	1		No tenemos datos		

Proceso Asistencial	4.1.3 .2	Aumentar el índice de utilización de quirófanos	3		72%. Alegan que las suspensiones de los segundos pacientes del parte no depende de ellos	Vamos a trabajar con las TIC para comprobar que la explotación del dato es la adecuada.	
Proceso Asistencial	4.1.4 .1	Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas	2	(No) cumple	27,7% La mayoría de sus consultas son las revisiones de los oncológicos e impiden tener un más % de primera consulta		JUSTIFICADO
Proceso Asistencial	4.2.1 .1	Mantener la presión antibiótica global	2		No datos pero el año pasado los cumplieron		
Proceso Asistencial	4.2.1 .7	Mejorar la selección de los medicamentos prescritos a través de recetas	1	cumple			
Proceso Asistencial	4.2.4 .5	Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Ulceras por Presión(UPP)	1	cumple			
Proceso Asistencial	4.2.4 .6	Seguimiento de Catéteres Venosos: Prevención de la	1	cumple			

		Flebitis					
Proceso Asistencial	4.2.4 .7	Impulsar la gestión de incidentes y eventos adversos, el análisis de lo ocurrido y aprendizaje	1		La unidad tiene un registro propio. Comentamos el sistema de notificación de la estrategia de seguridad del paciente que en breve será el único desapareciendo la notificación propia del HURS		
Proceso Asistencial	4.2.4 .7H	Índice Sintético de SEGURIDAD DEL PACIENTE	3		LVQ pre y post que se realizan en la planta de hospitalización tienen un 47,39% de cumplimentación (60-40%)  LVQ del área quirúrgica. No tenemos datos pero nunca se cumple. Pone en duda la explotación de los datos	Trabajaremos con las TICS para intentar ser lo más ajustados en la explotación del dato	
Proceso Asistencial	4.24 9H	ÍNDICE SINTÉTICO DE CUIDADOS	4	cumple	En los cuatro apartados		
Tipo Objetivo Área	Cód. Objet	Objetivo	Pe so	<b>CUMPL E NO</b>	<b>Comentarios</b>	<b>Áreas de mejora</b>	<b>Acuerdos</b>

	ivo			CUMPL E			alcanzad os
<b>Específicos</b>							
Proceso Asistencial	4.1E	Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico	7	Cumple			
Proceso Asistencial	4.2E	Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CANCER DE PULMON	7	Cumple			
Proceso Asistencial	4.3E	Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar	8	cumple	2 de 43 en este momento		
Proceso Asistencial	4.4E	Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón	7	cumple			

Proceso Asistencial	4.5E	Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscopica bilateral	7	cumple		Avisan a admisión cuando se produce el alta de enfermería	
Proceso Asistencial	4.6E	Consolidar que todas las inclusiones se mecanicen a través de la EM	4	cumple	Abril 94.57% mayo 92,86%		

---

### PROPUESTAS DE MEJORA

---

Mantener, como hasta ahora, un control estricto del gasto, fundamentalmente en el material de endograpadoras, en el uso de dispositivos de sellado y en el de apósitos especiales. La revisión del estricto uso de estos productos de alto coste se ha llevado a cabo con la subdirección económica.

---

### FARMACIA

---

El objetivo de Farmacia se venía cumpliendo desde 2010, a pesar de que la unidad atiende a toda la población Andaluza en materia de Trasplante Pulmonar, haciéndose cargo del gasto farmacéutico de todos los pacientes, que van acumulándose a lo largo de los años. El esfuerzo realizado en contención del gasto, así como por la disminución de la estancia media ha permitido un gasto en farmacia más que razonable.

En 2022, el pequeño incremento del gasto de farmacia (netos < 10.000 €), gracias a una política de contención bien seguida por todos los miembros de la unidad, se ha mantenido claramente por debajo del aumento de la actividad global. Aún así, se nos ha puntuado con un 0, calificación con la que no estamos absolutamente de acuerdo.

En lo que llevamos de 2023, hemos gastado un 9 % menos que en el mismo periodo del año anterior.

	<b>4.2.4HURS.3</b>	<b>3 CUMPLIMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA</b>
--	--------------------	---

Por norma, implícita y explícita, llevamos 14 años cumplimentando el listado de verificación quirúrgica, con tasas que, en las periódicas auditorías de historias clínicas, han superado siempre el 97 % y que, en la mayoría de los casos, han alcanzado el 100 %. De hecho, hasta nuestro conocimiento, fuimos los primeros en implantar un listado propio de verificación quirúrgica, antes de que se generalizara el aconsejado por la OMS, así como otro listado de verificación prequirúrgica y postquirúrgica. Todos los cirujanos cumplimentamos sistemáticamente el listado en Diraya. No obstante, por problemas técnicos, completamente menores y no bien especificados, o bien por incumplimiento por parte de otros profesionales que también han de firmarla, la tasa de "cumplimentación" es baja. Hay que añadir que hemos tenido ocasiones en las que su cumplimentación ha sido imposible por bloqueo de la aplicación (se comunicó en varias ocasiones a la sección de informática correspondiente).

Por estos motivos, solicitamos que se revisara la nota en este apartado para que refleje al máximo posible el compromiso de nuestra Unidad con la seguridad del paciente. No obstante, Servicios Centrales no ha considerado la alegación, aún conociendo que es un problema de todas las unidades quirúrgicas.

## SEGURIDAD

---

### INTRODUCCIÓN

---

Entendemos por **Seguridad el Paciente** la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención. Implica desarrollar estrategias continuas para prevenir, reducir y controlar el daño asociado a la atención sanitaria en el ámbito que esta se desarrolle:

-A nivel profesional, aplicando prácticas clínicas y procedimientos seguros para reducir la probabilidad de dañar al paciente.

-A nivel institucional, adecuando los centros asistenciales de acuerdo a normas y estándares establecidos para reducir los posibles riesgos para los pacientes, profesionales y visitantes.

-A nivel político, planificando estrategias destinadas a promover cambios en el sistema sanitario para reducir la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria.

- Mejorar la seguridad del paciente supone reducir la probabilidad de ocurrencia de los Efectos Adversos (EA), utilizando estrategias de prevención y control de estos a distintos niveles:

-Prevención primaria: evitando los EA promoviendo los factores que aumentan la seguridad disminuyendo a su vez los fallos latentes del sistema.

-Prevención secundaria: orientada a la detección precoz y control de los EA para aprender de los mismos y evitar su repetición.

-Prevención terciaria: reduciendo las consecuencias de los daños (EA) ocasionados al paciente y evitando su repetición.

-Prevención cuaternaria: promoviendo acciones que eviten las consecuencias de la aplicación de prácticas con insuficiente evidencia científica.

El Plan de Seguridad Clínica de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar (UGC CTyTxP) apoya y promueve la misión, visión y valores del Hospital Universitario Reina Sofía y de la propia Unidad, a través de una mejora continua de la seguridad de los pacientes, trabajadores y visitantes. Desde su aplicación inicial, y tras analizar los datos obtenidos, lo hemos ampliado y adaptado a nuestra realidad.

Nuestro **compromiso** es, pues, la mejora continua de la seguridad clínica y calidad en general, reconocer y compensar por la contribución de cada uno a la consecución de los objetivos, integrarnos en la comunidad asistencial, docente e investigadora, respondiendo a los retos de la cirugía torácica de nuestro tiempo, para así lograr un Servicio público que satisfaga integralmente las necesidades de los pacientes de forma eficiente, que sea capaz de aprender y enseñar, y que tenga siempre la mirada dirigida a la excelencia.

---

### PROPÓSITO

---

La seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura. A pesar de que rara vez se viola intencionadamente el precepto hipocrático que dicta “sobre todo, no hacer daño”, la realidad es que los pacientes sufren daños durante la atención sanitaria, todos los días y en todos los sistemas sanitarios del mundo. Debemos, pues, reconocer esta realidad, rechazar la noción de que estos daños son todos inevitables y tomar medidas para subsanar los problemas que contribuyen a la inseguridad de la atención sanitaria.

Es evidente que la seguridad de los pacientes no solo debe basarse en una actuación correcta por parte del profesional sanitario, sino también en un trabajo en equipo bien coordinado, con una correcta comunicación entre sí y con los pacientes, y un diseño adecuado de los procesos asistenciales y de los sistemas de apoyo a la atención sanitaria.

Los efectos adversos y errores clínicos pueden derivar de deficiencias en diferentes niveles de la atención sanitaria, desde la política y financiación sanitaria a la actuación última del médico. Nuestro Plan de Seguridad se ocupa específicamente de los diseños de los procesos directamente relacionados con nuestro quehacer diario, buscando soluciones que promuevan un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño durante la atención sanitaria a nuestros pacientes.

En el Plan de Calidad de la UGC CTyTxP la seguridad del paciente figura como un eje central del mismo. Para la elaboración de un marco de seguridad clínica difundimos en la unidad una cultura en donde prime ante todo la seguridad del paciente, sin olvidarnos de la seguridad de los profesionales. Hemos diseñado sistemas y procesos cuya orientación fundamental es la seguridad. Así mismo, mantenemos una actitud de aprendizaje permanente y elaboramos programas de educación para el personal asignado a la unidad. Desde la segunda versión de este Plan implementamos un sistema para la comunicación de incidentes no punitivo y otro de análisis y seguimiento de las medidas que adoptemos. En el seno de la UGC CTyTxP promovemos la investigación sobre seguridad clínica.

---

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

Los recursos humanos y estructurales de la UCTyTxP ya han sido descritos previamente en este documento.

---

## TRAYECTORIA DEL PACIENTE

---

### PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

Normalmente existen cinco fuentes de donde provienen los pacientes que requieren ingreso hospitalario programado:

Remisión desde otro Servicio o Unidad

Sesión Clínica de Patología Torácica

Consultas externas

Traslado hospitalario

## Interconsulta hospitalaria

1. La metodología a seguir para los pacientes remitidos desde otros servicios o unidades es la siguiente:

El médico remitir responsable del paciente deberá enviar por los canales habituales (Interconsulta e Historia de Salud Única para los pacientes provenientes del SAS; Mensajería para los pacientes provenientes del resto del SNS) la documentación clínica del paciente, que incluirá, al menos, un informe clínico actualizado, la iconografía correspondiente y los datos administrativos suficientes para la identificación inequívoca del paciente y su localización telefónica y postal.

La secretaria de la UCTyTxP registrará al paciente en Diraya -asignándole número de historia en los pacientes provenientes del resto del SNS- y entregará la documentación remitida al médico responsable de la recepción, quien la revisará y procederá a:

Citar al paciente a la consulta externa, en el menor tiempo posible, siguiendo criterios de reparto equitativo entre los diferentes miembros de la UCTyTxP, si el paciente no precisa pruebas que puedan ser realizadas en su hospital o unidad de origen.

Solicitar al médico remitir que le efectúe al paciente las pruebas que le falten, según el protocolo, con el fin de evitar desplazamientos y molestias al paciente. Solo en casos excepcionales se efectuarán pruebas prequirúrgicas en nuestro centro.

Rechazar la propuesta, generalmente tras su presentación en sesión clínica, argumentando la decisión.

2. Los pacientes presentados en Sesión Clínica de Patología Torácica y que requieran cirugía programada se incluirán en AGD tras ser vistos en nuestra Consulta Externa. Los estudios complementarios que se soliciten en su presentación deberán ser solicitados por el médico remitir responsable, quien emitirá un informe clínico actualizado y remitirá a la la secretaria de la UCTyTxP. La metodología por seguir posteriormente es la que figura en el parágrafo anterior. Si el paciente continúa ingresado el día en que se presenta en sesión, será visto por cirugía torácica en el mismo día, con el fin de explicarle el procedimiento y entregarle el consentimiento informado y, así, evitar que tenga que pasar por la consulta externa. Salvo casos excepcionales, el paciente será dado de alta por el servicio de origen e ingresado en la UCTyTxP el día de la intervención.

3. Los pacientes remitidos a consultas externas deberán ser completamente estudiados, según protocolo, en régimen ambulatorio. Una vez finalizado el estudio, si el paciente precisa una intervención quirúrgica, el cirujano le explicará la intervención prevista -incluyendo herramienta de ayuda a la toma de decisiones, si procede-, los beneficios esperados, las consecuencias seguras, las posibles alternativas, así como las complicaciones, tanto las frecuentes, como las infrecuentes pero graves, le dará copias de los consentimientos informados, así como del Plan Asistencial y solicitará el estudio preanestésico si no se lo han realizado en su hospital de origen. El cirujano responsable procederá a

Incluir al paciente en AGD si el estudio está completo según protocolo y no considera preciso presentar el caso en la sesión clínica de la unidad o en la semanal de Patología Torácica. Si considera precisa la presentación del caso en sesión, incluirá al paciente una vez que sea aceptado. Tras la inclusión del paciente en AGD, su documentación quedará depositada en el archivador metálico de la Sala de Juntas de la UCTyTxP, en el lugar correspondiente a su orden alfabético, bajo llave, a pesar de que la Sala de Sesiones esté siempre cerrada.

4. Los pacientes ingresados en otros servicios de este u otro hospital solo serán trasladados a la UCTyTxP tras la autorización de un cirujano torácico. Cuando el paciente proceda de nuestro centro

y requiera intervención quirúrgica programada, siempre que sea posible, se le dará de alta por el servicio remitente o por el nuestro -si fue el servicio responsable del ingreso-. Estos pacientes, así como los procedentes de otros centros, ingresarán en la UCTyTxP, una vez que tengan todo el estudio preoperatorio, el mismo día o el día previo a la intervención si el tiempo estimado de traslado desde su domicilio al hospital excede de 1 hora. En estos casos, el registro en AGD seguirá la misma metodología descrita previamente.

5. En los pacientes derivados de interconsultas hospitalarias que requieran intervención quirúrgica se seguirá la metodología descrita en el párrafo anterior. Si no es posible o deseable el alta hospitalaria previa a la intervención, siempre que sea factible, el paciente permanecerá ingresado a cargo de la unidad consultante (por ejemplo, pacientes que requieran una exploración quirúrgica diagnóstica o un procedimiento terapéutico menor –drenaje-).

### *SESIÓN DE PROGRAMACIÓN*

La sesión de Programación se lleva a cabo semanalmente, el lunes, al finalizar la sesión clínica matinal de la UCTyTxP. Los pacientes son elegidos de la lista de espera de la AGD, con criterios de prioridad por la naturaleza de la patología, tiempo en lista y adecuación del tipo de cirugía al cronograma quirúrgico. Ocasionalmente, los pacientes son programados como urgencia diferida, provenientes, bien de otros hospitales, o de interconsultas intrahospitalarias.

La programación exige la presentación del caso clínico en la sesión, su discusión, la indicación quirúrgica, la cumplimentación de la hoja de seguridad clínica (Lista de comprobación Prequirúrgica), la confección del impreso de Ingreso Hospitalario y del Parte Quirúrgico Semanal. En este último se incluirá la siguiente información:

Nombre completo del paciente

Número de historia clínica

Teléfonos de contacto

Intervención programada

Fecha de ingreso

Consideraciones prequirúrgicas. En este apartado se hará constar la existencia de alergias medicamentosas, al látex o al yodo, la toma de medicación anticoagulante o antiagregante, y cualquier otra consideración que haya que comunicarle al paciente o hacer constar en el parte quirúrgico.

Estado COVID-19 (solicitud por la UCTyTxP en los pacientes de Córdoba, o solicitud en su área sanitaria a los pacientes de otras provincias).

La secretaria de la UCTyTxP llamará a los pacientes, indicándole la fecha prevista de ingreso, así como la posibilidad de modificación por trasplante o emergencia, y las consideraciones que deban comunicársele y que figuran en el impreso de Parte Quirúrgico Semanal (ayuno, suspensión de medicación, depilación, etc.). Así mismo, entregará los impresos de Ingreso Programado en Admisión.

El día previo a la intervención, confeccionará el parte quirúrgico en el programa Diraya, según la metodología común para todos los servicios quirúrgicos. En él figurarán, como mínimo, los siguientes datos:

Nombre completo del paciente

Número de historia clínica

Localización (cama) (salvo pacientes de ingreso el mismo día de la intervención, que se especificará en el apartado de Observaciones)

Intervención prevista

Tipo de anestesia

Cirujanos

Si precisa transfusión sanguínea y nº de bolsas

Si precisa radiología intraoperatoria

Destino del paciente tras la intervención: Reanimación o UCI

En "Observaciones" se especificará el tipo de cirugía a realizar, la fecha de ingreso y la hora, así como la planta (3ª B) y, eventualmente, número de cama.

### *INGRESO HOSPITALARIO*

El desarrollo de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, cada vez menos invasivas y más seguras, así como los avances en el control del dolor postoperatorio y las necesidades personales, familiares, sociales y laborales, han llevado a reducir progresivamente la estancia de los pacientes quirúrgicos en el hospital La UCTyTxP plantea como estrategia el mínimo tiempo de ingreso hospitalario por cirugía programada, sin comprometer en absoluto la seguridad del paciente. Está ampliamente demostrado que una estancia preoperatoria corta disminuye la tasa de complicaciones por infección y evita estancias innecesarias. Por tanto, salvo que la condición clínica del paciente o la lejanía geográfica lo impidan, el paciente ingresará el mismo día de la intervención.

Así mismo, la estancia postoperatoria corta, además de no incrementar la tasa de complicaciones ni el número de reingresos, con respecto a una más prolongada, facilita la recuperación del paciente, favorece la rápida incorporación a la actividad normal, mejora el grado de satisfacción del paciente y familiares, y disminuye la tasa de infección nosocomial. Además, esta práctica supone una mayor eficiencia en la gestión de recursos, liberando camas para pacientes que requieren ingreso hospitalario y disminuyendo los costes por proceso.

El ingreso de los pacientes para intervenciones programadas se realizará persiguiendo el mínimo tiempo posible entre el mismo y la intervención. Los pacientes cuya intervención precisa la solicitud de reserva de concentrado de hematíes deberán acudir a la consulta externa el día previo a la intervención, ya que Banco de Sangre no admite muestras después de las 20 horas del día previo.

La hospitalización supone un cambio importante en la vida de las personas. El grado de ansiedad que puede generar en determinados pacientes se debe, en gran parte, al desconocimiento de ese nuevo entorno, al contacto con personas desconocidas y al alejamiento de su hogar. Por ello, un recibimiento cordial y una información adecuada eran aspectos determinantes para la satisfacción de nuestros pacientes.

Nuestro Hospital ha elaborado un video que puede ser útil. Contiene una información básica sobre los aspectos más destacados del centro, las prestaciones generales que se ofrecen y la forma de acceder a ellas. Este video está disponible en el canal 2 de la televisión con la que están dotadas las habitaciones.

La **asignación de cirujano responsable** se realizará de la siguiente manera y por este orden:

1. Libre elección de médico especialista por parte del paciente
2. Cirujano que ya conozca al paciente por haberlo atendido en Consultas Externas, siempre que sea posible.
3. Cirujano de Guardia el día del ingreso.

### **Asignación de enfermera y auxiliar referentes**

Enfermera referente

El modelo organizativo de personalización refleja una filosofía de enfermería y una forma de organización del cuidado enfermero, centrando la práctica enfermera en el paciente, potenciando las relaciones personales y la humanización del cuidado para que este pueda tomar el control y responsabilizarse de su salud.

Una práctica centrada en la persona supone la armonización de las intervenciones de todos los profesionales al servicio del otro, poniendo en práctica sus competencias profesionales y teniendo en cuenta, en todo momento, las necesidades, hábitos, creencias y valores de la persona y de su entorno en sus circunstancias vitales. Esta práctica posibilita la participación del sujeto en la gestión de su propia salud. Este modelo facilita que todos los usuarios tengan asegurada la personalización de sus cuidados mediante la asignación de una enfermera referente al paciente/familia.

Cada enfermera se asignará el paciente que ingrese en sus camas en su turno de trabajo, siempre que no supere el número de pacientes máximo establecido por enfermera.

La supervisora de la unidad será, en última instancia, la encargada de velar por la aplicación del plan, pudiendo reasignar a los pacientes cuando no se cumplan los criterios establecidos.

Generalmente, la asignación se realizará atendiendo a los siguientes criterios:

Número de profesionales susceptibles de actuar como referentes.

Número total de pacientes que deben ser asignados.

Estancia media esperada de los pacientes

Sistema de turnos.

Número máximo de los que una enfermera puede ser referente.

Nivel de complejidad de los casos.

Nivel de competencias -aptitud- de los profesionales.

Deben de estar contemplados los pacientes que ingresen en fines de semana y festivos.

La responsabilidad del profesional referente es:

1. Presentación como referente, al paciente, familiares y cuidadores, favoreciendo la creación de un vínculo estable que favorezca la relación terapéutica, como elemento clave de la personalización en la atención.

2. Planificar los cuidados que van a ser aplicados durante toda la estancia del paciente, a través del Proceso Enfermero.
3. Garantizar la continuidad de cuidados a lo largo del proceso.

La expresión “continuidad de cuidados”, hace referencia al hecho de que la asistencia que prestamos a los pacientes transcurra sin fisuras, ya sean entre profesionales de una misma unidad, entre unidades de un mismo centro o entre los distintos niveles asistenciales.

Cuando la continuidad asistencial concierne a un mismo servicio o centro el modelo de “Enfermería primaria” y la adecuada cumplimentación de registros contribuyen a disminuir la variabilidad en la práctica y a mejorar la comunicación entre profesionales lo que sin duda beneficia al paciente.

Un reto mayor se presenta cuando nuestro paciente requiere continuar con los cuidados fuera del hospital. En este sentido y desde la figura de la enfermera referente el problema se abordaría a través de la planificación del alta (Informe de Continuidad de Cuidados).

#### Auxiliar de Enfermería/TCAE

La auxiliar de enfermería referente es la profesional que forma el equipo de enfermería junto a la enfermera responsable del paciente y que en la actualidad tiene una serie de premisas que siempre se deben de tener en cuenta:

Su función consiste en aplicar, dentro de su ámbito de competencias, el plan de cuidados que ha sido diseñado por la enfermera referente.

Dentro de las funciones de las auxiliares de enfermería/técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), una de las tareas que mayor dedicación requiere es el apoyo en los autocuidados al paciente y cuidadora. Esta área, tiene su propia expresión en la hoja de planificación de cuidados y en ella se deberá registrar, si es el caso, el tipo de suplencia que ha requerido nuestro paciente.

Al ingreso, la enfermera y la auxiliar asignadas al paciente deberán efectuar las siguientes actuaciones:

1. Verificar, antes de que ingrese el paciente, que la habitación se encuentra acondicionada.
2. Recibirlo, darle la bienvenida, presentarse con su nombre y categoría profesional, utilizando preferentemente, el usted, y ponerse a su disposición.
3. Comprobar la pulsera identificativa: verificar que los datos de la pulsera son los del paciente. Si existe algún error en los datos, solicitar al servicio de Admisión una nueva pulsera. Informar al paciente sobre la necesidad e importancia de llevarla durante su estancia en el hospital.
4. Acompañarle a la habitación.
5. Informar al paciente y a la familia sobre las normas de funcionamiento de la Unidad, horario de comidas, horas de visita, normas sobre objetos de valor, sobre los derechos y las obligaciones etc.). Entregar el Manual de Acogida de la Unidad.
6. Informar sobre el funcionamiento del mecanismo de la cama articulada, sobre cómo avisar al personal de enfermería, uso de armario, etc.
7. Presentarle al compañero de habitación, si procede.

8. Entregar la ropa a utilizar en el hospital, informando que puede usar su propio pijama, y los elementos de higiene personal.

9. Explicarle que el hospital no asume responsabilidad alguna por los objetos de valor y aconsejar que el familiar se haga cargo de dichos objetos. Informarle de que el hospital pone a su disposición una caja de seguridad donde puede depositar sus objetos de valor (consultar el POE "Plan de custodia de prótesis y objetos de valor").

10. Verificar que la documentación que aporta corresponde al paciente.

El cirujano torácico dará la bienvenida al paciente y efectuará una puesta al día resumida de la situación clínica del mismo, haciendo constar si ha habido cambios clínicos respecto a los expresados en el último informe. Así mismo, tras efectuar las acciones clínicas oportunas, cumplimentará la hoja de seguridad clínica (Listado de comprobación de ingreso preoperatorio) y revisará el Registro de Voluntades y Preferencias del Paciente, y procederá a registrar los datos oportunos en la Historia Clínica. El cirujano realizará la conciliación de la medicación y dejará constancia en la Historia Clínica. Si la intervención programada requiere alguna consideración logística, instrumental o material quirúrgico especiales, deberá realizar las gestiones oportunas para que se cumplan los requerimientos.

## *QUIRÓFANO*

El cirujano responsable o el facultativo en el que delegue deberá estar presente en el quirófano antes de la inducción anestésica y siempre antes de las 8:15 horas. Comprobará la identidad del paciente y su concordancia con la historia clínica y la iconografía, así como la correcta lateralidad de la lesión a tratar. Comprobará la disponibilidad y estado de funcionamiento y sello de revisión dentro de la fecha de los aparatos, el instrumental y los fungibles precisos para la intervención, así como el correcto posicionamiento del paciente. Tomará todas las medidas de seguridad dictadas por la *lex artis* durante la intervención. Tras finalizar la intervención, cumplimentará el parte quirúrgico (que incluye el listado de comprobación de seguridad del paciente), la solicitud de examen anatomopatológico (si procede) y las órdenes postoperatorias. Acompañará al paciente a la sala de Reanimación o de UCI e informará a los familiares.

## *HOSPITALIZACIÓN POSTOPERATORIA Y ALTA*

Todos los días laborables, todos los residentes y el director de la Unidad pasarán una primera visita clínica a todos los pacientes ingresados a las 7:45 horas, con el fin de poder contar con la situación clínica más actualizada para su presentación en la sesión clínica diaria matinal de la Unidad. Posteriormente a la sesión clínica y a la reunión del personal de la Unidad, el cirujano y la enfermera responsables visitarán diariamente (incluidos festivos por parte del cirujano de guardia) al paciente, iniciando la ronda entre las 10 y 10:30 (hora en la que ya suele contarse con las radiografías y los resultados de laboratorio), vigilarán su curso clínico y atenderán lo más tempranamente posible las eventuales complicaciones. Así mismo, el cirujano torácico de guardia atenderá al paciente en cualquier momento que su estado clínico lo requiera y dejará constancia en la historia clínica digital de sus deliberaciones y actuaciones. Seguirá los protocolos y vías clínicas activas en la UCTyTxP y cumplimentará los impresos correspondientes. En la sesión clínica matinal de la UCTyTxP discutirá su evolución diariamente. Cuando el paciente no precise hospitalización, le dará de alta, emitiendo un informe clínico provisional (si está pendiente de información complementaria) o definitivo, conciliará la medicación, asegurará la continuidad de la atención, prescribirá la medicación en receta electrónica, cumplimentará el impreso de alta para Admisión y entregará la tarjeta de Consulta Telefónica al paciente. La enfermera responsable emitirá el informe de continuidad de cuidados.

---

## *CONTINUIDAD ASISTENCIAL*

Una vez dado de alta el paciente, el cirujano responsable diseñará, siguiendo el protocolo concreto, la trayectoria de continuidad de la atención al paciente.

## *HITOS CLAVE Y MAPA DE RIESGOS DE PROCESOS GENERALES Y MAPA DE RIESGOS DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS*

---

La UCTyTxP ha definido 4 hitos de suma importancia para que el proceso asistencial en la unidad sea seguro:

**Hito 1: Diagnóstico principal inequívoco**

**Hito 2: Tratamiento principal indicado**

**Hito 3: Paciente preparado para quirófano**

**Hito 4: Tratamiento conciliado y plan de continuidad**

## Hito 1

Es esencial que el diagnóstico principal que marca el proceso asistencia sea claro e inequívoco. El diagnóstico se incluirá en todos los documentos de la historia clínica digital en el epígrafe correspondiente, así como en las hojas de interconsultas, sean electrónicas o en papel y en el informe clínico. Siempre que el código CIE 10 del diagnóstico se ajuste a la nomenclatura general utilizada en la cirugía torácica actual será el elegido.

## Hito 2

El tratamiento principal indicado es otro hito clave en el proceso, ya que marca la actuación que se le va a realizar al paciente. Debe ser claro e inequívoco. Siempre que el código CIE 10 de tratamiento se ajuste a la nomenclatura general utilizada en la cirugía torácica actual será el elegido. Se incluirá en la HCD, en el parte quirúrgico y en el informe clínico, en los epígrafes correspondientes, añadiéndole la lateralidad del procedimiento si aplica.

## Hito 3

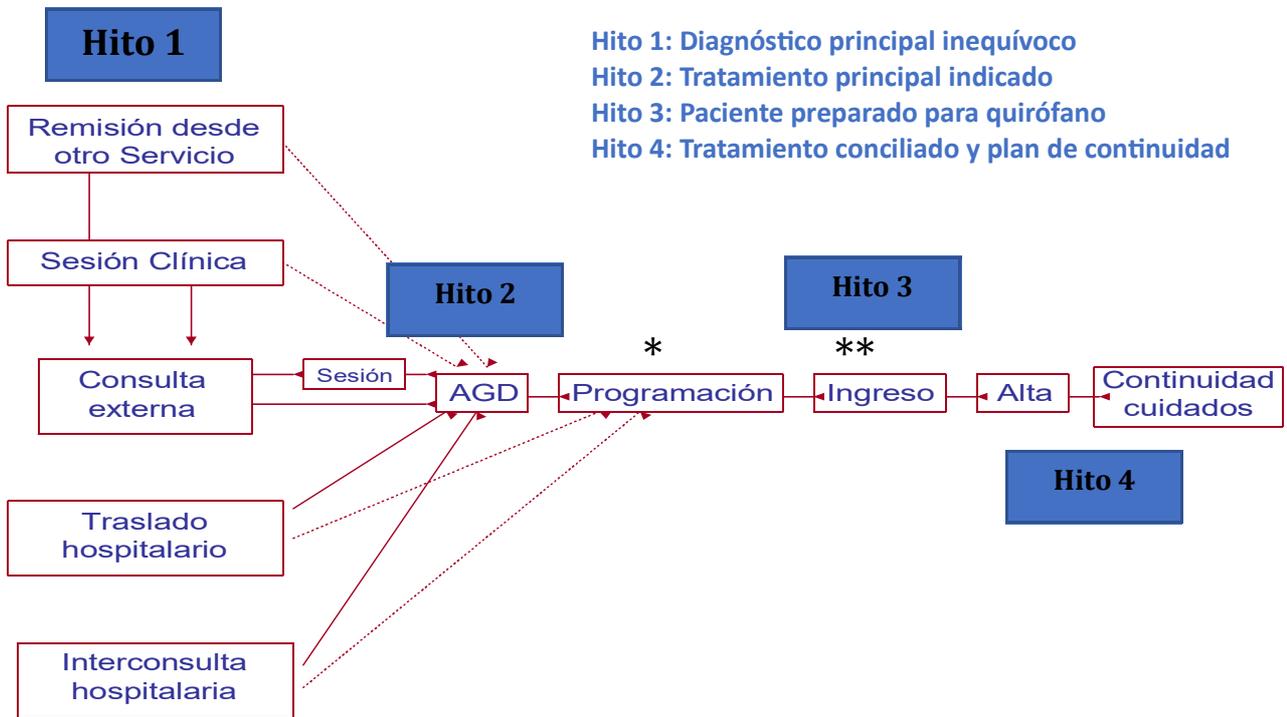
Antes de trasladar al paciente a quirófano, tanto el cirujano como la enfermera referente comprobarán todos los ítems de seguridad y la necesidad o no de remitir a quirófano un dispositivo electrónico de recolección pleural (Medela®). La enfermera referente registrará la preparación correcta en la estación de cuidados.

## Hito 4

Al alta hospitalaria se especificará el tratamiento en el informe, una vez conciliado, así como el plan de cuidados y de seguimiento clínico (concretando dispositivo asistencial y, si es en nuestra consulta externa, la fecha de esta o la indicación de que irá reflejada en el informe efinitivo (en el caso de que se esté a la espera del diagnóstico anatomopatológico).

El mapa de riesgos de procesos generales de la UGC, que deriva de lo expuesto con anterioridad a ese epígrafe, es el siguiente:

## ESQUEMA DE LA TRAYECTORIA DEL PACIENTE EN LA UCTYTXP

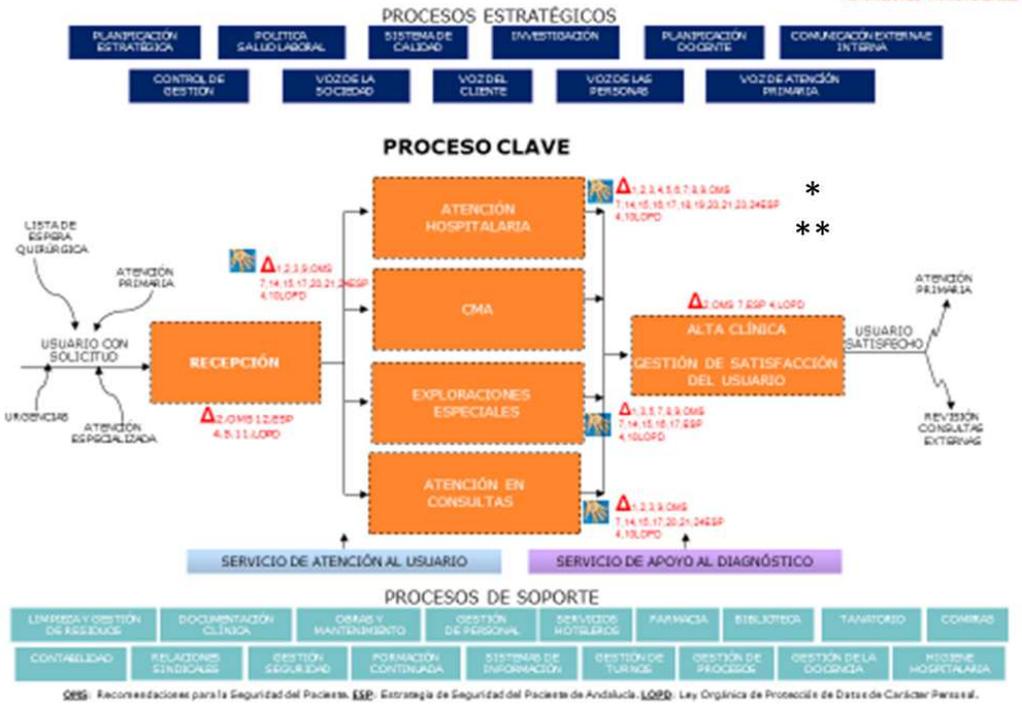


\*Solicitud de AG-SARS-COV-2 en las 24 h previas a la intervención

\*\*Comprobar AG-SARS-COV-2 negativo antes del ingreso

# MAPA DE RIESGOS GENERAL EN CIRUGÍA TORÁCICA

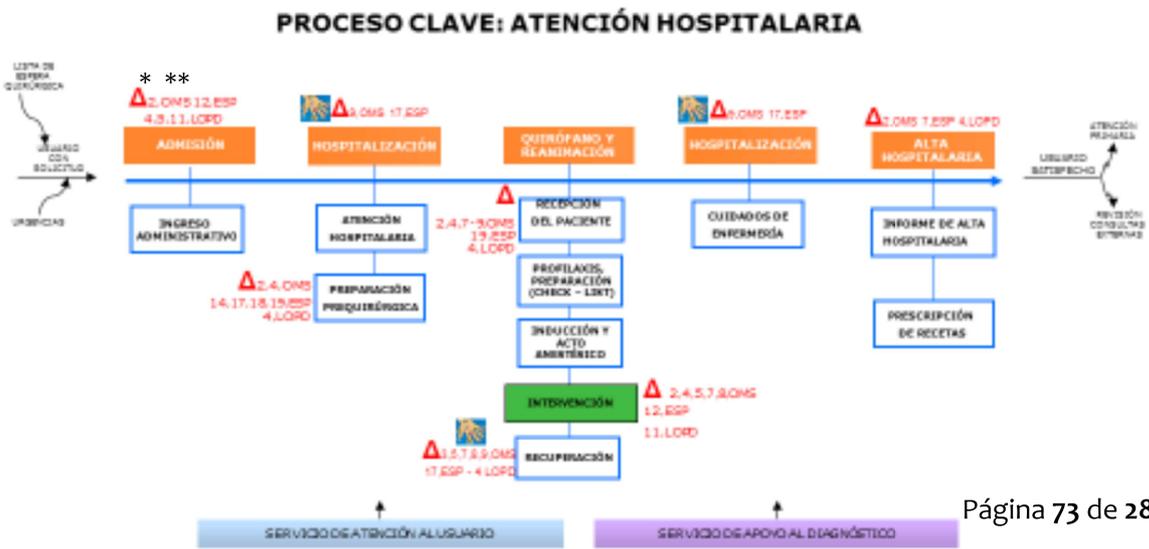
## MAPA DE RIESGOS DE CIRUGÍA DEL TÓRAX



\*Solicitud de AG-SARS-COV-2 en las 24 h previas a la intervención  
 \*\*Comprobar AG-SARS-COV-2 negativo antes del ingreso

## MAPA DE RIESGOS DE CIRUGÍA DEL TÓRAX

**▲ PUNTOS CRÍTICOS DE RIESGO (Ley 17/2014)**



\*Solicitud de AG-SARS-COV-2 en las 24 h previas a la intervención  
 \*\*Comprobar AG-SARS-COV-2 negativo antes del ingreso



**OHS "NUEVE SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"**  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2002/rcpr09/index.html>

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traslado de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las aducciones con conductos de electrolitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar las errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez las dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

**LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

[http://www.boe.es/boes/comunes/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1999-23750](http://www.boe.es/boes/comunes/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1999-23750)

Artículos a aplicar:

4. Calidad de los datos.
5. Derecho de información en la recogida de datos.
7. Datos especialmente protegidos.
8. Datos relativos a la salud.
9. Seguridad de los datos.
10. Deber de secreto.
11. Comunicación de datos.

envío

**ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

<http://observapac.acas.junta-andalucia.es/borncas/observatorioseguridadpaciente/>

**PROCESOS ESTRATÉGICOS**

**Sentido de la calidad asistencial**

1. Impulsar una adecuada organización asistencial desde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes (Pág. 23).
1. Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión (Pág. 24).
2. Gestión de los riesgos de centralidad, horizontal y flujos (Pág. 23).
3. Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía (Pág. 23).

**Formación**

5. Plan de formación (Pág. 24).

**Investigación**

6. Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente (Pág. 27).

**PROCESOS DE SOPORTE**

**Implicación del paciente y persona cuidadora**

7. Fomentar la implicación del paciente y persona cuidadora (Pág. 30).
8. Integrar la información sobre seguridad que fluye en los distintos sistemas de información existentes con el propósito de crear, analizar y prevenir los EA (Pág. 32)

**Notificación**

9. Describir y mantener un sistema de notificación. (Pág. 34)

**Observatorio de seguridad del paciente**

10. Disponer de un Observatorio de Seguridad. (Pág. 35)

antitrombotic

22 Drenaje pleural obstruido

23 Administración incorrecta de medicamento

**PROCESOS OPERATIVOS**

**Contacto con el sistema**

11. Diseñar barreras arquitectónicas y señalizar adecuadamente los centros (Pág. 36).
12. Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SDA (Pág. 36).
13. Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática (Pág. 39).

**Valoración del paciente y persona cuidadora**

14. En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente (Pág. 40).
15. Valoración de la persona cuidadora (Pág. 40).

**Asistencia**

16. Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos (Pág. 42).
17. Prevenir la infección nosocomial (Pág. 43).
18. Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados (Pág. 47).
19. Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas (Pág. 49).
20. Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas (Pág. 51).
21. Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito (Pág. 51).
22. Fomentar entornos seguros en los inmovilizados mecánicamente y firmes coligados (Pág. 51).
23. Monitorización de las estimaciones no placéatas. (Pág. 52)

**Alta/continuidad asistencial**

24. Asegurar la continuidad asistencial. (Pág. 53)

al

hospitalaria

idea

hospitalarias

48 Sepsis

49 Tromboembolismo pulmonar

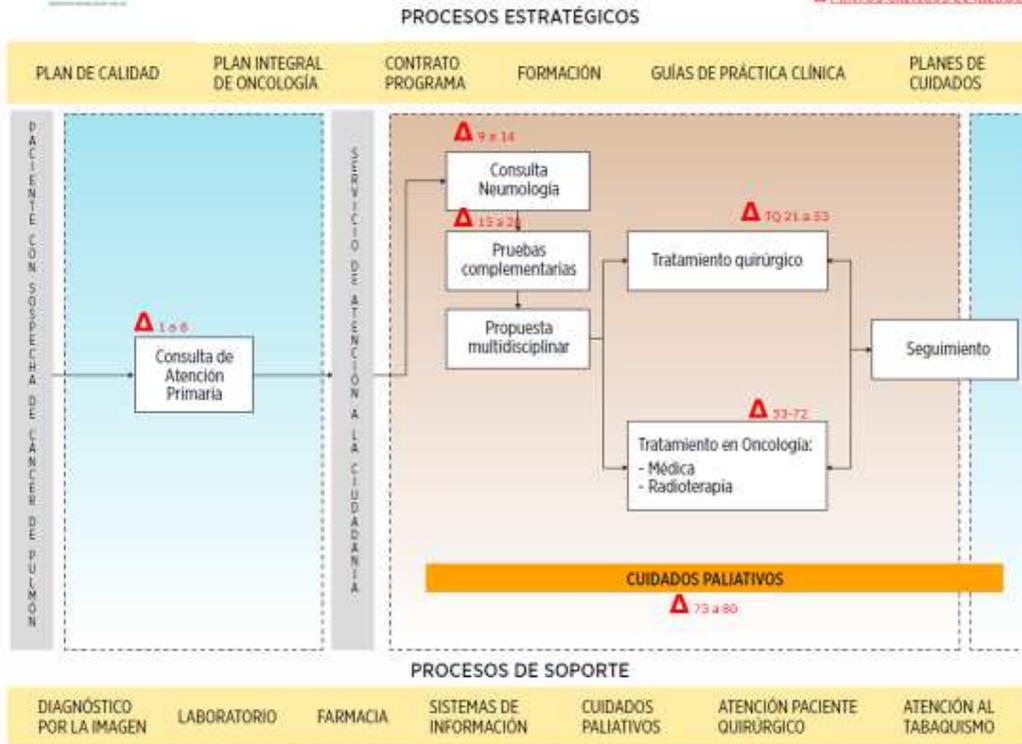
50 Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva

51 COVID-19

# MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO CÁNCER DE PULMÓN

## MAPA DE RIESGO DEL PROCESO CA DE PULMÓN

▲ PUNTOS CRÍTICOS DE RIESGO (PCI) (1-80)



## RELACION DE EVENTOS

### EVENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

1. Falta la historia clínica. Historia equivocada
2. No llegan los resultados de los pruebas. No tener preparados las pruebas a recoger
3. Error en la identificación del paciente
4. Pocas citas por médico/año, se olvidan protocolos derivación
5. Falta experiencia interpretación Rx tórax
6. Rx tórax no informada por Radiodiagnóstico
7. Síntomas enmascarados
8. Retrasos derivación a Atención Especializada

### EVENTOS EN NEUMOLOGÍA (NEUMO)

9. Retrasos derivación desde AP
10. Error identificación paciente/muestras
11. Mala tolerancia pruebas/pobre rendimiento diagnóstico
12. Falta personal entrenado pruebas complejas
13. Demora obtención diagnóstico cito-histológico
14. Presión asistencial, pocas sesiones para cubrir demanda

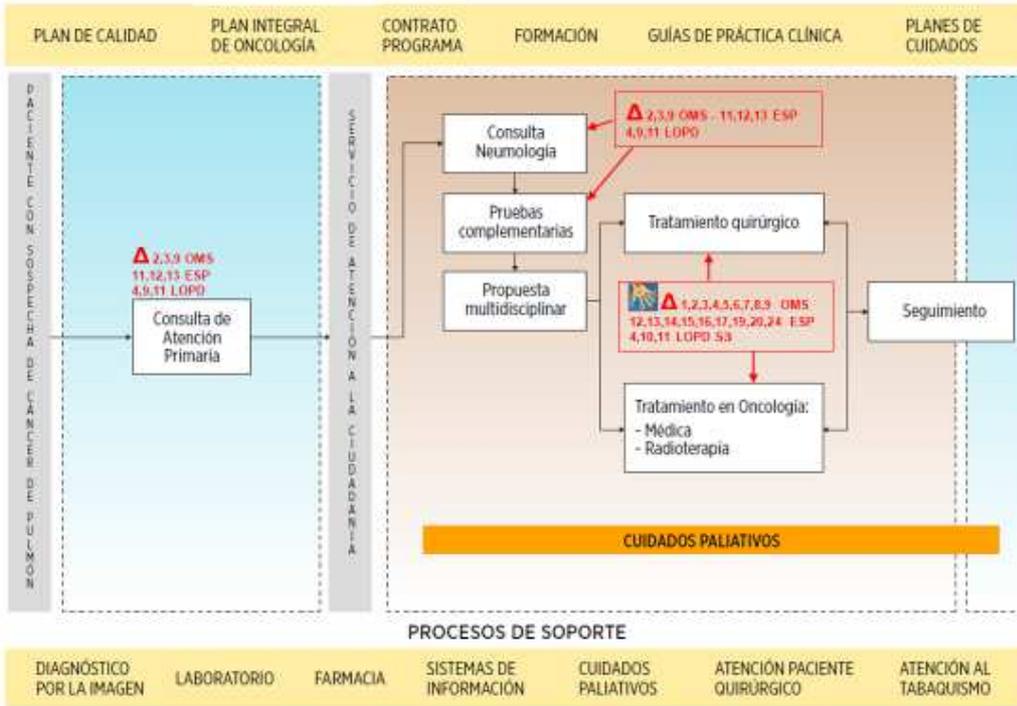
### EVENTOS EN RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA (RD)

15. Reacción adversa a medios de contrastes yodados
16. Error en la identificación del paciente
17. Sangrado/hemoptias
18. Neumotórax
19. Presión asistencial, pocas sesiones para cubrir demanda
20. Demoras realización de pruebas diagnósticas

### EVENTOS EN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (TQ)

21. Administración incorrecta del medicamento
22. Caídas en cuarto de baño
23. Complicación del paciente de tipo respiratorio
24. Hipoxemia en la espera de consulta externa
25. Hospitalización prolongada por fuga de aire
26. Tratamiento quirúrgico incorrecto
27. Infecciones postoperatorias del fecho quirúrgico
28. Problema en la analgesia
29. Descompensación de enfermedades crónicas
30. Informe de continuidad de cuidado a otro paciente que no corresponde
31. No detección de desaturación del enfermo
32. Falta de resolución en consulta de acto único
33. Desprogramación
34. Enfisema y neumotórax
35. Parálisis cático popliteo externo y otras parálisis
36. Expectativas del paciente y/o familiares no cumplidas
37. Recepción de pruebas de otro paciente
38. Deterioro clínico grave o complicaciones agudas postoperatorias
39. Hemorragia/hemotórax
40. Cirugía incorrecta
41. Confusiones en diagnósticos y/ tratamientos
42. Fallo multiorgánico o muerte postoperatoria
43. Intervención en lado equivocado
44. Demora en la intervención
45. Error de vía de administración
46. Falta de re-expansión pulmonar
47. Sepsis
48. Tromboembolismo pulmonar
49. Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva
50. Fallo de continuidad de cuidados
51. Lavado de manos incorrecto
52. No diagnóstico de lesiones asociadas en traumatismos
53. COVID-19 no detectado

**PROCESOS ESTRATÉGICOS**



**OMS "NUEVE SOLUCIONES AL PACIENTE"**  
<http://www.who.int/medicines/news/wisases/2007/pr22/wu/index.html>

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traslado de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

**ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

<http://observpac.acas.junta-andalucia.es/agencia/calidadcostana/observatorioseguridadpaciente/>

**PROCESOS ESTRATÉGICOS**

**Gestión de la calidad asistencial**

1. Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes (Pág. 23).
1. Incorporar los objetivos de seguridad propuestas por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión (Pág. 24).
2. Gestión de los riesgos descentralizada, horizontal y flexible (Pág. 25).
3. Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía (Pág. 25).

**Formación**

5. Plan de formación (Pág. 26).

**Investigación**

6. Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente (Pág. 27).

**PROCESOS DE SOPORTE**

**Implicación del paciente y persona cuidadora**

7. Fomentar la implicación del paciente y persona cuidadora (Pág. 30).

**Sistemas de información**

8. Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EA (Pág. 32)

**Notificación**

9. Desarrollar y mantener un sistema de notificación. (Pág. 34)

**Observatorio de seguridad del paciente**

10. Disponer de un Observatorio de Seguridad. (Pág. 35)

**LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

[http://www.lise.es/webse/consulta/bases\\_datos/doc.php?ste=ROE-A-1999-23750](http://www.lise.es/webse/consulta/bases_datos/doc.php?ste=ROE-A-1999-23750)

**Artículos a aplicar:**

4. Calidad de los datos.
5. Derecho de información en la recogida de datos.
7. Datos especialmente protegidos.
8. Datos relativos a la salud.
9. Seguridad de los datos.
10. Deber de secreto.
11. Comunicación de datos.

**PROCESOS OPERATIVOS**

**Contacto con el sistema**

11. Disminuir barreras arquitectónicas y señalizar adecuadamente los centros (Pág. 38).
12. Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA (Pág. 38).
13. Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática (Pág. 39).

**Valoración del paciente y persona cuidadora**

14. En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente (Pág. 40).
15. Valoración de la persona cuidadora (Pág. 40).

**Asistencia**

16. Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos (Pág. 42).
17. Prevenir la infección nosocomial (Pág. 43).
18. Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados (Pág. 47).
19. Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas (Pág. 49).
20. Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas (Pág. 51).
21. Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito (Pág. 51).
22. Fomentar entornos seguros en las inmobilizaciones mecánicas y farmacológicas (Pág. 51).
23. Monitorización de las extracciones no planeadas. (Pág. 52)

**Alta/ Continuidad asistencial**

24. Asegurar la continuidad asistencial. (Pág. 53)

# MAPA DE RIESGO DEL PAI TRASPLANTE PULMONAR



**PLAN DE SEGURIDAD DEL PAI DE TRASPLANTE DE PULMÓN**

ACTUACIONES TRANSVERSALES

**OMS "NUEVE SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"**  
<http://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/nine-solutions-for-patient-safety>

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombres parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traslado de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de cables y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

**LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**  
[http://www.la2.es/areas/cana/cna/bojoe/bojoe\\_datos/doc.php?st=BOE-A-1999-23750](http://www.la2.es/areas/cana/cna/bojoe/bojoe_datos/doc.php?st=BOE-A-1999-23750)

- Artículos a aplicar:
4. Calidad de los datos.
  5. Derecho de información en la recogida de datos.
  7. Datos especialmente protegidos.
  8. Datos relativos a la salud.
  9. Seguridad de los datos.
  10. Deber de secreto.
  11. Comunicación de datos.

**ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
<http://obissegpac.acss.junta-andalucia.es/agencia-de-calidad-sanitaria/observatorio-de-seguridad-del-paciente/>

**PROCESOS ESTRATÉGICOS**

- Gestión de la calidad asistencial**
1. Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes (Pág. 23).
  1. Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión (Pág. 24).
  2. Gestión de los riesgos descentralizada, horizontal y flexible (Pág. 25).
  3. Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía (Pág. 25).

**Formación**

5. Plan de formación (Pág. 26).

**Investigación**

6. Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente (Pág. 27).

**PROCESOS DE SOPORTE**

- Implicación del paciente y persona cuidadora**
7. Fomentar la implicación del paciente y persona cuidadora (Pág. 30).
- Sistemas de información**
8. Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EA (Pág. 32)
- Notificación**
9. Desarrollar y mantener un sistema de notificación (Pág. 34)
- Observatorio de seguridad del paciente**
10. Disponer de un Observatorio de Seguridad (Pág. 35)

**PROCESOS OPERATIVOS**

**Contacto con el sistema**

11. Diminuir barreras arquitectónicas y señalar adecuadamente los centros (Pág. 38).
12. Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA (Pág. 38).
13. Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática (Pág. 39).

**Valoración del paciente y persona cuidadora**

14. En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente (Pág. 40).
15. Valoración de la persona cuidadora (Pág. 40).

**Asistencia**

16. Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos (Pág. 42).
17. Prevenir la infección nosocomial (Pág. 43).
18. Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados (Pág. 47).
19. Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas (Pág. 49).
20. Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas (Pág. 51).
21. Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito (Pág. 51).
22. Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas (Pág. 51).
23. Monitorización de las extubaciones no planeadas (Pág. 52).

**Alta/ Continuidad asistencial**

24. Asegurar la continuidad asistencial (Pág. 53)

## MARCO REFERENCIAL Y PUNTOS CRÍTICOS

Aunque, como se expresa en la Estrategia para la Seguridad del Paciente de nuestra organización, “existen limitaciones importantes para conocer la situación de partida en que se encuentra un sistema sanitario concreto en relación con la seguridad clínica. Éstas son debidas fundamentalmente a la escasa integración de los actuales sistemas de información, al hecho de no disponer de una terminología común que permita la identificación y medida de EA y a la escasa implantación de sistemas de notificación. Todos estos aspectos se traducen en un desarrollo desigual de elementos vinculados a una cultura de seguridad entre profesionales y ciudadanía”.

En nuestra unidad hemos decidido que la seguridad del paciente sea nuestra meta fundamental y hemos emprendido las acciones que estimamos más oportunas para conseguir el nivel de seguridad óptimo para nuestros pacientes.

Los diferentes estudios epidemiológicos publicados desde los 90 sobre la frecuencia de los efectos adversos (EA), muestran que, a nivel internacional, entre el 4 y 17% de los pacientes ingresados sufren EA como consecuencia de la atención sanitaria, de los que alrededor del 50% serían prevenibles utilizando prácticas seguras de efectividad demostrada. A nivel de la Unión Europea, la frecuencia de EA en los pacientes ingresados se encuentra entre el 8 y el 12%. En atención primaria la frecuencia de los EA está próxima a un 2% de los que alrededor del 70% serían prevenibles.

En España se han realizado varios estudios para conocer la frecuencia de los EA en distintos niveles asistenciales:

	ENEAS 2006	APEAS 2008	SYREC 2009	EARCAS 2011	EVADUR 2009
Tipo de estudio	Cohortes históricas	Prevalencia	Prospectivo (Notificación)	Cualitativo	Prospectivo
Ámbito	Hospitales: 22 (5.624 pacientes)	CAP: 48 (96.047 visitas)	UCI: 79 (1017 pacientes)	HMLE (124) RES (5091)	Urgencias 21 SEU (3.898)
EA	9,3% (IC: 8,6-10,1)	11,18‰ (IC:10,5-11,8)	40% riesgo EA	No determinable	7,2%
Prevenibles	50%	70%	70%		70%
Tipo	Medicamento IRAS Procedimiento	Medicamento Procedimiento IRAS	Medicamento Equipos Cuidados IRAS	Cuidados Medicamento IRAS Valoración	Atención Medicamento Retraso diagnóstico. Comunicación

- Estudio ENEAS: Estudio de cohortes para determinar la incidencia de EA en los hospitales españoles y describir las causas inmediatas de los mismos. Incluyó una muestra representativa de 5.624 pacientes de 24 hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS). La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3%. El 37,4% de los EA estaban relacionados con la medicación, el 25,3% con las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) y 25,0% con los procedimientos. El 42,8% de los EA se consideró evitable, en función de unos criterios explícitos prefijados.

- Estudio APEAS: Estudio observacional transversal realizado en 48 centros de atención primaria del SNS, donde se evaluaron 96.047 visitas. La prevalencia de pacientes con algún EA fue 1,1% (IC 95%: 1,0 a 1,2%), de los cuales el 70% podrían considerarse evitables. El 55,5% de los EA estuvieron relacionados con los medicamentos prescritos; el 17% con empeoramiento de la enfermedad de base, el 8% con procedimientos, el 7,4% con las IRAS y el resto con otros.
- Estudio SYREC: Estudio de cohortes prospectivo realizado en 79 UCI españolas, en base a la notificación de incidentes por los propios profesionales. El riesgo de sufrir un incidente sin daño, por el hecho de ingresar en la UCI, expresado en mediana, fue del 73% y del 40% para el EA. Los EA que aparecieron con más frecuencia fueron los relacionados con los cuidados y las IRAS. El 90% de todos los incidentes sin daño y el 0% de los EA fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables.
- Estudio EARCAS: Estudio cualitativo en el que se preguntó a una muestra de profesionales de 124 hospitales de media y larga estancia y 5.091 residencias socio- sanitarias, sobre el tipo y frecuencia de incidentes y EA relacionados con la atención sanitaria. Se identificaron como incidentes más comunes, los relacionados con los cuidados, los medicamentos, la RAS y la valoración del paciente. Se consideraron como medidas prioritarias mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, el uso de medicamentos, los cuidados individualizados, el trabajo en equipo y la comunicación.
- Estudio EVADUR: Estudio longitudinal realizado en 21 Servicios de urgencias, donde se siguió la asistencia sanitaria a una muestra de 3.854 pacientes. El 12% presentaron al menos 1 incidente, de los que el 7,2% fueron incidentes con daño. Se consideró evitable un 70% de los EA y evidencia de fallo de actuación en el 54,6% de EA. Los factores asociados con los incidentes estaban relacionados con errores de medicación, el retraso diagnóstico y fallos de comunicación.

**Los costes de la no seguridad**, relacionados con la medicación, la infección nosocomial y los procedimientos quirúrgicos en pacientes ingresados **durante el año 2011** han supuesto **2.474 millones de euros para el SNS español**.

Diversas organizaciones sanitarias vienen desarrollando estrategias y recomendaciones para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica. De especial relevancia son los programas desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como las recomendaciones del Consejo de Europa y del Consejo de la Unión Europea (CoUE).

El Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, ha actualizado la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud para un nuevo quinquenio 2015-2020, con el fin de tener un instrumento que de una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la Seguridad del Paciente en el SNS.

En estas estrategias hemos basado y actualizado nuestro Plan Integral de Seguridad del Paciente en la UCTyTxP.

---

## PLAN INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UCTYTXP

---

Nuestra unidad en 2010 decidió el abordaje de un plan integral de seguridad del paciente para todos los procesos de atención que se llevan a cabo en la unidad: consultas externas, hospitalización, quirófano y urgencias. Este Plan de Seguridad (PS) se ha implantado, analizado y reconfigurado de forma continua.

A grandes rasgos, el PS se puede esquematizar en dos grandes columnas vertebrales:

Análisis proactivo del riesgo: Análisis Modal de fallos y Efectos (AMFE)

Análisis reactivo del riesgo: Análisis Causa Raíz (ACR)

La metodología empleada en siguiente epígrafe.

---

## METODOLOGÍA

---

El Servicio de Calidad y Documentación Clínica asumió la coordinación efectiva, el soporte metodológico y la logística del trabajo.

Constitución de un GRUPO DE TRABAJO compuesto por profesionales de la Unidad de Cirugía Torácica (cirujanos, enfermeras y fisioterapeutas) y miembros del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Revisión bibliográfica.

MAPA DE RIESGOS Y CATALOGO DE EFECTOS ADVERSOS, FALLOS Y CAUSAS. Elaboración por los componentes del grupo de trabajo, como expertos, mediante la técnica de generación de ideas (“brainstorming”).

PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS y obtención del Índice de Prioridad de riesgos, empleando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS DE LOS PAI Cáncer de Pulmón y Trasplante Pulmonar.

ANÁLISIS DEL REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS DE LA UNIDAD.

ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS.

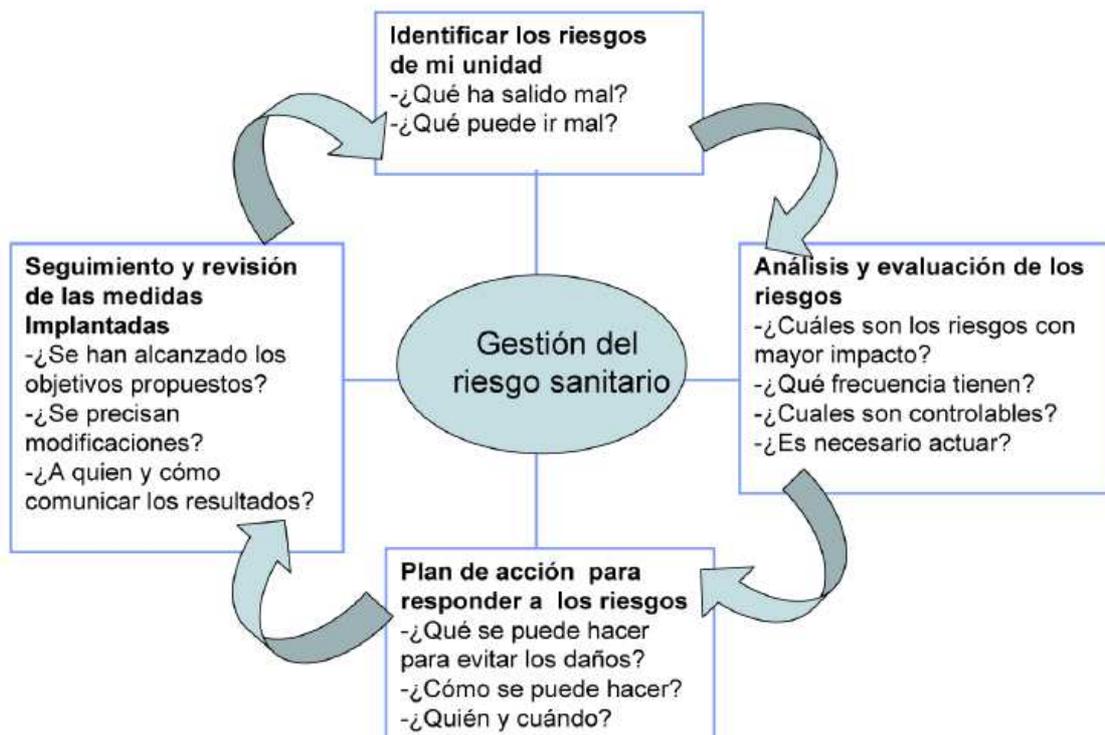
PLAN DE PREVENCIÓN a partir de los fallos y causas de los EAs del catálogo y de los registrados.

APLICACIÓN EFECTIVA DEL PLAN DE SEGURIDAD: distribución de tareas.

Registro de los efectos adversos que se produzcan.

SISTEMA DE MEJORA CONTINUADA: Registro, análisis causa-raíz y adopción de medidas correctoras de los efectos adversos que se produzcan.

Adopción de Estrategias, Líneas y Objetivos para la seguridad del Paciente del la UCTyTxP.



Yolanda Agra. ¿Qué es Gestión de Riesgos y cómo organizarla en la unidad? Máster Gestión Clínica. Universidad de Murcia, 2014

---

## CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

---

La metodología de trabajo empleada para el análisis proactivo del riesgo ha sido cualitativa, basada en un panel de expertos seleccionados por los directores de las UGC de Calidad y Cirugía torácica. No se ha tratado de cuantificar los episodios adversos, sino de identificar los diferentes tipos de estos; por lo tanto, el fin ha sido mejorar el programa de seguridad previamente aplicado en nuestra Unidad.

Posteriormente se ha reconfigurado utilizando una metodología cuantitativa similar a la utilizada por el estudio ENEAS.

Una de las limitaciones del método inicialmente empleado para alcanzar estas recomendaciones fue que la relación de efectos adversos obtenida no era exhaustiva. En la práctica han aparecido otros que el grupo de profesionales no pudo identificar durante la realización inicial del trabajo.

En paralelo al inicio del análisis del análisis proactivo del riesgo, se puso en marcha el análisis reactivo del riesgo, con la creación de un sistema de notificación de incidentes y cuasi incidentes, su análisis causa-raíz, la toma de medidas y su evaluación.

La documentación de trabajo inicial empleada se recoge en el Anexo 3, con sus subanexos correspondientes.

---

## RESULTADOS

---

Los efectos adversos identificados inicialmente, sus fallos y causas, así como el Plan de seguridad del paciente obtenido del análisis de estos es el que se recoge en la tabla siguiente.

## Plan de seguridad de la UGC de Cirugía Torácica

N	Efecto adverso Daño o lesión física o psíquica	Fallo (el efecto adverso se debe a .....)	Causas (el fallo es causado por .....)	Acciones (E)
1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Falta de entendimiento de la escritura del facultativo por el farmacéutico  No comprobación por la enfermera de la correcta prescripción  Mala administración del medicamento por la enfermera  Mala dispensación	Formalizarse l codificada Escritura con Farmacéutica presencia físic  Comprobación  Comprobación  Comprobación
		Alergia no detectada	Dato mal recogido en la historia	Inclusión de al prescripción No administrar en la hoja de h Preguntar sien administrar
2	Caídas en cuarto de baño	El cuarto no está preparado para asearse los pacientes solos	El cuarto no está lo suficientemente preparado.  Inadecuado diseño ergonómico	Modificación e Colocar asider Suelos adhere Utilizar espray Eliminar escal Elevar wáteres Banco en duch
3	Complicación del paciente de tipo respiratorio	No tener en ocasiones una asistencia inmediata del paciente  No detección de neumonía / atelectasia	Hay muchos intermediarios hasta llegar el paciente al fisioterapeuta / Falta de información preoperatoria del paciente / Tratamiento inadecuado con el inspiron  No seguir la vía clínica (pulsioximetría)	Protocolizar re en consulta te Córdoba pued intervención a  Seguir vía clín Esquematizar Enfermería po visita Que el fisioter semanal desd Entregar en co con informació Tras consultar entregar en pl
4	Hipoxemia en la espera de consulta externa	La bombona de oxígeno no funciona	El paciente no dispone de mochila de repuesto  Se le ha acabado la bombona	Disponer de u  Disponer de lu

N	Efecto adverso Daño o lesión física o psíquica	Fallo (el efecto adverso se debe a .....)	Causas (el fallo es causado por .....)	Acciones (E)
				su ubicación
5	Hospitalización prolongada por fuga de aire	Fallo en la sutura mecánica	Material caducado Mala utilización del material	Comprobar fecha Utilizar correctamente
		Mala técnica	Formación inadecuada	Sesiones formativas Comprobación de protocolo Utilización de domicilio
6	Tratamiento quirúrgico incorrecto	Iconografía antigua o mal actualizada	No seguir un protocolo Tardanza en la realización de la prueba	Cumplimentar Seguir estrictamente
		Fallo de identidad iconografía y paciente	No seguir el checklist	Evaluar cumplimiento informar
7	Infecciones postoperatorias del lecho quirúrgico	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	No se siguen las normas de esterilidad en el quirófano Falta de aislamiento físico del quirófano Mala manipulación del material quirúrgico Accesos de personas no controlados	Realizar normas Adecuar los cambios No ser permisivos Sesiones formativas Aplicación de Restricción de No ser permisivos
		Falta de profilaxis antibiótica	No se sigue checklist	No ser rutinarios Evaluar cumplimiento informar
		Lavado de manos y puesta de guantes incorrectos	No hay formación continuada en este aspecto	Formación Exigencia de limpieza salir de cada hora ordenador y teléfono Carteles de avisos
		Cuerpo extraño	Idem	Seguir checklist No ser rutinarios
		No quitarse los guantes tras su uso		Formación
		Falta de preparación preoperatoria del paciente	Descoordinación entre el equipo	Seguir checklist No ser rutinarios
8	Problema en la analgesia	Salida del catéter epidural	Mala sujeción Falta de revisión	Informar al paciente Comprobación Estandarizar la
9	Descompensación de enfermedades crónicas	Desconocimiento de estas (gravedad) y/o fase evolutiva	Mala valoración de la preanestesia	Leer atentamente Anotar en los elementos a tener Incluir en checklist

N	Efecto adverso Daño o lesión física o psíquica	Fallo (el efecto adverso se debe a .....)	Causas (el fallo es causado por .....)	Acciones (E)
				de pre-anestesia Dejar siempre historia clínica
			No preguntar al paciente la medicación actual	Preguntar al paciente la medicación y Introducir hoja de medicación Disponer de antecedentes de hospitalización
			No disponer/usar de scores de valoración de riesgos	Adoptar o crear un sistema de valoración de riesgos Garantizar el cumplimiento de la Medicina Interna en pacientes pluripatológicos
10	Informe de continuidad de cuidado a otro paciente que no corresponde	La enfermera atiende a varias cosas a la vez	Los ordenadores están en un sitio no adecuado	Poner los ordenadores en un sitio adecuado (no concurrido) Valorar nuestra organización y no debo ser más que una necesidad
11	No detección de desaturación del enfermo	No hay pulsioxímetros suficientes		Solicitar compra de pulsioxímetros a la planta
12	Infecciones respiratorias (tos, febrícula) en pacientes trasplantados	No usar mascarillas de aislamiento	Entrar en los sitios públicos sin usar mascarillas	Dar formación al personal para la utilización de mascarillas en lugares mal ventilados
13	Falta de resolución en consulta de acto único	Falta historia clínica completa para tomar decisiones	La historia no es remitida en tiempo y forma.	Hacer la previsión de los recursos implicados con anterioridad Protocolizar con el personal de enfermería en agendas para la atención de urgencias
14	Desprogramación	Tratamiento anticoagulante concomitante	No seguir checklist	Evaluar cumplimiento de checklist
14	Desprogramación	Trasplante la noche anterior	Inexistencia de anestesista y enfermería	Consensuar con el personal de enfermería las soluciones alternativas
14	Desprogramación	Falta de preanestesia	No seguir checklist	
14	Desprogramación	Prolongación de la primera intervención	Mala programación/Inicio tardío de la cirugía	Programar correctamente la cirugía Eliminar tiempos muertos Presencia de personal de enfermería en sala de programación
15	Enfisema y neumotórax	Desconexión/Obstrucción de los sistemas de drenaje	Falta de conocimiento / vigilancia del personal que los manipula	Formación del personal Establecer procedimientos de actuación Protocolizar con el personal de enfermería
16	Parálisis ciático poplíteo externo y otras paresias	Compresión nerviosa	Mala posición en rotación externa de la cadera en el quirófano / Falta de preparación en la manipulación del enfermo por el personal	Introducir en el quirófano la posición de maniobra Formación del personal de enfermería quirúrgica Evitar apoyo sobre el paciente

N	Efecto adverso Daño o lesión física o psíquica	Fallo (el efecto adverso se debe a .....)	Causas (el fallo es causado por .....)	Acciones (E)
17	Expectativas del paciente y/o familiares no cumplidas	Fallo de comunicación	Mala comunicación interniveles / Mala comunicación con pacientes y/o familia / Mal uso del documento de información-CI	Establecer sis sesiones Introducción d No ser rutinari
18	Recepción de pruebas de otro paciente	No comprobar el nombre del paciente con la historia		Comprobar sis paciente No ser rutinari
19	Deterioro clínico grave o complicaciones agudas postoperatorias	No ingreso programado en UCI	Falta de camas	Mejorar la info Prever la neces
20	Hemorragia/hemotórax	Hemostasia incorrecta/insuficiente	Error en la técnica	Formación Asegurar hem
21	Cirugía incorrecta	Falta de material quirúrgico adecuado a la intervención	Falta de organización y de preparación del material que se requiere, previa a la realización de la cirugía	Mejorar la info Elaborar una g
		Falta de pruebas complementarias o caducidades de las mismas	No revisión correcta de la historia clínica / No se sigue el checklist	Seguir el chec No ser rutinari
22	Confusiones en diagnósticos y/o tratamientos	Nominar los procedimientos incorrectamente (lexicología)	Desconocimiento de la enfermedad/síndrome / No usar los códigos CIE	Usar la nomen Codificar Difusión Introducción d ordenadores c
23	Fallo multiorgánico o muerte postransfusional	Error de identificación de la sangre	Prescribir transfusiones en la misma planta y a la misma hora	Cruzar la infor paciente con e difundirlo
24	Intervención en lado equivocado	Fallo de identidad en iconografía	Error humano / No comprobación por el cirujano	Seguir el chec No se rutinari
		Error de preparación de campo quirúrgico	Error humano / Idem	Comprobación de dudas, cruz
		Error en el parte quirúrgico	Error humano / Idem	Comprobación de dudas, cruz
25	Complicaciones quirúrgicas graves postoperatorias	Ausencia de preparación y de tratamiento preoperatorios	Permitir el hábito tabáquico No prescribir broncodilatadores	En pacientes c corrección y m incluyendo ing Incluir en el pl profilácticas
26	Demora en la intervención	No bajar el kit de profilaxis antibiótica con el paciente en el momento de la intervención	No se ha pedido el kit previamente No se baja el kit	Bajar el kit de paciente y con
27	Error de vía de administración	Confusión de preparado	Formatos similares para diferentes vías No comprobación	Asegurar la vía Comprobar tra
		Confusión en la	Idem	Asegurar la vía

N	Efecto adverso Daño o lesión física o psíquica	Fallo (el efecto adverso se debe a .....)	Causas (el fallo es causado por .....)	Acciones (E)
		administración		Comprobar tra Colocar un dis administración Usar sistemas
28	Falta de re-expansión pulmonar	Cámara de recolección pleural sin relleno de niveles	No seguir checklist	Establecer con mismos Protocolizar, p
29	Sepsis	Mala asepsia en canalización y cuidados de vías venosas	Fallo en la formación continuada (anestelistas, cirujanos y enfermería)	Aplicar el prog quirófano Formación del enfermería, ci
30	Tromboembolismo pulmonar	Falta de profilaxis	No seguir checklist	Evaluar cumpl retroinformar
		Movilización tardía	No seguir protocolo	Evaluar adher Sedestación y a las 12 horas hipotensión o Hacer recomen asistencial
		Fallo en la continuidad de la profilaxis	Idem	Comprobar y v cambio las hoj
31	Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva	Falta de monitorización	Falta de cama en UCI Abandono prematuro de la reanimación Ausencia de monitores en planta	Mantener al pa Reanimación Interconsulta a pluripatológico Valoración del implementació
		Ausencia de profilaxis	No seguir checklist	
		Exceso de infusión de fluidos	Mala praxis Ausencia de protocolos	Consensuar o paciente neum
32	Fallo de continuidad de cuidados	Ausencia de recomendaciones en el informe de alta	Ausencia de checklist para el alta	Instaurar chec de cuidados y Cuidados de p enfermera de
33	Deterioro agudo del injerto pulmonar	Traslado inadecuado	Paciente frío No utilizar monitor No usar respirador de transporte	Protocolizar el trasplantados
34	Lavado de manos incorrecto	No lavar las manos No retirar guantes No aplicar antiséptico	No seguir protocolo de lavado	Actualizar form Evaluar adher
35	No diagnóstico de lesiones asociadas en traumatismos	Falta de despistaje de las lesiones	Atención en urgencias incompleta	Seguir las reco Valoración pri Valoración sec Re-interrogaci

N	Efecto adverso Daño o lesión física o psíquica	Fallo (el efecto adverso se debe a .....)	Causas (el fallo es causado por .....)	A (E
				todo paciente

El Índice de Prioridad de Riesgo de cada uno de los eventos adversos y su criticidad se recoge en las tablas que a continuación se muestran

**RESULTADO GLOBAL DEL ANALISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)**

ORDEN	FASE	EFECTO ADVERSO	Debido a	Causado por	Promedio IPR	Promedio Gravedad
6	1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Falta de entendimiento de la escritura del facultativo por el farmacéutico	37,8	6,3
7	1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	No comprobación por la enfermera de la correcta prescripción	78,3	6,0
8	1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Mala administración del medicamento por la enfermera	82,8	6,5
9	1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Mala dispensación	27,8	6,3
10	1	Administración incorrecta del medicamento	Alergia no detectada	Dato mal recogido en la historia	18,7	9,3
11	2	Caídas en cuarto de baño	El cuarto no está preparado para asearse los pacientes solos	El cuarto no está lo suficientemente preparado.	64,3	6,5
12	2	Caídas en cuarto de baño	El cuarto no está preparado para asearse los pacientes solos	Inadecuado diseño ergonómico	64,3	6,5
13	3	Complicación del paciente de tipo respiratorio	No tener en ocasiones un asistencia inmediata del paciente	Hay muchos intermediarios hasta llegar el paciente al fisioterapeuta / Falta de información preoperatoria del paciente / Tratamiento inadecuado con el inspiron	42,5	6,3
14	3	Complicación del paciente de tipo respiratorio	No detección de neumonía / atelectasia	No seguir la vía clínica (pulsioximetría)	79,3	7,3
15	4	Ahogo o disnea en la consulta externa	La bombona de oxígeno no funciona	El paciente no dispone de bombona de repuesto	35,5	7,8
16	4	Ahogo o disnea en la consulta externa	La bombona de oxígeno no funciona	Se le ha acabado la bombona	42,5	7,8
17	5	Hospitalización prolongada por fuga de aire	Fallo en la sutura mecánica	Material caducado	12,7	6,3
18	5	Hospitalización prolongada por fuga de aire	Fallo en la sutura mecánica	Material re-esterilizado	8,0	6,3
19	6	Tratamiento quirúrgico incorrecto	Iconografía antigua o mal actualizada	No seguir un protocolo	33,3	8,0
20	6	Tratamiento quirúrgico incorrecto	Iconografía antigua o mal actualizada	Tardanza en la realización de la prueba	80,0	7,7
21	6	Tratamiento quirúrgico incorrecto	Fallo de identidad iconografía y paciente	No seguir el checklist	26,7	8,0
22	7	Infecciones postoperatorias	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	No se siguen las normas de esterilidad en el quirófano	142,5	8,8
23	7	Infecciones postoperatorias	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	Falta de aislamiento físico del quirófano	97,5	6,0
24	7	Infecciones postoperatorias	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	Mala manipulación del material quirúrgico	142,5	8,5
25	7	Infecciones postoperatorias	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	Accesos de personas no controlados	30,0	5,8
26	7	Infecciones postoperatorias	Falta de profilaxis antibiótica	No se sigue checklist	24,0	8,5
27	7	Infecciones postoperatorias	Lavado de manos y puesta de guantes incorrectos	No hay formación continuada en este aspecto	114,0	8,5
28	7	Infecciones postoperatorias	Cuerpo extraño	Idem	18,7	8,7
29	7	Infecciones postoperatorias	No quitarse los guantes tras su uso.		38,7	8,7
30	7	Infecciones postoperatorias	Falta de preparación preoperatoria del paciente	Descoordinación entre el equipo	11,5	6,0
31	8	Problema en la analgesia	Salida del catéter epidural	Mala sujeción	32,0	8,3
32	8	Problema en la analgesia	Salida del catéter epidural	Falta de revisión	32,0	8,3
33	9	Descompensación de enfermedades crónicas	Desconocimiento de estas (gravedad) y/o fase evolutiva	Mala valoración de la preanestesia	80,0	8,8
34	9	Descompensación de enfermedades crónicas	Desconocimiento de estas (gravedad) y/o fase evolutiva	No preguntar al paciente la medicación actual	40,0	8,5
35	9	Descompensación de enfermedades crónicas	Desconocimiento de estas (gravedad) y/o fase evolutiva	No disponer/usar de scores de valoración de riesgos		

Plan de Calidad y Seguridad del Paciente UGC de Cirugía Torácica y TxP

ORDEN	FASE	EFEECTO ADVERSO	Debido a	Causado por	Promedio IPR	Promedio Gravedad
36	10	Informe de continuidad de cuidado a otro paciente que no corresponde	La enfermera atiende a varias cosas a la vez	Los ordenadores están en un sitio no adecuado	20,7	4,0
37	11	Desaturación del enfermo	No hay instrumental suficiente		36,0	7,0
38	12	Infecciones respiratorias (tos, febrícula)	No usar mascarillas de aislamiento	Entrar en los sitios públicos sin usar mascarillas	133,0	7,0
39	13	Falta de resolución en consulta de acto único	Falta historia clínica completa para tomar decisiones	La historia no es remitida en tiempo y forma.	29,3	6,8
40	14	Desprogramación	Tratamiento anticoagulante concomitante	No seguir checklist	41,3	7,0
41	14	Desprogramación	Trasplante la noche anterior	Inexistencia de anestesista y enfermería	5,3	1,0
42	14	Desprogramación	Falta de preanestesia	No seguir checklist	14,7	7,0
43	14	Desprogramación	Prolongación de la primera intervención	Mala programación/Inicio tardío de la cirugía	61,3	7,0
44	15	Enfisema y neumotorax	Desconexión/Obstrucción de los sistemas de drenaje	Falta de conocimiento / vigilancia del personal que los manipula	23,3	8,3
45	16	Parálisis ciático poplíteo externo y paresias otras	Compresión nerviosa	Mala posición en rotación externa de la cadera en el quirófano / Falta de preparación en la manipulación del enfermo por el personal	14,8	6,8
46	17	Expectativas del paciente y/o familiares no cumplidas	Fallo de comunicación	Mala comunicación interniveles / Mala comunicación con pacientes y/o familia / Mal uso del documento de información-CI	176,5	6,3
47	18	Recepción de pruebas de otro paciente	No comprobar el nombre del paciente con la historia		28,0	8,5
48	19	Deterioro clínico grave o complicaciones agudas postoperatorias	No ingreso programado en UCI	Falta de camas	24,7	9,0
49	20	Hemorragia/hemotórax	No se ha programado la administración de sangre	No se sigue checklist	18,7	7,0
50	21	Cirugía incorrecta	Falta de material quirúrgico adecuado a la intervención	Falta de organización y de preparación del material que se requiere, previa a la realización de la cirugía	16,8	9,0
51	0		Falta de pruebas complementarias o caducidades de las mismas	No revisión correcta de la historia clínica / No se sigue el checklist	11,8	9,0
52	22	Confusiones en diagnósticos y/o tratamientos	Nominar los procedimientos incorrectamente (lexicología)	Desconocimiento de la enfermedad/síndrome / No usar los códigos CIE	21,5	7,3
53	23	Fallo multiorgánico o muerte postransfusional	Error de identificación de la sangre	Prescribir transfusiones en la misma plana y a la misma hora	7,0	9,5
54	24	Intervención en lado equivocado	Fallo de identidad en iconografía	Error humano / No comprobación por el cirujano	7,0	9,5
55	24	Intervención en lado equivocado	Error de preparación de campo quirúrgico	Error humano / Idem	7,0	9,5
56	24	Intervención en lado equivocado	Error en el parte quirúrgico	Error humano / Idem	7,0	9,5
57	25	Complicaciones quirúrgicas graves postoperatorias	Ausencia de preparación y de tratamiento preoperatorios	Permitir el hábito tabáquico / No prescribir broncodilatadores	53,5	9,3
58	26	Demora en la intervención	No bajar el kit de profilaxis antibiótica con el paciente en el momento de la intervención	No se ha pedido el kit previamente / No se baja el kit	2,3	3,0
59	27	Error de vía de administración	Confusión de preparado	Formatos similares para diferentes vías / No comprobación	12,5	8,5
60	27	Error de vía de administración	Confusión en la administración	Idem	16,7	8,3
61	28	Falta de re-expansión pulmonar	Cámara de recolección pleural sin relleno de niveles	No seguir checklist	9,0	5,5
62	29	Sepsis	Mala asepsia en canalización y cuidados de vías venosas	Fallo en la formación continuada (anestésistas, cirujanos y enfermería). ¿Llevar el programa de bacteriemia zero al quirófano?	89,0	8,5
63	30	Tromboembolismo pulmonar	Falta de profilaxis	No seguir checklist	36,0	9,0
64	30	Tromboembolismo pulmonar	Movilización tardía	No seguir protocolo	36,0	9,0
65	30	Tromboembolismo pulmonar	Fallo en la continuidad de la profilaxis	Idem	21,0	9,0
66	31	Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva	Falta de monitorización	Falta de cama en UCI / Abandono prematuro de la reanimación / Ausencia de monitores en planta	36,0	9,0

ORDEN	FASE	EFEECTO ADVERSO	Debido a	Causado por	Promedio IPR	Promedio Gravedad
67	31	Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva	Ausencia de profilaxis	No seguir checklist	49,3	9,0
68	31	Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva	Exceso de infusión de fluidos	Mala praxis / Ausencia de protocolos	49,3	9,0
69	32	Fallo de continuidad de cuidados	Ausencia de recomendaciones en el informe de alta	Ausencia de checklist para el alta	11,5	5,5
70	33	Deterioro agudo del injerto	Traslado inadecuado	Paciente frío / No utilizar monitor / No usar respirador de transporte	128,0	9,5
71	34	Lavado de manos incorrecto	No lavar las manos / No retirar guantes / No aplicar antiséptico	No seguir protocolo de lavado	130,0	6,5
72	35	No diagnóstico de lesiones asociadas en traumatismos	Falta de despistaje de las lesiones	Atención en urgencias incompleta	174,0	8,7

EVENTOS ADVERSOS ORDENADOS EN ORDEN DECRECIENTE DE PUNTUACIÓN EN CRITICIDAD

ORDEN	FASE	EFEECTO ADVERSO	Debido a	Causado por
10	1	Administración incorrecta del medicamento	Alergia no detectada	Dato mal recogido en la historia
56	24	Intervención en lado equivocado	Error en el parte quirúrgico	Error humano / Idem
55	24	Intervención en lado equivocado	Error de preparación de campo quirúrgico	Error humano / Idem
63	30	Tromboembolismo pulmonar	Falta de profilaxis	No seguir checklist
54	24	Intervención en lado equivocado	Fallo de identidad en iconografía	Error humano / No comprobación por el cirujano
53	23	Fallo multiorgánico o muerte posttransfusional	Error de identificación de la sangre	Prescribir transfusiones en la misma plana y a
33	9	Descompensación de enfermedades crónicas	Desconocimiento de estas (gravedad) y/o fase evolutiva	Mala valoración de la preanestesia
70	33	Deterioro agudo del injerto	Traslado inadecuado	Paciente frío / No utilizar monitor / No usar res
50	21	Cirugía incorrecta	Falta de material quirúrgico adecuado a la intervención	Falta de organización y de preparación del ma previa a la realización de la cirugía
21	6	Tratamiento quirúrgico incorrecto	Fallo de identidad iconografía y paciente	No seguir el checklist
34	9	Descompensación de enfermedades crónicas	Desconocimiento de estas (gravedad) y/o fase evolutiva	No preguntar al paciente la medicación actual
22	7	Infecciones postoperatorias	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	No se siguen las normas de esterilidad en el q
28	7	Infecciones postoperatorias	Cuerpo extraño	Idem
48	19	Deterioro clínico grave o complicaciones agudas postoperatorias	No ingreso programado en UCI	Falta de camas
40	14	Desprogramación	Tratamiento anticoagulante concomitante	No seguir checklist
44	15	Enfisema y neumotorax	Desconexión/Obstrucción de los sistemas de drenaje	Falta de conocimiento / vigilancia del personal
42	14	Desprogramación	Falta de preanestesia	No seguir checklist
51	21	Cirugía incorrecta	Falta de pruebas complementarias o caducidades de las mismas	No revisión correcta de la historia clínica / No
72	35	No diagnóstico de lesiones asociadas en traumatismos	Falta de despistaje de las lesiones	Atención en urgencias incompleta
62	29	Sepsis	Mala asepsia en canalización y cuidados de vías venosas	Fallo en la formación continuada (anestesiastas ¿Llevar el programa de bacteriemia zero al qu
15	4	Ahogo o disnea en la consulta externa	La bombona de oxígeno no funciona	El paciente no dispone de bombona de repues
66	31	Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva	Falta de monitorización	Falta de cama en UCI / Abandono prematuro o Ausencia de monitores en planta
19	6	Tratamiento quirúrgico incorrecto	Iconografía antigua o mal actualizada	No seguir un protocolo
8	1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Mala administración del medicamento por la e
45	16	Parálisis ciático poplíteo externo y paresias otras	Compresión nerviosa	Mala posición en rotación externa de la cadera preparación en la manipulación del enfermo p
46	17	Expectativas del paciente y/o familiares no cumplidas	Fallo de comunicación	Mala comunicación interniveles / Mala comuni familia / Mal uso del documento de informació
47	18	Recepción de pruebas de otro paciente	No comprobar el nombre del paciente con la historia	
71	34	Lavado de manos incorrecto	No lavar las manos / No retirar guantes / No aplicar antiséptico	No seguir protocolo de lavado
49	20	Hemorragia/hemotórax	No se ha programado la administración de sangre	No se sigue checklist
69	32	Fallo de continuidad de cuidados	Ausencia de recomendaciones en el informe de alta	Ausencia de checklist para el alta
68	31	Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva	Exceso de infusión de fluidos	Mala praxis / Ausencia de protocolos
58	26	Demora en la intervención	No bajar el kit de profilaxis antibiótica con el paciente en le momento de la intervención	No se ha pedido el kit previamente / No se baj
52	22	Confusiones en diagnósticos y/o tratamientos	Nominar los procedimientos incorrectamente (lexicología)	Desconocimiento de la enfermedad/síndrome
65	30	Tromboembolismo pulmonar	Fallo en la continuidad de la profilaxis	Idem
64	30	Tromboembolismo pulmonar	Movilización tardía	No seguir protocolo
57	25	Complicaciones quirúrgicas graves	Ausencia de preparación y de tratamiento	Permitir el hábito tabáquico / No prescribir bro

Plan de Calidad y Seguridad del Paciente UGC de Cirugía Torácica y TxP

ORDEN	FASE	EFEECTO ADVERSO	Debido a	Causado por
		postoperatorias	preoperatorios	
61	28	Falta de re-expansión pulmonar	Cámara de recolección pleural sin relleno de niveles	No seguir checklist
60	27	Error de vía de administración	Confusión en la administración	Idem
37	11	Desaturación del enfermo	No hay instrumental suficiente	
59	27	Error de vía de administración	Confusión de preparado	Formatos similares para diferentes vías / No c
67	31	Fallo cardiovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva	Ausencia de profilaxis	No seguir checklist
9	1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Mala dispensación
39	13	Falta de resolución en consulta de acto único	Falta historia clínica completa para tomar decisiones	La historia no es remitida en tiempo y forma.
17	5	Hospitalización prolongada por fuga de aire	Fallo en la sutura mecánica	Material caducado
16	4	Ahogo o disnea en la consulta externa	La bombona de oxígeno no funciona	Se le ha acabado la bombona
14	3	Complicación del paciente de tipo respiratorio	No detección de neumonía / atelectasia	No seguir la vía clínica (pulsioximetría)
13	3	Complicación del paciente de tipo respiratorio	No tener en ocasiones un asistencia inmediata del paciente	Hay muchos intermediarios hasta llegar el pac Falta de información preoperatoria del pacient inadecuado con el inspiron
20	6	Tratamiento quirúrgico incorrecto	Iconografía antigua o mal actualizada	Tardanza en la realización de la prueba
11	2	Caídas en cuarto de baño	El cuarto no está preparado para asearse los pacientes solos	El cuarto no está lo suficientemente preparado
23	7	Infecciones postoperatorias	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	Falta de aislamiento físico del quirófano
7	1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	No comprobación por la enfermera de la corre
6	1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Falta de entendimiento de la escritura del facu
12	2	Caídas en cuarto de baño	El cuarto no está preparado para asearse los pacientes solos	Inadecuado diseño ergonómico
31	8	Problema en la analgesia	Salida del catéter epidural	Mala sujeción
41	14	Desprogramación	Trasplante la noche anterior	Inexistencia de anestesista y enfermería
38	12	Infecciones respiratorias (tos, febrícula)	No usar mascarillas de aislamiento	Entrar en los sitios públicos sin usar mascarilla
36	10	Informe de continuidad de cuidado a otro paciente que no corresponde	La enfermera atiende a varias cosas a la vez	Los ordenadores están en un sitio no adecuad
18	5	Hospitalización prolongada por fuga de aire	Fallo en la sutura mecánica	Material re-esterilizado
32	8	Problema en la analgesia	Salida del catéter epidural	Falta de revisión
43	14	Desprogramación	Prolongación de la primera intervención	Mala programación/Inicio tardío de la cirugía
30	7	Infecciones postoperatorias	Falta de preparación preoperatoria del paciente	Descoordinación entre el equipo
29	7	Infecciones postoperatorias	No quitarse los guantes tras su uso.	
27	7	Infecciones postoperatorias	Lavado de manos y puesta de guantes incorrectos	No hay formación continuada en este aspecto
26	7	Infecciones postoperatorias	Falta de profilaxis antibiótica	No se sigue checklist
25	7	Infecciones postoperatorias	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	Accesos de personas no controlados
24	7	Infecciones postoperatorias	Falta de mantenimiento de asepsia en quirófano	Mala manipulación del material quirúrgico
35	9	Descompensación de enfermedades crónicas	Desconocimiento de estas (gravedad) y/o fase evolutiva	No disponer/usar de scores de valoración de r

**ACCIONES PREVENTIVAS Y RESPONSABLES**

Una vez analizados los fallos y causas, las acciones preventivas propuestas representan, en realidad, un amplio programa de mejora de la calidad en UCTyTxP.

Las acciones preventivas se han podido agrupar, del mismo modo que los fallos y las causas, por particiones homogéneas, según el aspecto en el que deba intervenir. Para ello, hemos eliminado

previamente las acciones preventivas que estaban repetidas y se hemos hecho un esfuerzo de síntesis para poder convertir un elevado número de propuestas en unas pocas que las agrupan y que facilitan su puesta en práctica.

<b>Acciones preventivas</b>	<b>Nº</b>	<b>Responsables</b>
<b>1 Práctica clínica adecuada</b>	<b>27</b>	<b>Dr. González y Eva Montero</b>
<b>2 Acciones de Gestión</b>	<b>24</b>	<b>Dr. Salvatierra y Sara Requejo</b>
<b>3 Modificaciones y mejoras del proceso asistencial</b>	<b>22</b>	<b>Dr. Algar y Eva Montero</b>
<b>4 Protocolo y/procedimientos</b>	<b>16</b>	<b>Dr. Álvarez y Araceli Rodríguez</b>
<b>5 Listado de comprobación (“checklist”)</b>	<b>11</b>	<b>Dr. Salvatierra y Dr. Algar</b>
<b>6 Actividades formativas</b>	<b>10</b>	<b>Dr. Cerezo y Sara Requejo</b>
<b>7 Información al paciente</b>	<b>6</b>	<b>Dr. Cerezo y Dolores Osuna</b>
<b>8 Comunicación</b>	<b>3</b>	<b>Dr. González y Sara Requejo</b>
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	

LA DOCUMENTACIÓN EMPLEADA PARA LA ELABORACION DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE ADJUNTA COMO ANEXO NÚMERO 3

---

## PUNTOS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

---

La aplicación de los epígrafes 5 a 8 de la Metodología previamente referida correspondiente al análisis proactivo (5. Priorización de los efectos adversos y obtención del Índice de Prioridad de riesgos, empleando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE); 6. Análisis de los puntos críticos de los PAIs Cáncer de Pulmón y Trasplante Pulmonar; junto a los puntos metodológicos correspondientes al análisis reactivo del riesgo (7. Análisis del Registro de Efectos Adversos de la unidad; 8. Análisis de las reclamaciones y sugerencias) nos lleva a concluir los siguientes puntos críticos:

Demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón, como indicador, no solo de proceso, sino de resultado de salud, ya que cuanto menor es la demora mayor es la posibilidad de alcanzar una remisión completa de la enfermedad.

Bacteriemia y sépsis postoperatoria, por su relativamente alta frecuencia y la morbimortalidad que acarrea.

Infección de la herida quirúrgica, también por su alta densidad y sus graves consecuencias clínicas inmediatas, así como por sus secuelas.

Infección urinaria secundaria a catéter vesical, por las mismas razones expuestas en los dos epígrafes anteriores.

Reacciones adversas secundarias a medicación inmunosupresora en pacientes trasplantados pulmonares; estas reacciones adversas, detectadas en nuestros pacientes como consecuencia de una errónea administración de estos fármacos pueden llegar a ser graves e incluso mortales, si no se evitan o se descubren a su inicio. Por ello, resulta crítico que el paciente y sus familiares obtengan una información y formación adecuada en este aspecto.

Mortalidad hospitalaria en resección pulmonar por cáncer, que representa más de la mitad de los procedimientos quirúrgicos mayores de nuestra casuística.

La reintervención quirúrgica es una complicación que incide sobre el estado de salud del paciente, sus expectativas, la organización hospitalaria y el gasto sanitario. Está tarada con un alto índice de complicaciones y siempre es apreciada por el paciente y los familiares como un fallo de calidad.

La mortalidad postoperatoria en trasplante pulmonar es una de las causas por la que la supervivencia global y a medio y largo plazo es la más baja de entre todos los trasplantes de órganos. Este hecho es consecuencia de la especial dificultad de manejo del acto quirúrgico y de los cuidados postoperatorios inmediatos.

ESTRATEGIAS, LÍNEAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA UCTYTYP.  
RESPONSABLES, INDICADORES Y CRONOGRAMA

---

Tras el análisis estructural y funcional realizado de la Unidad y de los puntos críticos de seguridad detectados, hemos diseñado las siguientes estrategias, líneas y objetivos de seguridad:

1.- DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Procesos asistenciales integrados
- Protocolos y vías clínicas

2.-NOTIFICACIÓN, REGISTRO, ANÁLISIS Y MEDIDAS CORRECTORAS DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

3.- INCORPORACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS y SET DE BUENAS PRÁCTICAS

Prácticas para prevenir y controlar las IRAS

*Higiene de las manos*

*Uso seguro de la medicación*

*Plan Bacteriemia Zero (adherencia, inserción y mantenimiento de catéteres venosos)*

*Plan Neumonía Zero (prevención neumonías asociadas a la ventilación mecánica)*

Cirugía segura

SET de buenas prácticas

4.- INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD AL ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA

5.- LISTAS DE COMPROBACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

## 1.- DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

---

### PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de esta, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen ciudadanas, ciudadanos y profesionales, e intentando **disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo**. Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en la persona, el paciente, usuario/a y su entorno familiar y social.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definidos y ello conlleva el re-análisis de las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) se convierten en elementos esenciales.

Analizar las distintas etapas del proceso asistencial permite vincular a cada una de ellas medidas efectivas para evitar los riesgos que le son propios (prácticas, procedimientos, productos o sistemas inadecuados). Entre estas medidas se identifican algunas existentes con otras a desarrollar. Este enfoque integra la seguridad de nuestras actuaciones alrededor de la asistencia al paciente, como factor intrínseco a la propia práctica clínica, y facilita la extensión de buenas prácticas en seguridad de pacientes acordes con el conocimiento científico disponible. En esta categoría se incluyen por tanto los procesos relacionados con el contacto inicial del paciente con el sistema, valoración del paciente y persona cuidadora, asistencia y alta o continuidad asistencial.

### *CÁNCER DE PULMÓN*

El Cáncer de Pulmón, constituye, como antes hemos analizado, la principal patología que atiende nuestra unidad. El PAI de Cáncer de Pulmón, además de permitir una mayor homogeneización de las actuaciones en salud, contiene, como todos los PAI un mapa de riesgo que facilita la realización de una atención sanitaria segura. Cada año se analizan determinados parámetros que se remiten a los Servicios Centrales.

La última versión de este PAI, del que el director de la UCTyTxP es coautor, que está publicado y accesible en el siguiente enlace:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-cancer-pulmon.html>

De este PAI no somos propietarios, sólo partícipes.

---

*TRASPLANTE DE PULMÓN*

El PAI de Trasplante Pulmonar, con las modificaciones obligadas por el entorno y por el avance de los conocimientos, está en marcha en nuestra unidad. El Trasplante pulmonar constituye, así mismo, una importante parcela de nuestra actividad asistencial y científica.

*RESPONSABLES*

Dra. Paula Moreno Casado

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez.

*INDICADORES*

Los definidos en los PAI de Cáncer de Pulmón y Trasplante

*CRONOGRAMA*

Anualmente (noviembre).

*PROTOCOLOS Y VÍAS CLÍNICAS*

Durante los últimos años se han confeccionado, puesto en marcha y actualizado los siguientes protocolos y vías clínicas:

- Protocolo de diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Pulmón
- Protocolo de actuación para el diagnóstico y manejo terapéutico del Neumotórax.
- Protocolo de actuación frente al Derrame Pleural Maligno
- Protocolo de profilaxis infecciosa en cirugía torácica
- Protocolo de profilaxis de la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar
- Vía clínica de la lobectomía.
- Guía clínica del neumotórax espontáneo.

Estos protocolos y vías clínicas se actualizan anual o bianualmente.

---

---

*RESPONSABLES*

Dr. Javier Algar Algar

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo

Dr. Javier González García

Dra. Paula Moreno Casado

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez.

#### *INDICADORES*

Grado de cumplimiento (adhesión) a cada protocolo. Auditoría de historias clínicas.

#### *CRONOGRAMA*

Cada semestre

Auditorías de Historias Clínicas semestralmente

---

## 2.- PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN, REGISTRO, ANÁLISIS Y MEDIDAS CORRECTORAS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

---

Con el fin de reducir la frecuencia de efectos adversos es necesario entender sus causas y diseñar los métodos necesarios para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes. Para ello es bueno contar con un sistema de registro y notificación de problemas reales o potenciales de seguridad, de forma que podamos contar con ejemplos de nuestra realidad clínica sobre los errores y los riesgos. De esta forma, seremos capaces de diseñar estrategias dirigidas a su reducción o, idealmente, a su eliminación. Los sistemas de registro y notificación pueden contemplar dos categorías básicas de episodios: los accidentes o eventos adversos y los incidentes o casi accidentes.

Un accidente o un evento adverso es una lesión a un paciente como consecuencia de la intervención sanitaria, y un incidente es una acción o un conjunto de acciones por comisión u omisión que podrían haber dañado al paciente, pero no lo dañaron como consecuencia de la casualidad, la prevención o el amortiguamiento de estas. Por tanto, un incidente es idéntico a un EA en todo, excepto en el resultado, ya que en el incidente no se han llegado a producir lesiones en el paciente. Según Heinrich, precursor de la salud ocupacional y la seguridad, existe aproximadamente un evento adverso por cada 30 lesiones menores y por cada 300 incidentes sin daño. Recientemente, la distribución EA-lesión menor-incidente era de aproximadamente 1-10-600, en un estudio sobre 1,5 millones de incidentes. Por tanto, parece que es el modelo de iceberg el que mejor se ajusta a la proporción entre eventos adversos e incidentes. Los sistemas de registro y notificación no tienen como fin estimar la frecuencia de los EA y de los incidentes, sino obtener información sobre la cadena de acontecimientos que llevan a la producción de estos acontecimientos. Si bien las sesiones de morbilidad y mortalidad, los sistemas de auditoría de historias clínicas y el registro de las reclamaciones y sugerencias de los pacientes siguen siendo fuentes importantes de información, la creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen, probablemente el núcleo central de estas fuentes, ya que permiten aprender de los errores y evitar su recurrencia.

Los sistemas de notificación de EA o incidentes pueden tener dos misiones. La primera sería garantizar la responsabilidad social, de forma que pueda analizarse la seguridad clínica que aportan unos proveedores sanitarios concretos sobre determinada población. La segunda, que estos proveedores obtengan una información útil sobre su seguridad y puedan mejorarla de forma permanente.

La primera misión se obtiene con los sistemas obligatorios de notificación. Suele enfocarse en los episodios adversos que producen lesiones graves o muertes. Suministra información a los usuarios potenciales de los mínimos de protección; además, constituyen un incentivo para que las

instituciones eviten problemas de seguridad que acarrearían sanciones y, de forma disuasoria, obliga a las organizaciones sanitarias a invertir recursos para mejorar permanentemente la seguridad del usuario.

La segunda misión la llevan a cabo los sistemas de carácter voluntario. Suelen orientarse hacia los incidentes o en los EA productores de daños leves. Tienen como objetivo la identificación de las debilidades concretas del sistema sanitario para evitar el daño real a los pacientes, así como formar a los profesionales tras el análisis de la casuística obtenida por el registro.

Si bien ambos sistemas son útiles para conocer los problemas de seguridad clínica, optamos por el voluntario, como el más eficaz, en último término para la seguridad de nuestros pacientes en nuestro medio.

Las consecuencias fundamentales de la notificación de EA y de incidentes son:

- Modelización del EA o incidente.
- Identificación de los puntos débiles del sistema.
- Incremento en los profesionales sanitarios de la cultura de seguridad clínica.
- Redistribución de los recursos destinados a la mejora de la seguridad clínica, tras la identificación de los puntos débiles.
- Reducción de costes de calidad y económicos por evitar futuros EA.

Hemos creado un sistema informatizado de efectos adversos, en el que figura el siguiente conjunto mínimo de datos:

- ¿Qué ha ocurrido o ha estado a punto de ocurrir?
- ¿Cuándo y dónde sucedió?
- ¿Cómo y por qué sucedió?
- ¿Qué acción se llevó a cabo y cuál fue el impacto del efecto adverso?
- ¿Qué factores podrían haber evitado o reducido el efecto adverso?

1. La notificación de incidentes permite entender por qué los accidentes no ocurren. Muchos formularios para el registro de incidentes identifican las barreras que previenen las situaciones adversas que pueden desencadenar un episodio grave. Estos datos permiten al analista identificar las salvaguardas que han demostrado su efectividad como barreras en los incidentes estudiados.

2. La alta frecuencia de los incidentes permite el análisis cuantitativo. Los incidentes ocurren con una frecuencia entre 3 y 300 veces mayor que los episodios adversos.

3. Centrarse en los datos de la monitorización de incidentes añade más valor a la mejora de la calidad que centrarse únicamente en los episodios adversos, ya que se pueden abordar los problemas de seguridad antes de que ocurran. La documentación de estos problemas incrementa la probabilidad de que los fallos recurrentes sean detectados y se actúe sobre ellos.

4. La retroinformación a los profesionales puede estimular su participación en la mejora de la seguridad. Algunos sistemas de notificación producen boletines que se pueden utilizar para incrementar la preocupación por la seguridad de los pacientes.

Si además de poner en marcha sistemas de notificación, se consigue enfocarlos hacia las áreas en las que existe un mayor grado de evidencia del impacto de las estrategias de mejora, seremos capaces de dar en la diana adecuada.

La mayoría de los sistemas de notificación de los centros sanitarios no consiguen capturar la mayoría de los incidentes y episodios adversos. Varios estudios sugieren que solamente en un 1,5% de todos los episodios adversos se produce un informe y solamente el 6% de los acontecimientos adversos por medicamentos se identifican a través de un sistema tradicional de registro y notificación. El American College of Surgeons estima que entre un 5 y un 30% de los EA son notificados con un informe. Y un estudio realizado en un servicio de cirugía general observó que solamente el 20% de las complicaciones se discutían en las sesiones de morbilidad y mortalidad. Estos datos muestran que la infranotificación puede minar la factibilidad y la utilidad de los sistemas de notificación. Entre las causas-barreras que se han descrito para la infranotificación se encuentran:

- Se considera innecesario, no percepción del beneficio.
- Aumenta la carga de trabajo.
- El personal MIR y en formación se siente culpabilizado.
- Pérdida de reputación.
- Desaprobación de los colegas.
- Preocupación por un posible litigio.
- Falta de apoyo.
- Falta de conocimiento.
- Miedo a medidas disciplinarias.
- El incidente no merece hacer un informe

Se plantean como posibles estrategias para aumentar la confianza de los profesionales hacia los sistemas de notificación aspectos como clarificar la definición de los incidentes, simplificar los métodos de notificación, designar personal para facilitar el proceso, realizar *feedback* y explicar al personal la naturaleza y propósito de tales sistemas. En este sentido es muy interesante la propuesta que define las características de los sistemas de notificación que consiguen tener éxito. Estas características ponen de manifiesto la necesidad de introducir cambios en las organizaciones y en el marco legal que conduzcan a cambios de mentalidad en pacientes, profesionales y directivos. El diseño óptimo de un sistema de registro y notificación debería contemplar algunos de los temas ya abordados previamente en este documento.

La notificación voluntaria de EA y de incidentes realizada por profesionales e instituciones a agencias gubernamentales no reguladoras y a agencias no gubernamentales podría ser un vehículo esencial para obtener información, con el propósito de aprender de los errores y problemas de seguridad propios y de otras organizaciones.

Estos sistemas deberían ser complementarios entre sí y, aunque hubiera algunos de carácter general y otros más específicos (por ejemplo, registros sobre medicación o sobre unidades de cuidados intensivos), sería positivo establecer esfuerzos conjuntos entre los sistemas preexistentes.

Tal como se ha descrito anteriormente existen obstáculos importantes para la puesta en marcha de los sistemas de notificación. Uno de los principales hace referencia al anonimato y a la confidencialidad. En la medida que los sistemas sean capaces de proteger los datos y garantizar que no se revelarán públicamente, las posibilidades de implicación de los profesionales aumentarán. La independencia de la agencia que recibe la información también es otro factor que “tranquiliza” al profesional o a la institución que notifica un caso, porque se tiene la seguridad que de esos datos no se desprenderán represalias.

Como la retroinformación *de* estos datos a los profesionales es la base de la creación de una red de conocimiento sobre la seguridad del paciente, la confidencialidad no debería ser un impedimento para que puedan ser públicos una vez se hayan encriptado debidamente. Y para que estos datos tengan utilidad deberán ser analizados por las personas debidamente formadas y familiarizadas con el medio que se está analizando.

Finalmente, cabe destacar que las instituciones tendrán que realizar un importante esfuerzo para definir políticas que transmitan confianza a los profesionales y aborden aspectos como el apoyo que deben recibir los pacientes y familias víctimas de un problema de seguridad y, también, el apoyo a los profesionales relacionados con el problema.

#### SISTEMA DE NOTIFICACIÓN, REGISTRO, ANÁLISIS Y ADOPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTORAS DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS DE LA UCTYTXP

---

La UCTyTxP, además de implantar todas las acciones preventivas, dispone de un sistema de notificación y registro de los efectos adversos, que acontezcan.

Este registro es paralelo al de nuestro hospital y, a partir de mediados de julio de 2023, se sustituirá por un registro de mayor ámbito.

La finalidad de nuestro registro es la de permitir analizar de forma inmediata de los acontecimientos adversos (los sistemas institucionales no lo permiten, en el momento actual), monitorizar la frecuencia de aparición de estos efectos y de cómo influyen en ellos las medidas correctoras y/ preventivas que se adopten.

La UCTyTxP dispone de mecanismos que permiten proceder al análisis causal de los efectos que se produzcan, con objeto de determinar mediante un análisis de causa-raíz cuáles son los elementos que han intervenido en la producción de estos y realizar las acciones correctoras y preventivas necesarias para su corrección y prevención definitiva. El fin es conseguir un sistema que permita mantener el programa de seguridad de forma indefinida en el tiempo, capaz de mejorar de forma continua la seguridad de nuestros pacientes.

Se creó en la UGC CTyTxP un sistema de notificación -del cual existe un POE de la unidad (Anexo 4)-, completamente anónimo y no identificable, y posterior registro informatizado de efectos adversos, en el que figura el siguiente conjunto mínimo de datos (Anexo 5):

- ¿Qué ha ocurrido o ha estado a punto de ocurrir?
- ¿Cuándo y dónde sucedió?
- ¿Cómo y por qué sucedió?

- ¿Qué acción se llevó a cabo y cuál fue el impacto del efecto adverso?

- ¿Qué factores podrían haber evitado o reducido el efecto adverso?

Posteriormente, el HURS creó un Registro de Eventos Adversos, disponible en la página web del hospital, sección Profesionales:

[http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=eventos\\_adversos](http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=eventos_adversos)

Desde entonces, los efectos adversos deben registrarse en los dos sistemas, dado que cada 2 meses, la unidad de Calidad remite la información del registro del HURS correspondiente a la UCTyTxP para su análisis y la toma de las medidas oportunas y, a su vez, vuelca en el registro del HURS los incidentes o casi incidentes registrados en el registro de la Unidad. No se ha querido hasta el momento unificar ambos registros, ya que el análisis de los incidentes registrados en el HURS no se puede analizar de forma inmediata, como sí puede hacerse con los registrados en la UCTyTxP. En cualquier caso, no existe pérdida de información en ninguno de los registros, por lo que la duplicidad no crea inconvenientes.

Tras cada incidente o acontecimiento adverso registrado, se analiza en la sesión clínica matinal, se procede a su análisis causa-raíz por la metodología previamente descrita, y se adoptan las medidas preventivas pertinentes.

Siguiendo las indicaciones sobre “never events” de la NQF, consideramos **indicadores centinela** en nuestra Unidad los siguientes:

Categoría	Indicadores centinela
Eventos quirúrgicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cirugía que se realiza sobre la parte del cuerpo errónea.</li> <li>2. Cirugía que se realiza al paciente equivocado.</li> <li>3. El procedimiento quirúrgico erróneo que se le realiza a un paciente.</li> <li>4. El dejar un cuerpo extraño en el cuerpo del paciente tras cirugía u otro proceso.</li> <li>5. La muerte intraoperatoria o muerte postoperatoria inmediata en un paciente ASA clase 1.</li> </ol>
Eventos relacionados con productos sanitarios	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. La muerte o incapacidad grave asociadas al uso de medicamentos, aparatos o productos biológicos contaminados que proporciona el centro sanitario.</li> <li>7. La muerte o incapacidad grave asociadas al uso o funcionamiento de un aparato que se emplea de una forma para el que no está destinado.</li> <li>8. La muerte o incapacidad grave asociadas con embolia intravascular gaseosa, estando bajo los cuidados del centro sanitario.</li> </ol>
Eventos relacionados con la protección de los pacientes	<ol style="list-style-type: none"> <li>9 La muerte o incapacidad grave asociadas con la fuga (desaparición) del paciente.</li> <li>10. El suicidio o intento de suicidio con el resultado de incapacidad grave, estando bajo nuestros cuidados.</li> </ol>

Eventos relacionados con el tratamiento	<p>11. La muerte o incapacidad grave asociadas con un error de medicación (ej. errores en relación a la medicación errónea, dosis errónea, momento erróneo, proporción errónea, preparación errónea o ruta de administración errónea).</p> <p>12. La muerte o incapacidad grave asociadas con la reacción hemolítica a causa de la administración de sangre o productos sanguíneos ABO/ HLA incompatibles.</p> <p>13. La muerte o incapacidad grave asociadas con la hipoglucemia que comienza cuando uno está bajo nuestros cuidados.</p> <p>14. Las úlceras por presión de grado 3 o 4</p>
---	--

Como **indicadores de alerta**, hemos incorporado parte de los indicadores incluidos en Global Triggers Tool (IHI, 2009):

Categoría	Indicadores de alerta
Relacionados con los cuidados	Transfusiones o uso de los productos sanguíneos.
	"Códigos" de paro cardiacos
	Diálisis aguda
	Hemocultivo positivo
	Exploaraciones de RX o Doppler de embolias o TVP
	Disminución mayor del 25 % de la hemoglobina o el hematocrito
	Caída del paciente
	Úlceras por presión
	Reingreso en 30 días
	Utilización de sistemas de retención
	Infección nosocomial
	Ictus intrahospitalario
	Cualquier complicación de un procedimiento diagnóstico o terapéutico

Categoría	Indicadores de alerta
Relacionados con la cirugía	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reintervención.</li> <li>2. Cambio de procedimiento quirúrgico.</li> <li>3. Ingreso en UCI no programado después de la intervención quirúrgica.</li> <li>4. Intubación / reintubación / BiPAP en la reanimación postquirúrgica (REA).</li> <li>5. Exitus intraoperatorio, en UCI o en REA.</li> <li>6. Ventilación mecánica después de las 24 horas siguientes a la intervención quirúrgica.</li> <li>7. Cualquier complicación intraoperatoria.</li> </ol>
Relacionados con el uso de medicamentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Clostridium difficile</i> en heces: positiva.</li> <li>2. Glucosa inferior a 50 mg / dl.</li> <li>3. Aumento x 2 valor inicial de nitrógeno uréico (BUN) o creatinina sérica</li> <li>4. Utilización de Difendramina.</li> <li>5. Utilización de Naxolona.</li> <li>6. Utilización de antieméticos no pautados.</li> <li>7. Sobresedación / hipotensión.</li> </ol>

Relacionados con cuidados críticos	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Neumonía asociada a la ventilación mecánica.</li><li>2. Reingreso en la unidad de cuidados críticos.</li><li>3. Intubación /reintubación</li></ol>
Relacionados con la atención urgente	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reingreso en Urgencias dentro de las primeras 24 horas.</li><li>2. Estancia en Urgencias superior a 6 horas.</li></ol>

### SESIONES DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

---

Cada 6 meses se lleva a cabo una sesión específica, en la que se analizan de nuevo los efectos adversos sucedidos en ese periodo de tiempo, así como el impacto de las medidas adoptadas, procediéndose a su modificación si se estimara oportuno. De estas sesiones se levantan actas, que figuran en el Anexo 6.

#### *RESPONSABLES*

Dr. González

Dr. Salvatierra

#### *INDICADORES*

Actas de sesiones de incidentes y acontecimientos adversos.

Indicadores centinela o críticos.

#### *EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS IMPLANTADAS*

Análisis del efecto de las medidas adoptadas. Densidad de incidentes y acontecimientos adversos en los dos siguientes semestres.

#### *CRONOGRAMA*

Análisis semestral

### 3.- INCORPORACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS Y SET DE BUENAS PRÁCTICAS

Entendemos por práctica clínica segura (PCS) la intervención, estrategia o abordajes orientados a prevenir o mitigar daño innecesario asociado a la atención del paciente y a mejorar su seguridad. Las Prácticas seguras pueden incluir intervenciones clínicas, intervenciones en la organización del sistema y en el comportamiento, o varias combinaciones de éstas.

Varias organizaciones internacionales han recomendado diversas prácticas clínicas seguras, basándose en la frecuencia de EA más frecuentes y a la evidencia existente para su control.

AHRQ EVIDENCE FOR PSP (2013)	NQF PSP FOR BETTER HEALTHCARE (2010)	JC NATIONAL PS GOALS (2013)	OMS SOLUCIONES EN SP (2007)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HM</li> <li>• Conciliación</li> <li>• MAR</li> <li>• Cultura</li> <li>• Cirugía segura</li> <li>• Dispositivos médicos</li> <li>• BRC</li> <li>• NVM</li> <li>• ITU por catéter</li> <li>• Transición asistencial</li> <li>• UPP</li> <li>• Caídas</li> <li>• Implicación pacientes/ familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HM</li> <li>• MAR</li> <li>• Cultura seguridad</li> <li>• Cirugía segura</li> <li>• Consentimiento inf</li> <li>• Dispositivos médicos</li> <li>• BRC</li> <li>• NVM</li> <li>• ITU por catéter</li> <li>• Transición asistencial</li> <li>• Infección QX</li> <li>• RAM</li> <li>• UPP</li> <li>• Caídas</li> <li>• Trombosis venosa</li> <li>• Rx pediatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HM</li> <li>• Conciliación</li> <li>• Identificación</li> <li>• Cirugía segura</li> <li>• Comunicación</li> <li>• BRC</li> <li>• ITU por catéter</li> <li>• Infección QX</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HM</li> <li>• Conciliación</li> <li>• MAR</li> <li>• Identificación</li> <li>• Cirugía segura</li> <li>• Transición asistencial</li> <li>• Medicamentos parecidos</li> </ul>

Yolanda Agra. ¿Qué es Gestión de Riesgos y cómo organizarla en la unidad? Máster Gestión Clínica. Universidad de Murcia, 2014.

#### EN NUESTRA UNIDAD ESTÁN INCORPORADAS LAS SIGUIENTES PCS:

##### 3.1.- PRÁCTICAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS IRAS

Las IRAS son las infecciones adquiridas como consecuencia de una intervención sanitaria. En Europa, 4 millones de personas al año sufren IRAS durante su ingreso ocasionando 37.000 de muertes atribuibles y aproximadamente 7 billones € en costes directos por los días extra de estancias. En España, suponen el 25% de los EA en hospitales (56% prevenible) el 8% de los EA en AP (75% prevenible) y el 65% de los EA en UCI (60% prevenible).

##### 3.1.1.- HIGIENE DE LAS MANOS

La OMS en el año 2004 presentó el primer reto por la SP “Atención limpia es atención segura” para contribuir a la reducción de las IRAS y sus consecuencias. Uno de los principales componentes de este reto es la campaña mundial «Salve vidas: límpiense las manos», destinada a mejorar las prácticas de higiene de las manos (HM) entre el personal sanitario para que estos la apliquen en el momento oportuno y de forma apropiada.

La higiene de las manos se refiere al término general para eliminar microorganismos con agentes desinfectantes como el agua y jabón o productos de base alcohólica, que son más fáciles de aplicar y mejor tolerados. Las manos son el vehículo principal de transmisión de los microorganismos

causantes de IRAS, constituyendo la HM la medida más sencilla, barata y eficaz para reducir las IRAS y la resistencia a los antibióticos. Sin embargo, la adherencia global no supera el 40%. Por eso, la OMS recomienda desarrollar una estrategia multimodal específica para mejorar la HM y así contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales en los establecimientos de atención sanitaria.

En nuestra unidad hemos actualizado las medidas de acuerdo con la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SAS, de 2019:

[https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/EstrategiaSeguridadPaciente\\_v5.pdf](https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/EstrategiaSeguridadPaciente_v5.pdf)

### **3.1.2.-USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN**

El uso seguro del medicamento se refiere a la implementación de diversas PS para prevenir y controlar los errores por medicación.

El error de medicación es aquél que es prevenible y que puede ocasionar daño al paciente como consecuencia del uso de medicamentos por parte del profesional, paciente o consumidor y relacionado con el sistema de utilización de medicamentos.

En España, el 37,4% de los EA tienen relación con la medicación (35% pueden evitarse). Esto supone que entre el 1,4% - 5,3% de los pacientes hospitalizados sufren EA relacionados con el uso del medicamento:

Entre las medidas recomendadas para prevenir el error de medicamentos, cabe mencionar:

Conciliación de la medicación. Implica contrastar una lista precisa de todos los medicamentos que el paciente está tomando contra todos los medicamentos ordenados en cada transición asistencial para evitar errores. Lo tenemos incorporado en todos los Planes Asistenciales y en la Trayectoria Clínica del Paciente de la UCTyTxP.

Uso seguro de medicamentos de alto riesgo (MAR). Los MAR tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Prescripción electrónica asistida, de uso en nuestra unidad, en colaboración con la Unidad de Farmacia.

Promover la participación de los pacientes en el uso seguro del medicamento. Lo tenemos implementado en la medicación de mayor riesgo que utilizamos, que es la medicación inmunosupresora. El entendimiento y aprendizaje por parte de los pacientes del uso y efectos adversos de este tipo de medicación es un objetivo específico de nuestro Acuerdo de Gestión.

---

### **EN NUESTRA UNIDAD, DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DEL OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, HEMOS ADOPTADO SUS LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

---

Conciliación de la medicación: ingreso, alta, tránsitos

Manejo medicación alto riesgo

PEA: criterios de estandarización

Prescripción no electrónica: criterios de seguridad

Registro de la medicación administrada: identificación del paciente y del medicamento

Planes de acogida: Programa docente USM

Medicamentos con nombres o apariencia similar

Así mismo, hemos incorporamos las Recomendaciones ACSA de Calidad y Seguridad:

- Nº 1.- El consentimiento informado en unidades y centros asistenciales
- Nº 2.- Almacenamiento y conservación de medicamentos y productos sanitarios en unidades asistenciales
- Nº 3.- Docencia e investigación
- Nº 4.- Registro de las intervenciones profesionales en la historia de salud
- Nº 6.- Promoción de la seguridad en la práctica clínica
- Nº 7.- Evaluación del dolor en los pacientes
- Nº 10.- Confidencialidad de la información sanitaria en unidades asistenciales
- Nº 11.- Uso seguro del equipamiento de electromedicina en las unidades asistenciales
- Nº 12.- Identificación inequívoca de pacientes
- Nº 13.- Prevención del tabaquismo
- Nº 14.- Mejora de la higiene de manos
- Nº 16.- Análisis de causa raíz (ACR)
- Nº 18.- Competencia cultural
- Nº 19.- Seguridad y salud laboral en centros y unidades sanitarias
- Nº 20.- Información y comunicación con el paciente
- Nº 24.- Traspaso de pacientes
- Nº 25.- Intimidad en la atención sanitaria
- Nº 28.- Gestión por procesos
- Nº 29.- Formulación de objetivos de aprendizaje
- Nº 30.- Mejora de los servicios de soporte desde las unidades asistenciales
- Nº 31.- Seguridad quirúrgica
- Nº 32.- Humanización.
- Nº 33.- Violencia infantil
- Nº 34.- Violencia contra personas mayores
- Nº 35.- Bioseguridad ambiental en quirófano
- Nº 36.- Habilidades de comunicación eficaz

Nº 37.- Conciliación de la medicación

Nº 38.- Derechos de segunda generación

Nº 39.- Bioética

#### RESPONSABLES

Dr. Cerezo

Dr. Algar

Dr. Salvatierra

#### INDICADORES Y CRONOGRAMA

Ausencia de acontecimientos adversos centinela o críticos. Hasta julio de 2023 nose han comunicado acontecimientos adversos centinela o críticos.

Porcentaje de cumplimiento de conciliación de medicación superior al 95%. Auditoría historias clínicas (anual).

Porcentaje de entendimiento y aprendizaje de manejo de fármacos inmunosupresores por parte del paciente y familiares superior al 80% (encuesta anual). En 2022, el porcentaje de entendimiento, aprendizaje y adherencia ha sido del 95 %.

Porcentaje de prescripción electrónica de la unidad superior al 90%. Informe de Farmacia de 2022: > 99% %.

Cumplimiento del Programa de Higiene de Manos. FÓRMULA: nº de episodios realizados de higiene de manos x 100 / nº de oportunidades susceptibles de higiene de manos. Límite superior (óptimo) 75 % / Límite inferior 20 %. Fuente: UGC de Medicina Preventiva (Informe del Programa de Vigilancia M. Preventiva): XX % (en 2022 y 2023 realizado por la propia unidad).

---

#### *3.1.3.- PLAN BACTERIEMIA ZERO (ADHERENCIA, INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES VENOSOS) Y NEUMONÍA ZERO (PREVENCIÓN NEUMONÍAS ASOCIADAS A LA VENTILACIÓN MECÁNICA)*

---

La aplicación de programas multifactoriales específicos se han mostrado efectivos en la reducción de IRAS frecuentes y de alta mortalidad atribuible, como la bacteriemia relacionada con catéteres venosos centrales y las neumonías asociadas e ventilación mecánica.

---

#### *3.1.4.- CIRUGÍA SEGURA*

---

Se refiere al conjunto de normas para aplicar durante el procedimiento quirúrgico con el fin de garantizar la seguridad del paciente en la prevención de EA relacionados con la infección de herida quirúrgica, lugar/paciente/procedimiento erróneo, equipos quirúrgicos, anestesia y uso de los medicamentos.

En países industrializados ocurren de 3-22% EA en procedimientos quirúrgicos hospitalarios presentando el 25% de los pacientes intervenidos, complicaciones posquirúrgicas (3-16% complicaciones mayores) con tasas de mortalidad entre 0.4-0.8% (WHO 2009). En España la incidencia de pacientes con EA es del 10,5%, valorándose evitables el 36,5% de los EA.

La OMS en el año 2008 lanzó el reto: “Cirugía segura salva vidas”, centrando su recomendación en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) y aportando materiales de ayuda para su implementación.

La Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico, de la que el director de la UCTyTxP es coautor, es la referencia seguida en nuestra unidad.

La LVCS ha mostrado reducción de la morbimortalidad por cirugía. En nuestra unidad está completamente implementada y el grado de cumplimiento oscila entre el 95% y el 100%. En 2022 ha sido del 95 %

### 3.1.5.- SET DE BUENAS PRÁCTICAS

En nuestra unidad hemos incorporado las siguientes medidas elegidas de las buenas prácticas propuestas por la Agencia de Calidad del SNS y el National Quality Forum (NQF):

Grupo	Buenas prácticas para la seguridad del paciente
Cultura de seguridad	1. Cultura de seguridad.
Adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente	2. Información al paciente sobre riesgos comparados. 3. Existencia de normas razonadas para la dotación de personal de enfermería. 4. Participación del farmacéutico en los procesos de preinscripción, dispensación y administración de fármacos.
Facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación	5. Asegurar comprensión de órdenes emitidas verbalmente. 6. Uso normalizado de abreviaturas y anotación de dosis. 7. Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria. 8. Transmisión clara y a tiempo de cambios en la atención del paciente. 9. Asegurar la comprensión del consentimiento informado. 10. Asegurar el conocimiento de las preferencias del paciente para cuidados terminales. 11. Implementar prescripciones computerizadas. 12. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado.
Mejorar seguridad en situaciones específicas	13. Evaluar riesgo de infarto en pacientes quirúrgicos y prescribir betabloqueantes a los pacientes con alto riesgo. 14. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito. 15. Evaluación y prevención de trombosis venosas profundas. 16. Evaluación y prevención del riesgo por aspiración. 17. Prevención de infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales. 18. Prevención de infección en herida quirúrgica. 19. Utilizar protocolos para prevenir daños renales por contraste. 20. Evaluar riesgo de malnutrición y prevenir su aparición. 21. Lavado/descontaminación de manos antes y después de contacto directo con pacientes y objetos de su entorno. 22. Vacunar al personal sanitario contra la gripe.

Mejorar seguridad en el uso de medicamentos	23. Zona de preparación de medicación 5S. 24. Métodos estandarizados para el etiquetado, empaquetado y almacenaje de medicamentos. 25. Identificación específica de medicación de «alta alerta» (quimioterapia, anticoagulantes, electrolitos, concentrados, insulina). 26. Dispensación de medicamentos en dosis unitarias.
---	---

**RESPONSABLES**

Dr. Salvatierra

**INDICADORES, CRONOGRAMA Y RESULTADOS\***

Porcentaje de cumplimiento de Lista de Verificación de Cirugía Segura superior al 95%. Auditoría Historias Clínicas (anual). **En 2022: 100 % en el primer y segundo semestres. 1º semestre de 2023: 100 %**

Evaluación y prevención de trombosis venosas profundas en más del 90% de los casos. Auditoría Historias Clínicas (anual): **En 2022: 100 % en ambos semestres. 1º semestre de 2023: 100 %**

Prevención de infección en herida quirúrgica. Porcentaje de infección de la herida quirúrgica ≤ 4 % en pacientes intervenidos durante el año. Fuente de Información: Medicina Preventiva y CMBD (anualmente, febrero-abril). **En 2022: 3,2 %. En 2023, aún sin datos.**

**4.- INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD AL ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA DE LA UCTYTXP**

El HURS, en el convencimiento de que solo merecerá la pena controlar las causas de variación de los resultados de las Unidades de Gestión Clínica, cuando las variaciones en los cuidados de salud conduzcan a variaciones significativas en resultados en salud y allá dónde la ocurrencia del resultado en salud sea suficientemente frecuente para que el indicador de resultado tenga el poder suficiente de detectar diferencias reales en calidad, y conocedor de la dificultad intrínseca que supone la ausencia de estudios de intervención que aporten suficientes y consistentes evidencias del efecto de las intervenciones sobre resultados en salud sobre los costes, la Gerencia, la Dirección Asistencial, el Servicio de Calidad y los Directores de Unidades de Gestión Clínica han puesto en marcha, desde el año 2012, un procedimiento normalizado de incorporación de objetivos de resultado clínicos y / o en salud, útiles y viables en su entorno, que:

Permita la máxima participación de los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica.

Promueva el conocimiento horizontal y transversal de los objetivos de resultado clínico y / o en salud de todas las Unidades de Gestión Clínica por parte de todos los directores y sus equipos profesionales.

Oriente estratégicamente al Hospital en su conjunto hacia una respuesta adecuada a las necesidades de la sociedad cordobesa y andaluza, en general, y a su proyección futura.

Refleje, por su mayor interés intrínseco, todos los aspectos de los cuidados, incluyendo aquellos que son de otra manera difíciles de medir como el “expertise” técnico y los conocimientos de los profesionales, es decir cuando el conocimiento técnico es importante.

Establezca marcos conceptuales que guíen la selección de indicadores, desde el principio del proceso, bien para centrarse en una amplia gama de condiciones clínicas o para informar sobre unas cuantas áreas prioritarias, y se mantengan estables para facilitar el seguimiento consistente de los resultados en el tiempo.

Utilice un sistema de seguimiento y evaluación estable, riguroso y sistemático, desde el inicio del proceso con la participación de todos los protagonistas y beneficiarios.

Conviene resaltar que se trata de impulsar y coordinar más y mejor el esfuerzo realizado por las Unidades de Gestión Clínica del Hospital Universitario “Reina Sofía” en los últimos cuatro años, que ha originado un importante crecimiento en el porcentaje de objetivos de resultado sobre el total de objetivos planteados.

Además, tras el **análisis de los Puntos Críticos para la Seguridad del Paciente** resultante de la aplicación de los epígrafes 5 a 8 de la Metodología:

5. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS y obtención del Índice de Prioridad de riesgos, empleando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)
6. ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS DE LOS PAI Cáncer de Pulmón y Trasplante Pulmonar
7. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS DE LA UNIDAD.
8. ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

La UCTyTxP ha incorporado, de entre los posibles objetivos de proceso y resultados clínicos, aquellos que más pueden determinar la seguridad de los pacientes, de forma que la práctica totalidad de los objetivos específicos inciden en la seguridad del paciente y, consecuentemente, reflejan fidedignamente el resultado de las acciones que la unidad ha puesto en marcha en esta materia.

#### OBJETIVOS DE SEGURIDAD EN EL ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA

**Estos objetivos representan una herramienta muy eficaz para la evaluación y seguimiento de nuestro Plan de Seguridad.**

A continuación, se expresan aquellos objetivos de seguridad del paciente, incorporados al Acuerdo de Gestión de nuestra unidad desde 2012, y que han continuado hasta la actualidad, con los OBJETIVOS concretos, INDICADORES y RESPONSABLES.

Nº	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1E	E01: Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico
2E	E02: Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón.
3E	E03: Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar
4E	E04: Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón
5E	E05: Incrementar el índice de resolución por CMA de Simpatectomías transtoracoscópica bilateral

E01 Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico

<b>Indicador</b>	<b>Tasa de Mortalidad intrahospitalaria tras resección pulmonar por cáncer broncogénico</b>
<b>Fórmula/Criterio de cumplimiento</b>	(nº Pacientes fallecidos en el año durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico/ Total de pacientes sometidos durante el año a resección pulmonar por cáncer broncogénico) x 100
<b>Fuente</b>	CMBDH
<b>Metodología de Evaluación</b>	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.
<b>Peso</b>	8
<b>Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior</b>	≤ 5%-6,8%
<b>Observaciones</b>	Mortalidad Grupo Español de Cáncer de Pulmón: 6,8%

Responsables: Dr. González y Dr. Salvatierra

E02 Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CÁNCER. CÁNCER DE PULMÓN

<b>Indicador</b>	<b>Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón: % pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días</b>
<b>Fórmula/Criterio de cumplimiento</b>	(Número de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días / Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón X 100
<b>Fuente</b>	<b>AGD</b>
<b>Metodología de Evaluación</b>	Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido
<b>Peso</b>	8
<b>Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior</b>	≥ 75%/60%
<b>Observaciones</b>	*La demora se calcula como la fecha de intervención - fecha de inclusión en AGD, se excluyen los periodos en que el paciente está en transitoriamente no programable a petición del paciente (demora voluntaria) o por criterio facultativo. En los casos de libre elección se considera a partir de la fecha en que es valorado por la unidad de cirugía torácica
<b>Compartido con</b>	UGC Neumología; Medicina Nuclear y Radiodiagnóstico

Responsables: Dra. Moreno, Dr. González y Dr. Salvatierra

E03 Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar

<b>Indicador 1</b>	<b>1 Tasa de Mortalidad en trasplante pulmonar (al año)</b>
<b>Fórmula/ Criterio de Cumplimiento</b>	(Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante el año siguiente a la realización del trasplante/Número total de pacientes trasplantados durante el año) x 100
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Metodología de Evaluación</b>	Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido
<b>Peso</b>	4
<b>Lím. Superior (Óptimo)/ Lím. Inferior</b>	20%/25%
<b>Observaciones</b>	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
<b>Responsables: Dr. Álvarez y Dr. Cerezo</b>	
<b>Indicador 2</b>	<b>2 Realizar ecografía transesofágica durante el trasplante de pulmón: % pacientes sometidos a trasplante de pulmón a los que se les realiza ecografía transesofágica intraoperatoria</b>
<b>Fórmula/ Criterio de Cumplimiento</b>	(Número de pacientes sometidos a trasplante de pulmón a los que se les realiza ecografía transesofágica intraoperatoria x 100/ total de pacientes sometidos a trasplante de pulmón)
<b>Fuente</b>	DAH
<b>Metodología de Evaluación</b>	Explotación del SSII e informe con el resultado obtenido
<b>Peso</b>	4
<b>Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior 2019</b>	80%/75%
<b>Observaciones</b>	Se contabilizará a partir del segundo semestre de 2019
<b>Compartido con</b>	UGC ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
<b>Responsables: Dr. González y Dr. Álvarez</b>	

E04 Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón

<b>Indicador</b>	<b>Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón: % reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico</b>
<b>Fórmula/Criterio de cumplimiento</b>	(Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico / Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico) X 100
<b>Fuente</b>	CMBD.
<b>Metodología de Evaluación</b>	Explotación de la Fuente de Información e Informe con el resultado obtenido

<b>Peso</b>	8
<b>Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior</b>	≤ 5,5%/7,5%
<b>Observaciones</b>	
<b>Responsables:</b> Dr. González, Dr. Álvarez y dr. Algar	

E05 Incrementar el índice de resolución por CMA de Simpatectomías

<b>Indicador</b>	<b>Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscópica bilateral, de modo que el porcentaje de pacientes susceptibles de ser intervenidos sin estancia resueltos por CMA sea igual o superior al 80%</b>
<b>Fórmula/Criterio de cumplimiento</b>	(Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía transtoracoscópica bilateral resueltos por CMA / Total de pacientes intervenidos por Simpatectomía transtoracoscópica bilateral (CMA + Ingresos) ) x 100
<b>Fuente</b>	CMBD
<b>Metodología de Evaluación</b>	Explotación del CMBD e informe con el resultado obtenido
<b>Peso</b>	8
<b>Lím.Superior (Óptimo) / Lím.Inferior</b>	≥80%/70%
<b>Observaciones</b>	
<b>Responsables:</b> Dra. Ruíz y Dr. González	

Los resultados de estos estándares incluidos en los AGC están expuestos en el documento de análisis de resultados del AGC.

Por decisión de la Dirección Asistencial, debido a que la institución no puede garantizar el funcionamiento de las fuentes de información, ya no figuran en el AGC los objetivos que a continuación se detallan. No obstante, dada la importancia de estos en la seguridad del paciente, decidimos mantenerlos, supliendo las fuentes de información por registros propios.

Mantener el número de episodios de infección relacionada con los catéteres venosos por debajo 10 episodios por cada 1000 días de implantación de catéter.

**Indicador (título): Infección relacionada con catéter venoso (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de episodios de infección relacionada con catéter venoso (infección de puerta de entrada o bacteriemia) durante el año

DENOMINADOR: Total de días de implantación de catéter venoso en pacientes durante el año

Criterio de Cumplimiento: Número de episodios inferior a 10 por 1000 días

Fuente de Información: Servicio de Medicina Preventiva

Metodología de evaluación: Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq 10/14$

Manejo de pacientes (de referencia) Infección relacionada con el sondaje vesical, por debajo del 10% (pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)

**En 2022: 0 %. En 1º semestre de 2023: 0 %**

**Indicador (título): Infección urinaria en pacientes sondados**

Fórmula: %

NUMERADOR: Número de pacientes con infección urinaria superior al 2,6% a sondaje vesical.

DENOMINADOR: Número total de pacientes con sondaje vesical.

Criterio de Cumplimiento: Porcentaje de infecciones urinarias  $\leq 10\%$

Fuente de Información: Servicio de Medicina Preventiva

Metodología de evaluación: Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq 10\%/14\%$

**En 2022: 0 % y 1º semestre de 2023: 0 % excluidos los pacientes trasplantados.**

<p>El porcentaje de pacientes trasplantados de pulmón (adultos) que refieren haber comprendido la información facilitada por los neumólogos de trasplante en relación con el uso y los efectos secundarios de los fármacos inmunosupresores será superior al 80%.</p>
<p><b>Indicador (título): Conocimiento y comprensión de los efectos adversos de los inmunosupresores en pacientes trasplantados de pulmón</b></p> <p>Fórmula:</p> <p>NUMERADOR: Número de pacientes trasplantados de pulmón que refieren haber comprendido la información en relación con el uso y los efectos adversos de los inmunosupresores</p> <p>DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados de pulmón respondedores de la encuesta.</p> <p>Criterio de Cumplimiento: <math>\geq 80\%</math></p> <p>Fuente de Información: UGC</p> <p>Metodología de evaluación: Explotación de la encuesta e informe de la UGC con el resultado obtenido.</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: <math>\geq 80\%/70\%</math></p>
<p>En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros Servicios y/o Unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:</p>
<p><b>En 2022: 95 %; en 2023: 96,3 %</b></p>

<p>La Unidad de CTyTxP venía utilizando sistemáticamente antibioterapia profiláctica en todas las intervenciones quirúrgicas, con el fin teórico de reducir la infección de la herida. Esta práctica se sustentaba en evidencias científicas de bajo nivel.</p>
<p><b>Variabilidad de la práctica clínica.</b></p> <p>Recomendaciones de lo que clínicamente no debe hacerse (“Do not do recommendations”) de la NICE. Recoge las prácticas clínicas que el Instituto para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) recomienda. Entre ellas, no recomienda la utilización de antibioterapia profiláctica en una serie de intervenciones torácicas en las que nuestra Unidad sí la utilizaba.</p> <p>Consideramos que un número considerable de pacientes, en torno a 220/año, pueden beneficiarse de esta medida, en el sentido de no estar sometido a las posibles reacciones adversas, efectos secundarios y complicaciones producidos por la antibioterapia no justificada.</p>
<p><b>Enunciado de la intervención</b></p>

Garantizar la aplicación de al menos una recomendación de lo que “clínicamente no se debe hacer” de la NICE, que la UGC haya considerado como de elevada prioridad (puntuación = 3 en la escala de priorización de 1 a 3) bien en eficiencia o en efectividad. (Evidencia de la intervención: National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE ‘do not do’ recommendations. Disponible en:

<http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp?action=searchform&results=yes&txtSearchText=&txtTopic=&txtSubTopic=&p=off>

**No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada.**

Se hace necesario mantener y mejorar la cultura de las UGC de ajuste a la práctica clínica basada en evidencias y / o alternativas coste - beneficiosas

Selección de la “do not do recommendation” a evaluar de entre las puntuadas con 3 en eficiencia y / o efectividad (cuestionario en Access cumplimentado por las UGC).  
Auditoría para evaluar cumplimiento de la recomendación (enero – junio de 2017)  
Responsable: director de la UGC.

Indicador de Resultado: “Entre 0 y 1 fallos (no cumplimiento) que equivale a entre un 75 - 85 % de cumplimiento de la recomendación”.  
. No prescribir antibioterapia en las órdenes preoperatorias a los pacientes que vayan a someterse a algunas de las siguientes intervenciones:  
- Simpatectomía  
- Neumotórax primario sin drenaje previo  
- Biopsia pleural por toracoscopia  
- Biopsia pulmonar por toracoscopia

Indicador (título): cumplimiento de la recomendación NICE cuyo texto dice: “No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada”.

Fórmula: número de “fallos” (historias clínicas en las que no se cumple la recomendación) x100 / 19.

Numerador: número de fallos \* 100

Denominador: 19.

Criterio de Cumplimiento: < 2 “fallos”.

Observaciones:

Límite Superior / Límite Inferior: 85 % / 75 % (= a 0 fallos / 1 fallo).

Situación de partida (valor de referencia): se aplica la recomendación (aunque se desconoce en qué porcentaje).

Fuente de Información: Historias Clínicas (para evaluar cumplimiento de la recomendación) y CMBD (para identificar el universo: el proceso o diagnóstico al que aplica la recomendación).

Metodología de evaluación: Auditoría de, al menos, 19 historias clínicas anuales seleccionadas mediante

el Método de Muestreo para aceptación de lotes (Método: LQAS).

Observaciones:

Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes):

Se estima una reducción de costes al disminuir la realización de procedimientos diagnóstico - terapéuticos innecesarios

**Desde 2018 hasta el 1º semestre de 2023 no se ha registrado ningún episodio de profilaxis antibiótica indebida.**

---

## 5.- LISTAS DE COMPROBACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

---

En 2008, la Unidad estableció un listado de comprobación para la seguridad del paciente, que contemplaba los siguientes apartados (Anexo 7).

- Lista de comprobación de preingreso y programación quirúrgica: incluye ítems para asegurar que toda la información clínica y exploraciones complementarias están correctamente identificadas, que la lateralidad de la lesión o lesiones es correcta, que el estudio está completo, según el protocolo correspondiente, que el paciente no toma medicación que contraindique o incremente innecesariamente el riesgo quirúrgico y que el estudio preanestésico permita la intervención programada. Sin la cumplimentación de este formulario ningún paciente podrá ser ingresado en la Unidad. De esta comprobación será responsable el director de la Unidad o, en su ausencia, el Jefe de Sección.

- Lista de comprobación de ingreso preoperatorio: incluye ítems para asegurar que toda la información clínica y exploraciones complementarias están correctamente identificadas, que la lateralidad de la lesión o lesiones es correcta, que no ha habido cambios clínicos ni de medicación desde la última visita clínica, que no existen, o están registradas, las alergias medicamentosas, al látex, al yodo o al esparadrapo, que el estudio clínico y preanestésico esté completo, que el paciente haya otorgado su consentimiento informado, que se hayan prescrito las medidas preoperatorios oportunas -incluyendo profilaxis infecciosa y antitrombótica-, así como la eventual reserva de hemoderivados, y que el parte quirúrgico esté correctamente realizado. Sin la cumplimentación de este formulario, ningún paciente podrá ser trasladado al quirófano. De esta comprobación será responsable la Supervisora de la Unidad o, en su ausencia, la enfermera encargada del cuidado del paciente.

- Lista de comprobación en el quirófano: Tras la aprobación de una lista de comprobación quirúrgica común a todos los servicios y unidades del Hospital, introducida en la Hoja Quirúrgica de Diraya Atención Hospitalaria, hemos decidido sustituir nuestra lista inicial por esta última. Sin la cumplimentación de este formulario, ningún paciente podrá ser trasladado al quirófano. De esta comprobación será responsable el cirujano que intervenga al paciente. La lista de comprobación se basa en la preconizada por la OMS:



**PREANESTESIA:** Cuando ingrese, debe traer el informe de la Preanestesia, si no la había traído ya antes.

**Alergias**

**Ayunas**

**Depilado**

**Medicación preoperatoria:**  **Lorazepam la noche antes de la cirugía**

**Inhaladores la mañana de la cirugía**

**Antihipertensivos la mañana de la cirugía**

**Antiagregantes: El día anterior**

**Heparina 40 mg sc a las 20.00h el día previo**

**Antidiabéticos: el día anterior**

**Cardiológica: El día de la intervención**

**Inspirón**

**Pruebas cruzadas:**  **Consulta externa**  **Ingresado**

**Ducha**

**Ingreso**  **Mismo día, 7:30h**  **Mismo día, 9:00h**  **Día previo, 9:00h**

#### RESPONSABLES

Dr. Salvatierra

#### INDICADORES Y CRONOGRAMA

Porcentaje de cumplimiento de todo el set de listado de verificación superior al 90%. Auditoria de Historias Clínicas (anual). **En 2022: 95 %. 1º semestre de 2023: 100 %**

## D.- EVALUACIÓN Y PLAN DE MEJORA

El principal corolario global resultante de la aplicación de nuestro PLAN DE SEGURIDAD es nuestra tasa de mortalidad en los 2 últimos años, que se sitúa por debajo del 1 %, tasa muy inferior al 5% esperado en la casuística atendida, según los estándares internacionales de mortalidad tras resección pulmonar. Así mismo, las tasas de las diferentes complicaciones también están muy por debajo de los estándares internacionales (véanse los indicadores de los tres últimos años, derivados del CMBD y de los registros propios).

### D.1.- DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Se han seguido sistemáticamente los protocolos, vías y guías clínicas activas en la UCTyTxP, en un intento de disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

A continuación, se exponen las **Auditoría de Historias Clínicas**, realizadas semestralmente en 2022:

## INFORME SOBRE RESULTADOS DE AUDITORÍA DE HISTORIAS CLINICAS 1º semestre 2022

Se eligieron al azar por muestreo aleatorio simple 13 historias clínicas de los 266 episodios de alta por nuestra Unidad en el 1º semestre de 2022. El tamaño muestral fue representativo de la población.

Tamaño de la población: **266**

Tamaño de la muestra (5% del TPob): **13**

La aleatorización se realizó con un \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ línea:  
generador <http://www.generarnumerosaleatorios.com/>

### Número de los sujetos seleccionados:

28	52	59	60	79	139	145
177	182	208	237	256	265	

El análisis se efectuó en la aplicación AGD.

La auditoría se realizó del 6 al 8 de julio de 2022 por la Dra. Alba M.<sup>a</sup> Fernández y el Dr. Ángel Salvatierra.

Se aplica el POE para la realización de auditorías de historias clínicas, empleando el cuestionario elaborado por la unidad para tal fin.

Los resultados se analizan por todos los miembros de la Comisión de Dirección y proponen las áreas de mejora que a continuación se relacionan:

**RESULTADOS:**

Los criterios de calidad evaluados y el porcentaje de cumplimiento han sido:

<b>AUDITORÍA HISTORIAS CLÍNICAS. Periodo: 1º semestre 2022</b>	<b>%</b>
<b>Fecha: 1-8/07/2022      Auditor/a: Alba M.ª Fernández</b>	
Alergias recogidas (cuando el paciente no presenta debe recogerse “no alergias conocidas” o similar)	100
Hábitos tóxicos	92.8
Anamnesis y exploración física	100
Exploraciones complementarias	100
Uso Herramienta de Ayuda a la toma de decisión	100
Plan Asistencial	100
Planes de cuidados de enfermería	100
Gráfica de constantes	100
Tratamiento prescrito	100
Conciliación de medicación	92.8
Registro de Consentimiento informado	100
Listado de Verificación propio de la UCTyTxP	100
Listado de Verificación Quirúrgica	100
<b>Profilaxis gastroerosiva</b>	<b>100</b>
<b>Profilaxis antibiótica correcta</b>	<b>100</b>
<b>Profilaxis antibiótica indebida</b>	<b>0</b>
<b>Profilaxis TVP</b>	<b>100</b>
	100
Informe de anestesia (último episodio quirúrgico)	

Informe de quirófano (último episodio quirúrgico)	100
Informe de anatomía patológica (último episodio quirúrgico)	100
Informe de alta	100
Informe de continuidad de cuidados	100
<b>Analgesia al alta paracetamol +AINE (primer escalón)</b>	<b>92.8</b>
Tipo de Neumotórax especificado	100
<b>Transfusión inadecuada</b>	<b>0</b>
<b>PET-TC en metástasis epiteliales</b>	<b>-</b>
<b>PET-TC en CaB T2/T3</b>	<b>100</b>
<b>VATS Derrame pleural maligno: Pleurodesis o drenaje permanente</b>	<b>-</b>
<b>Neumonía nosocomial: cultivo previo a ATB</b>	<b>-</b>
<b>Focalidad específica en hiperhidrosis (HC e Informe)</b>	<b>-</b>
Calidad de Interconsultas. Indicadores de calidad temporales*	100
Calidad de Interconsultas. Indicadores de calidad de protocolo**	100

Auditoría de Consentimiento Informado. Periodo: 1º semestre 2022

Auditor/a: Alba M.ª Fernández

¿El formulario de CI está adaptado a la normativa (Orden de 8 de julio de 2009)?	100
¿Se corresponden el procedimiento realizado con el formulario de CI utilizado?	100
¿El formulario de CI está cumplimentado con los datos del profesional que informa?	100
¿El formulario de CI está firmado por el profesional que informa?	100
¿El formulario de CI está cumplimentado con los datos del paciente o representante?	100
¿El formulario de CI está firmado por el paciente o representante?	100
¿El formulario de CI está fechado?	100
¿El formulario de CI incluye la posibilidad de revocación?	100
¿Se entrega una copia del formulario de CI al paciente o representante?	100
¿Ha quedado constancia del procedimiento de CI en la HC?	100
¿Está archivado el formulario de CI original en la HC?	100

## ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Por debajo del 95% de cumplimiento:

Hábitos tóxicos (92.8%). Mejora un poco respecto a auditorías previas, pero sigue estando por debajo del 95 %, a pesar de que todos conocemos la necesidad de recogerlos. El paciente procedía de otra unidad y, como es lógico, sus antecedentes salían automáticamente. No se preguntó de nuevo al paciente por sus hábitos tóxicos.

Conciliación de la medicación (92.8 %) en un caso, en el que se expresa, pero no así su medicación habitual.

Analgesia de primer escalón (92.8 %), falla en un caso, sin justificación.

Hemos mantenido o mejorado en todos los demás aspectos.

En octubre tuvimos una sesión de formación interna, para hablar de la importancia de registrar todos los datos fundamentales de la historia clínica. Así mismo, actualizamos y difundimos el protocolo del dolor agudo. Vamos a volver a poner en los ordenadores de planta el listado de datos esenciales de la historia clínica que hay que recoger indefectiblemente, sobre todo por los nuevos residentes y los rotantes. Todas las anteriores medidas de mejora han surtido efecto.

## INFORME SOBRE RESULTADOS DE AUDITORÍA DE HISTORIAS CLINICAS 2º semestre 2022

Se eligieron al azar por muestreo aleatorio simple 17 historias clínicas de los 174 episodios de alta por nuestra Unidad en el 2º semestre de 2022, a falta de los dos últimos meses por contabilizar. El tamaño muestral fue representativo de la población.

Tamaño de la población: **174**

T. muestra teórica aproximada (10%): **17**

La aleatorización se realizó con un \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ línea:  
generador <http://www.generarnumerosaleatorios.com/>

**Número de los sujetos seleccionados:**

280	286	315	316	319	329	347
348	350	361	394	401	407	410
445	449	456				

El análisis se efectuó en la aplicación AGD.

La auditoría se realizó del 19 al 22 de enero de 2023 por la Dra. Alba M.<sup>a</sup> Fernández y el Dr. Ángel Salvatierra.

Se aplica el POE para la realización de auditorías de historias clínicas, empleando el cuestionario elaborado por la unidad para tal fin.

Los resultados se analizan por todos los miembros de la Comisión de Dirección y proponen las áreas de mejora que a continuación de relacionan:

**RESULTADOS:**

Los criterios de calidad evaluados y el porcentaje de cumplimiento han sido:

<b>AUDITORÍA HISTORIAS CLÍNICAS. Periodo: 2º semestre 2022</b>		<b>%</b>
<b>Fecha: 10-13/01/2023      Auditor/a: Alba M.ª Fernández</b>		
Alergias recogidas (cuando el paciente no presenta debe recogerse "no alergias conocidas" o similar)		100
Hábitos tóxicos		92.3
Anamnesis y exploración física		100
Exploraciones complementarias		100
Uso Herramienta de Ayuda a la toma de decisión		100
Plan Asistencial		100
Planes de cuidados de enfermería		100
Gráfica de constantes		100
Tratamiento prescrito		100
Conciliación de medicación		92.3
Registro de Consentimiento informado		100
Listado de Verificación propio de la UCTyTxP		100
Listado de Verificación Quirúrgica		100
<b>Profilaxis gastroerosiva</b>		<b>100</b>
<b>Profilaxis antibiótica correcta</b>		<b>100</b>
<b>Profilaxis antibiótica indebida</b>		<b>0</b>
<b>Profilaxis TVP</b>		<b>100</b>

	100
Informe de anestesia (último episodio quirúrgico)	100
Informe de quirófano (último episodio quirúrgico)	100
Informe de anatomía patológica (último episodio quirúrgico)	100
Informe de alta	100
Informe de continuidad de cuidados	100
Analgesia al alta paracetamol +AINE (primer escalón)	100
Tipo de Neumotórax especificado	100
Transfusión inadecuada	0
PET-TC en metástasis epiteliales	100
PET-TC en CaB T2/T3	100
VATS Derrame pleural maligno: Pleurodesis o drenaje permanente	75
Neumonía nosocomial: cultivo previo a ATB	-
Focalidad específica en hiperhidrosis (HC e Informe)	-
Calidad de Interconsultas. Indicadores de calidad temporales*	100
Calidad de Interconsultas. Indicadores de calidad de protocolo**	100

Auditoría de Consentimiento Informado. Periodo: 2º semestre 2022

Auditor/a: Alba M.ª Fernández

¿El formulario de CI está adaptado a la normativa (Orden de 8 de julio de 2009)?	100
¿Se corresponden el procedimiento realizado con el formulario de CI utilizado?	100
¿El formulario de CI está cumplimentado con los datos del profesional que informa?	100
¿El formulario de CI está firmado por el profesional que informa?	100
¿El formulario de CI está cumplimentado con los datos del paciente o representante?	100
¿El formulario de CI está firmado por el paciente o representante?	100
¿El formulario de CI está fechado?	100
¿El formulario de CI incluye la posibilidad de revocación?	100
¿Se entrega una copia del formulario de CI al paciente o representante?	100
¿Ha quedado constancia del procedimiento de CI en la HC?	100
¿Está archivado el formulario de CI original en la HC?	100

## **ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA**

### Por debajo del 95% de cumplimiento:

Hábitos tóxicos (92.3%). Sigue estando por debajo del 95 %, a pesar de las medidas tomadas. Se trató de un paciente procedente de UCI por traumatismo torácico. Sus antecedentes, reflejados automáticamente en nuestra hoja de seguimiento no reflejaba los hábitos tóxicos y nosotros no recabamos *de novo* esa información.

Conciliación de la medicación (92.3 %) en un caso, en el que se expresa, pero no de manera adecuada.

De los cuatro pacientes a los que se le efectuó una VATS por derrame pleural neoplásico, en uno se realizó biopsia, no se efectuó pleurodesis por invasión pleural exuberante y se colocó un drenaje tipo Argyle y no uno definitivo. Como razón, el cirujano esgrimió la juventud de la paciente y la eventual respuesta a la quimioterapia. Es razonable que fuera una excepción a la regla.

Hemos mantenido o mejorado en todos los demás aspectos.

A pesar de la sesión de formación interna de octubre de 2021, en la que se habló de la importancia de registrar todos los datos fundamentales de la historia clínica, siguen sin cumplirse en el porcentaje propuesto ni el registro de los hábitos tóxicos ni se la conciliación de la medicación bien hecha. Se exhorta a ¡Prestad especial atención a los residentes rotantes! Las anteriores medidas de mejora han resultado eficaces.

1º SEMESTRE DE 2023:

---

## **INFORME SOBRE RESULTADOS DE AUDITORÍA DE HISTORIAS CLINICAS 1º semestre 2023**

Se eligieron al azar por muestreo aleatorio simple 13 historias clínicas de los 324 episodios de alta por nuestra Unidad en el 1º semestre de 2023. El tamaño muestral fue representativo de la población.

Tamaño de la población: **324**

Tamaño de la muestra (10 % del TPob): **32**

La aleatorización se realizó con un generador en línea: <http://www.generarnumerosaleatorios.com/>

**Número de los sujetos seleccionados:**

55 96 116 268 275  
 84 301 313 107 270  
 72 111 15 209 66  
 109 124 14 250 73  
 285 321 319 278 39  
 3 208 17 281 246  
 258 21

El análisis se efectuó en la aplicación AGD.

La auditoría se realizó del 1 al 5 de julio de 2023 por la Dras. Alba M. <sup>a</sup> Fernández, Patricia Childers y Ninoska Moreira y el Dr. Ángel Salvatierra.

Se aplica el POE para la realización de auditorías de historias clínicas, empleando el cuestionario elaborado por la unidad para tal fin.

Los resultados se analizan por todos los miembros de la Comisión de Dirección y proponen las áreas de mejora que a continuación de relacionan:

**RESULTADOS:**

Los criterios de calidad evaluados y el porcentaje de cumplimiento han sido:

<b>AUDITORÍA HISTORIAS CLÍNICAS. Periodo: 1º semestre 2023</b>	<b>%</b>
<b>Fecha: 1-5/07/2023 Auditores:</b> Dras. Alba M. <sup>a</sup> Fernández, Patricia Childers y Ninoska Moreira y el Dr. Ángel Salvatierra.	
<b>Alergias recogidas (cuando el paciente no presenta debe recogerse “no alergias conocidas” o similar)</b>	100
<b>Hábitos tóxicos</b>	93,8
<b>Anamnesis y exploración física</b>	100
<b>Exploraciones complementarias</b>	100
<b>Uso Herramienta de Ayuda a la toma de decisión</b>	96,9
<b>Plan Asistencial</b>	100
<b>Planes de cuidados de enfermería</b>	100

Gráfica de constantes	100
Tratamiento prescrito	100
Conciliación de medicación	93,8
Registro de Consentimiento informado	100
Listado de Verificación propio de la UCTyTxP	100
Listado de Verificación Quirúrgica	100
Profilaxis gastroerosiva	100
Profilaxis antibiótica correcta	100
Profilaxis antibiótica indebida	0
Profilaxis TVP	100
	100
Informe de anestesia (último episodio quirúrgico)	100
Informe de quirófano (último episodio quirúrgico)	100
Informe de anatomía patológica (último episodio quirúrgico)	100
Informe de alta	100
Informe de continuidad de cuidados	100
Analgesia al alta paracetamol +AINE (primer escalón)	90,6
Tipo de Neumotórax especificado	100
Transfusión inadecuada	0
PET-TC en metástasis epiteliales	100
PET-TC en CaB T2/T3	100
VATS Derrame pleural maligno: Pleurodesis o drenaje permanente	97,5
Neumonía nosocomial: cultivo previo a ATB	-
Focalidad específica en hiperhidrosis (HC e Informe)	100
Calidad de Interconsultas. Indicadores de calidad temporales*	100
Calidad de Interconsultas. Indicadores de calidad de protocolo**	100

--	--

Auditoría de Consentimiento Informado. Periodo: 1º semestre 2023	
Auditores: Dras. Alba M.ª Fernández, Patricia Childers y Ninoska Moreira y el Dr. Ángel Salvatierra	
¿El formulario de CI está adaptado a la normativa (Orden de 8 de julio de 2009)?	100
¿Se corresponden el procedimiento realizado con el formulario de CI utilizado?	100
¿El formulario de CI está cumplimentado con los datos del profesional que informa?	100
¿El formulario de CI está firmado por el profesional que informa?	100
¿El formulario de CI está cumplimentado con los datos del paciente o representante?	100
¿El formulario de CI está firmado por el paciente o representante?	100
¿El formulario de CI está fechado?	100
¿El formulario de CI incluye la posibilidad de revocación?	100
¿Se entrega una copia del formulario de CI al paciente o representante?	100
¿Ha quedado constancia del procedimiento de CI en la HC?	100
¿Está archivado el formulario de CI original en la HC?	100

### ***ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA***

Por debajo del 95% de cumplimiento:

- Hábitos tóxicos (93.8%). Mejora un poco respecto a auditorías previas, pero sigue estando por debajo del 95 %, a pesar de que todos conocemos la necesidad de recogerlos. El paciente procedía de otra unidad y sus antecedentes automáticos no se revisaron.
- Conciliación de la medicación (93.8 %) en dos casos, en el que se expresa como hecha, pero no aparece su medicación habitual previa su medicación habitual.
- Analgesia de primer escalón (90.6 %), falla en tres casos, si bien uno de ellos era alérgico a AINEs.
- Hemos mantenido o mejorado en todos los demás aspectos.
- En octubre de 2022 tuvimos una sesión de formación interna, para hablar de la importancia de registrar todos los datos fundamentales de la historia clínica. Así mismo, actualizamos y difundimos el protocolo del dolor agudo. No obstante, se han incorporado durante este semestre 5 residentes, cuatro de otras especialidades y una nuestra. El Jefe de Residentes debe ponerlo al día de todos los protocolos y de dónde puede consultarlos.

En cualquier caso, hemos solicitado a la Unidad de Dolor Agudo una sesión de formación a este respecto. Nos han comunicado que será para septiembre u octubre.

Todas las anteriores medidas de mejora puestas en marcha han surtido efecto.

---

## D.2.- NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

---

Se han notificado y registrado un número bastante constante de acontecimientos adversos desde 2010.

De entre los acontecimientos adversos más frecuentes destacan aquellos que tienen que ver con la administración de medicación (medicación equivocada, vía de administración errónea), desprogramaciones, traslados nocturnos de pacientes desde UCI y dispositivos pleurales malfuncionantes o mal preparados.

Se han celebrado todas las sesiones programadas semestralmente. Además, tras la notificación de cualquier incidente o acontecimiento adverso, se ha analizado con la metodología causa-raíz en la sesión clínica matinal inmediata. Tras cada caso de mortalidad, tanto tras cirugía torácica general, como de trasplante, se ha celebrado una sesión de mortalidad, con asistencia, generalmente, de todos los agentes implicados.

Con las medidas estructurales y de concienciación adoptadas, ha disminuido el número de administración errónea de medicación y de desprogramaciones.

No se ha conseguido evitar el traslado indebido desde UCI que, aunque no depende directamente de nuestra gestión, las medidas empleadas (comunicación con la Dirección de la Unidad y la Asistencial) no han surtido los efectos deseados.

Para evitar los fallos de los dispositivos pleurales –entre otras razones-, cambiamos el sistema de estos, de tipo pleur-evac a Medela (electrónicos, sin sello de agua. Esta medida ha hecho disminuir la densidad de acontecimientos adversos previamente registrada.

Con el fin de evitar traslados indebidos desde UCI, se ha llegado al acuerdo entre ambas unidades de que antes de proceder al traslado, el intensivista responsable del paciente se pondrá en contacto con el cirujano torácico de guardia. En diciembre de 2015, en marzo de 2017 y en febrero de 2020 se analizó conjuntamente la eficacia de la medida, constatándose una discreta mejoría, pero no el control perseguido.

No se han registrado acontecimientos adversos definidos en los indicadores centinela o críticos.

---

## D.3.- OBJETIVOS DE SEGURIDAD

---

El **índice de mortalidad**, a pesar del incremento en la complejidad de la casuística, se mantiene **por debajo de 1,75** en los últimos 12 años. **En el 1º semestre de 2023: 0,93 %**

El porcentaje de **complicaciones postquirúrgicas** se sitúa muy cercano al límite inferior de los estándares internacionales o incluso por debajo de estos. Además, la revisión de nuestro Plan de Seguridad ha servido para disminuir la tasa de complicaciones y mortalidad, respecto al septenio previo:

Nº de episodios de infección relacionada con catéter venoso/total de días de implantación de catéter venoso en pacientes sometidos a cirugía torácica general y trasplante pulmonar durante 2022 fue <1%, por debajo del estándar. En el 1º semestre de 2023: 0 %

Nº de episodios de infección quirúrgica/total de pacientes sometidos a cirugía torácica general y trasplante pulmonar durante 2022 ha sido del 3,2 %.

Nº de pacientes fallecidos en el primer año de pacientes trasplantados durante 2022: 8,88 %, por debajo del estándar 23,5 %. En el 1º semestre de 2023: 0 %

---

#### D.4.- LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

---

En varias de las sesiones semestrales de notificación y registro de acontecimientos adversos se ha puesto de manifiesto que el listado de verificación se ha cumplimentado de forma rutinaria, ya que se han tenido que desprogramar intervenciones por toma de anticoagulantes o antiagregantes en los días previos al ingreso, aún cuando en el listado este hecho se daba por controlado. Gracias a la concienciación progresiva, el listado de verificación se ha aplicado en su totalidad (los tres apartados) en el 95 % en 2022 y el 100 % en el primer semestre de 2023.

---

PLAN DE MEJORA

---

Además de las medidas propuestas en cada objetivo, de forma global se pueden resumir en:

- Mantener en 2023-24 los mismos objetivos de seguridad incluidos en los Acuerdos de Gestión Clínica de 2020.
- Mantener los objetivos de seguridad no incluidos en el AGC.
- Mantener la mortalidad en resecciones por cáncer de pulmón por debajo del 4 %.
- Mantener la mortalidad en el primer mes tras trasplante por debajo del 15 %.
- Listado de verificación completo en un porcentaje igual o superior al 95 %.
- Continuar sin efectos adversos definidos en los indicadores centinela o críticos.

## **ANEXOS**

---

---

## ANEXO 1.

---

# FUNCIONES, RESPONSABILIDADES, COMPETENCIAS Y PERFILES DE PROFESIONALES DE LA UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

---

## 1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

---

Este documento ha sido elaborado con el objeto de definir las funciones y responsabilidades, así como los perfiles profesionales y competencias de todas las categorías y puestos de trabajo adscritos a la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y trasplante pulmonar, siendo de aplicación a todos los trabajadores contratados por el Centro.

---

## 2. RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

---

La relación de puestos de trabajo que le son de aplicación a la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica, a fecha de elaboración del presente documento, son los siguientes:

Director de Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar  
Cirujano Torácico  
Supervisor/a unidad de Hospitalización  
Enfermera gestora de pacientes  
Enfermero/a área de Hospitalización Quirúrgica.  
Enfermero/a del área de Consultas Externas.  
Auxiliar de Enfermería del área de Hospitalización quirúrgica.  
Administrativa/o

---

## 3. DESARROLLO

---

A continuación, se definen cada uno de los puestos de trabajo por categorías profesionales describiendo la denominación de cada uno de ellos, el nivel organizacional, la misión del puesto, el perfil, los objetivos y las funciones generales.

---

## 4. REVISIÓN

---

Las funciones y responsabilidades, así como los perfiles profesionales y competencias de todas las categorías y puestos de trabajo se revisarán anualmente.

## IDIRECTOR/A DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

### *Definición y funciones del puesto de Director/a de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar*

Uno de los objetivos que amparan el diseño de la estructura orgánica básica del Servicio de Salud, consiste en dar respuesta a las propuestas estratégicas que emanan de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Entre dichas propuestas destaca la voluntad de fomentar una organización integrada que coopere y permita superar las dificultades de coordinación entre niveles asistenciales, promoviendo una mayor implicación de los profesionales en la organización y gestión de los servicios de salud, orientando la actividad al proceso asistencial, en beneficio de la ciudadanía. La plasmación en la realidad de este modelo obliga a conciliar la actividad clínica y la gestora, dotando de nuevas competencias al ámbito asistencial a través de lo que ha venido en denominarse gestión clínica. La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica organizando toda la actividad alrededor de procesos asistenciales basados en las mejores evidencias científicas. Persigue facilitar la atención integral al paciente, mejorar la seguridad y la calidad de las intervenciones, favorecer la accesibilidad y la continuidad de la atención reduciendo su fragmentación y los tiempos de transferencia entre unidades asistenciales. La gestión clínica permite descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente dentro de un marco de recursos limitado y por lo tanto promocionar su autonomía y responsabilidad. Los objetivos de mejora de la coordinación asistencial y organización centrada en el paciente a través de vías y guías clínicas exigen la promoción de unidades de gestión clínica tanto en atención primaria como en atención especializada. Para extender este modelo organizativo resultan capitales:

1. Un nuevo liderazgo directivo basado en el liderazgo profesional y de gestión que sea capaz de impulsar a los miembros del equipo hacia la búsqueda de la mejora continua, incorporando las mejores evidencias científicas en cuanto a eficacia y eficiencia de las intervenciones y que promueva cambios en la organización del trabajo en beneficio del paciente dentro de un marco definido de recursos.
2. Una definición clara y precisa de objetivos de resultados clínicos y económicos, recogidos en un acuerdo de gestión clínica, que identifique la producción clínica y los costes a ella asociados, el grado de autonomía de gestión, así como los incentivos asociados al cumplimiento del acuerdo de gestión clínica y de los mecanismos para asignarlos.
3. Un sistema de información corporativo que dé soporte y que permita una clara evaluación del grado de cumplimiento del acuerdo de gestión clínica suscrito entre las partes y de los elementos de la práctica clínica susceptibles de mejora.

### **Funciones del Director de la Unidad**

Corresponde al Director de la unidad de gestión clínica desarrollar, sin perjuicio de cualesquiera otras funciones que le sean expresamente encomendadas desde la dirección del nivel asistencial que corresponda, las siguientes funciones:

Ostentar la máxima responsabilidad respecto de la actividad desarrollada en el ámbito de la unidad de gestión clínica, tanto en su vertiente asistencial como en la económica y administrativa, configurándose como el interlocutor ante la dirección del nivel asistencial que corresponda.

Asumir, como superior jerárquico las funciones de jefatura, no atribuidas a otros órganos, de todo el personal que se adscriba al área o unidad de gestión clínica, cualquiera que sea el estamento y la especialidad a la que pertenezca. De él dependerán todos los profesionales adscritos al área o unidad de

gestión clínica. A vez, dependerá jerárquica y funcionalmente de la gerencia del nivel asistencial que corresponda.

Planificar y desarrollar la estructura organizativa orientada hacia la consecución de los objetivos asistenciales, económicos y organizativos que así se expliciten en el acuerdo de gestión clínica establecido, cumpliendo y haciendo cumplir las directrices que así se marquen desde la gerencia del nivel asistencial que corresponda.

Proponer un sistema de evaluación que permita la medición de los resultados obtenidos, tanto a nivel global como a nivel de cada uno de los miembros adscritos, mediante la creación e implantación previa de un sistema de información efectivo.

Establecer protocolos, normas de funcionamiento o cualquier otra medida que permita una mejora en los estándares de la atención recibida por los pacientes.

Participar de forma efectiva en el diseño de flujos y organización de la atención prestada con especial implicación en la decisión final de derivación de pacientes correspondientes al ámbito clínico-asistencial del área o unidad de gestión clínica, con objeto de facilitar la atención y la consecución de los objetivos pactados en el correspondiente acuerdo de gestión clínica.

Determinar las actividades a desarrollar en materia de docencia e investigación, y apoyar las iniciativas de los profesionales del área o unidad de gestión clínica.

Ejercer las funciones que se le atribuyan en materia de salud pública y de relaciones con la comunidad.

Proponer a la gerencia del hospital, la contratación de bienes y servicios para la unidad de gestión clínica, respetando la normativa vigente y la disponibilidad presupuestaria.

Establecer relaciones de colaboración con otras unidades, áreas o servicios con el fin de mejorar la efectividad y la eficiencia de la unidad de gestión clínica y la satisfacción de los usuarios de esta.

Proponer turnos y tareas a desarrollar en la unidad de gestión clínica de acuerdo con los objetivos explicitados en el acuerdo de gestión clínica.

Coordinar las actividades de todo el personal adscrito.

## CIRUJANO TORÁCICO

---

### 1. Cirujano Torácico de la UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

#### 2. Nivel organizacional:

Ascendente: Jefatura de Sección, Jefatura de Servicio y Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

Horizontal: Cirujanos torácicos

Descendente: Residentes de Cirugía torácica.

#### 3. Misión del puesto

Realizar todas las actuaciones de gestión, diagnósticas, terapéuticas, pronósticas, docentes e investigadoras que competen al campo de la cirugía torácica general, así como al del trasplante pulmonar y cardio-pulmonar.

#### 4. Competencias para el desempeño

##### 4.1. Titulación académica:

Licenciado en Medicina y Especialista en Cirugía Torácica.

##### 4.2. Experiencia:

Disponer de una experiencia profesional como residente y, se valorará positivamente experiencia como FEA, sobre todo en unidades con trasplante pulmonar.

Se valorará la experiencia previa en gestión.

##### 4.3. Criterio mínimo:

Residencia completa con calificación superior a 2 sobre 3.

##### 4.4. Formación Postgrado:

Demostrar una formación de manera continuada.

Formación en áreas específicas: cáncer de pulmón, trasplante pulmonar, traumatismo torácico, patología quirúrgica pleural.

Cursos sobre metodología de la investigación.

Cursos sobre Gestión de la Calidad Asistencial.

Se valorará la docencia en temas relacionados con el puesto.

##### 4.5. Perfil:

Técnicas y Procedimientos de Cirugía Torácica General y Trasplante pulmonar.

Manejar de manera eficaz la relación con el paciente y su familia. Habilidades en la comunicación.

Habilidades con la informática.

Conocimiento de Inglés a nivel avanzado.

Abordar de manera adecuada la atención al paciente hospitalizado (dotes de priorización, organización y seguridad en la toma de decisiones).

Respeto por las normas y funcionamiento de la Unidad.

Manejar correctamente la relación enfermo/familia.

Participar en la mejora continua del servicio de forma activa.

Actuar de forma responsable y organizada con las necesidades funcionales del Área.

Respetar las normas generales del Centro.

Mostrar una buena disponibilidad hacia el trabajo en equipo.

Priorización y resolución de problemas.

Cooperar con los objetivos marcados por la organización en el ámbito general y por la Unidad de gestión clínica en particular

Clara orientación por la mejora continua a través de programas de formación y mejoras de la calidad

Mostrar una buena disposición hacia el trabajo en equipo.

## **5. Funciones generales:**

### **5.1. Actividades:**

Asistenciales:

Atención al paciente ambulatorio:

Diagnóstico y eventual tratamiento de todas las patologías de la cartera de servicio de la cirugía torácica (véase apéndice: Cartera de Servicio).

Atención de la urgencia quirúrgica torácica.

Atención al paciente hospitalizado:

Procedimientos diagnósticos de todas las patologías de la cartera de servicio de la cirugía torácica (véase apéndice: Cartera de Servicio).

Procedimientos terapéuticos médicos y quirúrgicos de todas

Atención a la urgencia intrahospitalaria y a las interconsultas.

Sesiones Clínicas: Preparación de casos, presentación y asistencia.

Actividad quirúrgica programada y de urgencias de todas las patologías de la cartera de servicio de la cirugía torácica (véase apéndice: Cartera de Servicio).

Realización de informes clínicos.

Docentes:

Colaborar en la docencia de pregrado, tanto a nivel teórico, como práctico

Llevar a cabo, en coordinación con el tutor de residentes, la docencia de los residentes de la unidad y de los residentes rotantes.

Investigadoras:

Participar en las actividades investigadoras de la unidad, con la responsabilidad que determine la dirección de esta.

Difusión de los conocimientos:

Participar activamente, con comunicaciones o ponencias en las reuniones científicas del ámbito de la cirugía torácica.

Publicar en los medios de difusión científicos de forma programada y regular.

Formativa:

Asistir a los cursos sobre aspectos relacionados con su actividad de forma programada, de acuerdo con su perfil de formación, que determinará juntamente con la dirección de la unidad.

Formación continuada según el programa y las necesidades de la Unidad.

De Gestión:

Colaborar con la dirección de la unidad en el establecimiento y evaluación de objetivos, así como en las medidas correctoras que se establezcan.

### **5.1.2. Criterios de resultados:**

Toda su actividad irá dirigida a la obtención de resultados objetivos y evaluables.

**5.2. Gestión de recursos materiales:**

Control de los elementos estructurales del hospital, de la unidad, del material quirúrgico, fungible, etc.

## SUPERVISOR/A DE HOSPITALIZACIÓN DE LA UGC CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

---

### 2. Nivel organizacional

Ascendente: Dirección de Enfermería-Dirección Unidad de Gestión Clínica

Horizontal: Supervisores de enfermería.

Descendente: Personal de Enfermería.

### 3. Misión del puesto

Garantizar la circulación de pacientes, ayudar a la identificación de problemas de coordinación de admisión con la unidad, observar los recursos básicos estructurales, control de los procesos enfermeros.

### 5. Competencias para el desempeño

#### 4.1. Titulación académica:

Diplomado/a en Enfermería

#### 4.2. Experiencia:

Disponer de una experiencia profesional.

Se valorará experiencias previas en gestión de unidades de Enfermería.

#### 4.3. Criterio mínimo:

Se valorará experiencias previas en gestión de unidades de Enfermería.

#### 4.4. Formación Postgrado:

Demostrar una formación de manera continuada.

Formación en metodología de trabajo y planificación de cuidados de Enfermería.

Cursos sobre Gestión de los Servicios de Enfermería.

Cursos sobre Gestión de la Calidad Asistencial.

Se valorará la docencia en temas relacionados con el puesto.

#### 4.5. Perfil:

Gestión de los recursos humanos (liderazgo, capacidad de planificación, de gestión y de control).

Gestión de recursos materiales (control de stock, gastos, eficacia / eficiencia de los recursos materiales).

Manejo de aplicaciones informáticas: Azahar, Flor, etc.

Manejo de los servicios de urgencias y críticos.

Demostrar habilidad en el diseño de Procesos Asistenciales.

Priorización y resolución de problemas.

Manejar de manera eficaz la relación con el paciente y/o familia. Habilidades en la comunicación.

Cooperar con los objetivos marcados por la organización en el ámbito general y por la Unidad de gestión clínica en particular

Clara orientación por la mejora continua a través de programas de formación y mejoras de la calidad

Mostrar una buena disposición hacia el trabajo en equipo.

### 5. Funciones generales: 5.1. Gestión de personal:

Garantizar la dotación de personal de Enfermería de acuerdo con el jefe de bloque, subdirección de enfermería y dirección de Unidad de Gestión Clínica.

**5.1.1. Actividades:**

Gestión de incidencias, permisos e IT, en caso necesario.

Análisis de las cargas de trabajo

Evaluación del desempeño profesional de los trabajadores adscrito al área. Coordinación con el Director de la Unidad en la elaboración de los mapas de competencias de los profesionales de la unidad y en la Plan de Desarrollo individual

**5.1.2. Criterios de resultados:**

Los absentismos, IT o cualquier otra circunstancia o permiso están de acuerdo con las normas que establece la Dirección de Personal

Evaluación del desempeño de los trabajadores adscrito al área, con carácter general anual.

**5.2. Gestión de recursos materiales:**

Control de los elementos estructurales del hospital.

**5.2.1. Actividades:**

Supervisión de las tareas de mantenimiento, lavandería y limpieza.

Solicitar reparaciones y mantenimientos de los elementos estructurales.

**5.2.2. Criterio de resultado:**

Los partes de avería y conservación se cumplimentan según las indicaciones Servicios Generales. Las incidencias referentes a cualquier elemento estructural del área se notifican dentro de las 24 horas después de producirse la incidencia, salvo circunstancia que no lo permite y quede acreditada.

**5.3. Gestión asistencial**

Garantizar la prestación de cuidados de Enfermería en el área adscrita dentro del marco que establezca la Dirección de Enfermería y teniendo en cuenta los más rigurosos criterios de calidad (eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad, etc.).

**5.3.1. Actividades:**

Normalizar los cuidados de Enfermería del área.

Establecer mecanismos para mejorar la calidad de manera continua de los cuidados prestados en el servicio.

Establecer programa de formación continuada del personal del Área en cuestión.

**5.3.2. Criterios de resultado:**

Existen reuniones periódicas con el personal para analizar y mejorar aspectos funcionales y asistenciales del área. Los análisis y propuestas están recogidas por escrito.

Se estudian aquellos procesos que, por su complejidad, frecuencia o algún otro criterio de calidad representen un problema real o potencial.

## ENFERMERA GESTORA DE PACIENTES

---

### 2. Nivel de organizacional

Ascendente: Supervisora de la Unidad

Horizontal:

Descendente: Personal de Enfermería del área

### 3. Misión del puesto

Garantizar la coordinación asistencial con foco en el paciente. Actúa como interlocutora única de todo el equipo asistencial con el propio paciente y sus familiares, la enfermera gestora de casos y los profesionales de trabajo social, facilitando información sobre su evolución y resolviendo las necesidades clínicas, terapéuticas, diagnósticas y de índole social que pueda requerir la evolución de sus patologías. Todo ello dentro de un proceso colaborativo con todos los profesionales sanitarios.

Es la responsable del paciente de manera integral, de las camas, traslados, etc.

Es responsable de supervisa los cuidados de enfermería que se le dan a nuestros pacientes.

### 4. Competencias para el desempeño 4.1. Titulación académica:

Diplomado/a en Enfermería

#### 4.2. Experiencia:

Disponer de una experiencia profesional en el área de enfermería

Se valorará experiencias previas en gestión de unidades de Enfermería.

#### 4.3. Criterio mínimo:

Se valorará experiencias previas en gestión de unidades de Enfermería.

#### 4.4. Formación Postgrado:

Demostrar una formación de manera continuada en el área.

Formación complementaria sobre métodos y técnicas coordinación

Formación en metodología de trabajo y planificación de cuidados de Enfermería.

Cursos sobre Gestión de los Servicios de Enfermería.

Cursos sobre Gestión de la Calidad Asistencial.

Se valorará la docencia en temas relacionadas con el puesto

#### 4.5. Perfil:

Gestión de los recursos humanos (liderazgo, capacidad de planificación, de gestión y de control).

Gestión de recursos materiales (control de stock, gastos, eficacia / eficiencia de los recursos materiales).

Manejo de aplicaciones informáticas.

Manejo del área de hospitalización.

Diseño de Procesos Asistenciales.

Técnicas de Priorización y resolución de problemas.

Manejo de manera eficaz la relación con el paciente y/o familia y los profesionales médicos. Habilidades en la comunicación.

Orientación al logro de los objetivos del Área, pactados con la Dirección de Enfermería.

Cooperar con los objetivos marcados por la organización en el ámbito general y con la Unidad de Gestión Clínica en particular

Clara orientación por la mejora continua a través de programas de formación y mejoras de la calidad.

Mostrar una buena disposición hacia el trabajo en equipo.

**5. Objetivos generales:**

Garantizar la prestación de los cuidados de enfermería del paciente, dentro de las líneas establecidas por la Dirección de Enfermería y con los más rigurosos criterios de calidad (Efectividad, Eficacia, Eficiencia).

Garantizar la coordinación asistencial con foco en el paciente.

Asegurar la dotación básica de recursos materiales en el área adscrita.

Actuar como interlocutora única de todo el equipo asistencial con el propio paciente y sus familiares, la enfermera gestora de casos y los profesionales de trabajo social, facilitando información sobre su evolución y resolviendo las necesidades clínicas, terapéuticas, diagnósticas y de índole social que pueda requerir la evolución de sus patologías.

Es la responsable del paciente de manera integral, de las camas, traslados, etc., de manera que se le generen las menores molestias.

Garantizar la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería que se le dan a nuestros pacientes.

**6. Funciones generales: 6.1. Gestión de personal:**

Garantizar la dotación de personal de Enfermería adscrito al área, teniendo en cuenta los diferentes turnos.

**6.1.1. Actividades:**

Coordinar toda la actividad asistencial con foco fundamental en el paciente.

Detectar, reflejar en la historia y coordinar las medidas necesarias para que los pacientes vulnerables no se alejen del plan asistencial previsto.

Coordinar los cuidados y necesidad sanitarias y no sanitarias de los pacientes al alta hospitalaria, por medio de la enfermera gestora de casos y las trabajadoras sociales.

Comunicar a sus superiores jerárquicos los problemas no resolubles mediante su gestión.

Garantizar que los cuidados de enfermería son seguros, y que se rigen por la mejor y más actual evidencia científica-

Garantizar una asistencia sanitaria respetuosa y profesional, pero humana y cálida.

Evaluación, junto a la supervisora, del desempeño profesional de los trabajadores adscrito al área.

**6.1.2. Criterio de resultado:**

Satisfacción de los pacientes y familiares por encima del 90 %

Inexistencia de reclamaciones en cuanto a coordinación de los recursos sanitarios y extrasanitarios.

Satisfacción de las enfermeras a su cargo por encima del 70 % en las encuestas de clima laboral.

Se efectúa, junto a la supervisora, la evaluación del desempeño de los trabajadores adscrito al área, con carácter general anual. Los trabajadores eventuales disponen de una evaluación del desempeño al finalizar el contrato.

ENFERMERO/A DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UGC CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.

---

**2. Nivel organizacional**

Relación Ascendente: Supervisora del Área de Hospitalización y director de la Unidad

Relación Horizontal: Enfermero/a del centro

Relación Descendente: Auxiliares de Enfermería.

**3. Misión del puesto**

Garantizar la prestación de cuidados de enfermería a los pacientes ingresados/atendidos en el Área de Hospitalización Quirúrgica, dentro del ámbito de competencias de enfermería.

**4. Competencias para el desempeño 4.1. Titulación académica:**

Diplomado Universitario en Enfermería.

**4.2. Experiencia:**

Experiencia laboral en Áreas de Hospitalización Quirúrgica en hospital de similares características.

**4.3. Criterio mínimo: 4.4. Formación postgrado:**

Demostrar una formación de manera continuada en materias de Metodología / Planificación de Cuidados de Enfermería y en Gestión de Recursos.

Se valorarán cursos relacionados con RCP, Electrocardiografía básica para enfermería, cuidado de heridas, Dispositivos de inmovilización, Informática Básica...

Se valorará la experiencia como docente a profesionales de la misma categoría en temas relacionados con el puesto.

**4.4. Perfil:**

Técnicas y Procedimientos de Enfermería.

Planificar Cuidados de Enfermería.

Manejar de manera eficaz la relación con el paciente y su familia. Habilidades en la comunicación.

Habilidades con la informática.

Abordar de manera adecuada la atención al paciente hospitalizado (dotes de priorización, organización y seguridad en la toma de decisiones).

Instrumentación quirúrgica.

Respeto por las normas y funcionamiento de la Unidad.

Manejar correctamente la relación enfermo/familia.

Participar en la mejora continua del servicio de forma activa.

Actuar de forma responsable y organizada con las necesidades funcionales del Área.

Respetar las normas generales del Centro.

Mostrar una buena disponibilidad hacia el trabajo en equipo.

**5. Objetivos generales**

Garantizar la resolución de los problemas de salud de los pacientes acogidos en el Área de Hospitalización Quirúrgica, mediante una aplicación eficaz de las técnicas terapéuticas, los planes de cuidado y los protocolos diseñados en la Unidad.

Facilitar el diagnóstico médico administrando y practicando los procedimientos terapéuticos pertinentes en toda el Área de Hospitalización.

Reducir los niveles de temor y/o ansiedad del usuario/paciente que ingresa o se encuentra hospitalizado, proporcionando una información adecuada y responsable sobre el funcionamiento de la unidad y los procedimientos de enfermería que se le practiquen.

Colaborar en la agilización de la atención prestada, evitando la demora innecesaria en la atención del personal de enfermería para incidir positivamente en la eficacia de los cuidados que se proporcionan en el área.

## **6. Funciones generales**

### **6.1. Relacionadas con las tareas dependientes**

Ejecutar eficazmente los procedimientos relacionados con las tareas dependientes bien por prescripción facultativa, bien en cumplimiento de protocolos asistenciales.

#### **6.1.1. Actividades:**

##### **1. Apoyo al diagnóstico médico a través de:**

Realización de las pruebas complementarias prescritas o protocolizadas que le competan profesionalmente.

Preparación de pacientes para las pruebas médicas diagnósticas o terapéuticas que lo requieran.

Identificar y asegurar la tramitación de muestras para Laboratorio.

Recogida en el Registro de Enfermería la tramitación de las muestras y/o la solicitud de pruebas diagnósticas y la recepción de los resultados (no los valores de los mismos).

##### **2. Administración de fármacos/práctica de procedimientos terapéuticos:**

Administración de los tratamientos farmacológicos prescritos o protocolizados de forma normalizada

Realización de procedimientos terapéuticos enfermeros prescritos por el médico o protocolizados: curas, suturas, inmovilizaciones, taponamientos, aspiración de secreciones, sondajes,...

Recogida en el Registro de Enfermería, de forma precisa y secuencial, tanto de los procedimientos realizados como de los resultados obtenidos y las incidencias relacionadas dignas de mención.

##### **3. Vigilancia de pacientes/ control de evolución:**

Vigilancia de la evolución del estado de salud del paciente mediante el control de síntomas y de la respuesta a la medicación y/o técnicas terapéuticas administradas.

Alertar al facultativo pertinente ante cualquier cambio significativamente negativo de la situación del paciente.

Registro preciso y secuencial en el Registro de Enfermería de los datos e incidencias relevantes en la evolución del paciente.

Comunicar verbalmente, en el cambio de turno, que pacientes se encuentran pendientes de que se les practique algún procedimiento.

#### **6.1.2. Criterios de resultados:**

Los procedimientos diagnósticos, técnicas terapéuticas, actividades de control y/o vigilancia se realizarán siguiendo los protocolos del servicio.

Los Errores terapéuticos y la suspensión o repetición de pruebas complementarias derivadas de la mala preparación/ planificación por parte del personal de enfermería del Área de Hospitalización Quirúrgica tenderá a "0".

La información referida a los procedimientos realizados al paciente se recogerá en los registros de enfermería diseñados para la unidad, que podrán ser consultados por el médico responsable.

Existe una rápida y eficaz al médico responsable ante cualquier cambio negativo y de significación importante en el estado de salud de un paciente.

## **6.2. Relacionadas con el proceso de cuidados**

Administrar cuidados de enfermería adecuados a cada paciente del Área en función de su situación de salud, procurando la corrección de los diagnósticos reales que se detecten y evitando la aparición de complicaciones.

### **6.2.1. Actividades:**

Valoración inicial de cada paciente siguiendo las pautas marcadas en el Protocolo de Cuidados de la unidad.

Cumplimiento escrupuloso de las actividades marcadas en el plan de cuidado.

Recogida en el Registro de Enfermería de las tareas enfermeras realizadas por cada DUE

Educación para la Salud.

Comunicación verbal en el cambio de turno de la evolución de cada paciente.

Cumplimentar las hojas de alta de enfermería.

### **6.2.2. Criterio de resultados:**

El personal de enfermería maneja eficazmente los protocolos de cuidados del servicio.

Existe una continuidad en los cuidados brindados al paciente hospitalizado en el área en los distintos turnos de trabajo de los enfermeros/as.

La labor cuidadora del enfermero/a tenderá a la resolución de los diagnósticos detectados, registrando al final de cada turno su situación evolutiva.

## ENFERMERA/O DEL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS DE LA UGC CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.

---

### 2. Nivel organizacional

Relación Ascendente: Supervisora de la Unidad de Hospitalización y Director de la Unidad de Gestión Clínica.

Relación Horizontal: Enfermero/a del centro

Relación Descendente: Auxiliares de Enfermería.

### 3. Misión del puesto

Garantizar la prestación de cuidados de enfermería a los usuarios del servicio, dentro del ámbito de competencias de enfermería.

### 4. Competencias para el desempeño 4.1. Titulación académica:

Diplomado Universitario en Enfermería.

#### 4.2. Experiencia:

Experiencia laboral en Áreas de Consultas Externas polivalentes en hospital de similares características.

#### 4.3. Criterio mínimo:

Experiencia laboral en Áreas de Consultas Externas polivalentes en hospital de características similares.

Disponer experiencia de Enfermería en áreas de hospitalización quirúrgica polivalente o área quirúrgica polivalente y áreas de hospitalización médica de al menos 1 año.

#### 4.4. Formación postgrado:

Demostrar una formación de manera continuada en materias de Metodología / Planificación de Cuidados de Enfermería.

Se valorarán cursos relacionados con Cirugía Mayor Ambulatoria, RCP, Electrocardiograma básica para Enfermería, cuidado de heridas, Informática Básica, gestión de recursos, gestión de la calidad...

Se valorará conocimientos sobre traumatología, oftalmología y cardiología.

Se valorará la experiencia como docente a profesionales de la misma categoría en temas relacionados con el puesto.

#### 4.5. Perfil:

Demostrar habilidades en técnicas y procedimientos de Enfermería.

Habilidades en planificar Cuidados de Enfermería.

Manejar de manera eficaz la relación con el paciente/ familia. Habilidades en la comunicación.

Demostrar habilidades con la informática.

Demostrar respeto por las normas y funcionamiento del área.

Participar en la mejora continua del servicio de forma activa.

Actuar de forma responsable y organizada con las necesidades funcionales del área.

Respetar las normas generales del Centro.

Mostrar una buena disponibilidad hacia el trabajo en equipo.

### 5. Objetivos generales

Garantizar la prestación de cuidados a los usuarios del Área de Consultas Externas mediante una aplicación eficaz de las técnicas terapéuticas, los planes de cuidado y los protocolos diseñados en el Servicio.

Facilitar el diagnóstico médico administrando y practicando los procedimientos terapéuticos pertinentes en todo el Área.

Reducir los niveles de temor y/o ansiedad del usuario /paciente, proporcionando una información adecuada y responsable sobre el funcionamiento del área y los procedimientos de enfermería que se le practiquen.

Colaborar en la agilización de la atención prestada, evitando la demora innecesaria en la atención del personal de Enfermería para incidir positivamente en la eficacia de los cuidados que se proporcionan en el área.

## **6. Funciones generales**

### **6.1. Relacionadas con las tareas dependientes**

Ejecutar eficazmente los procedimientos relacionados con las tareas dependientes bien por prescripción facultativa, bien en cumplimiento de protocolos asistenciales.

#### **6.2. Actividades:**

##### **1. Apoyo al diagnóstico médico a través de:**

Realización de las pruebas complementarias prescritas o protocolizadas que le competan profesionalmente.

Preparación de pacientes para las pruebas médicas diagnósticas o terapéuticas que lo requieran.

Identificar y asegurar la tramitación de muestras para Laboratorio.

Registro las actividades en el formato normalizado.

##### **2. Administración de fármacos/práctica de procedimientos terapéuticos**

Administración de los tratamientos farmacológicos prescritos o protocolizados de forma normalizada

Realización de procedimientos terapéuticos enfermeros prescritos por el médico o protocolizados: curas, suturas, inmovilizaciones, sondajes,...

Registro de las actividades en el formato normalizado al efecto.

#### **6.1.2. Criterio de resultado:**

Los procedimientos diagnósticos, técnicas terapéuticas, actividades de control y/o vigilancia se realizarán siguiendo los protocolos del servicio.

Los Errores terapéuticos y la suspensión o repetición de pruebas complementarias derivadas de la mala preparación/ planificación por parte del personal de Enfermería del Área de Consultas Externas tenderá a "0".

La información referida a los procedimientos realizados al paciente se recogerá en los registros diseñados para el área.

Existe una comunicación rápida y eficaz al médico responsable de cualquier cambio negativo.

### **6.2. Relacionadas con el proceso de cuidados**

**Administrar cuidados de Enfermería adecuados a cada paciente del Área en función de su situación de salud, procurando la corrección de los diagnósticos reales que se detecten y evitando la aparición de complicaciones.**

#### **6.2.1. Actividades:**

Educación para la Salud.

Registro del plan de cuidados, asegurando la continuidad de estos.

**6.2.2. Criterio de resultados:**

El personal de Enfermería maneja eficazmente los protocolos de cuidados del área.

Existe una continuidad en los cuidados facilitados al paciente entre los diferentes niveles asistenciales.

La labor cuidadora del enfermero/a tenderá a la resolución de los diagnósticos detectados.

## TCAE DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

---

### 2. Nivel organizacional

Relación Ascendente: Supervisora de la Unidad de Hospitalización y Enfermero/a del Área.

Relación Horizontal: TCAEs de la unidad.

Relación Descendente: Limpiadoras.

### 3. Misión del puesto

Colaborar en la administración de cuidados de enfermería y en el mantenimiento de una correcta higiene ambiental y material del Área de Hospitalización, dentro del ámbito de competencias del TCAE.

### 4. Competencias para el desempeño

#### 4.1. Titulación académica:

Título de Auxiliar de Enfermería/TCAE.

#### 4.2. Experiencia:

Experiencia laboral en Áreas de Hospitalización Quirúrgica en hospital de similares características.

#### 4.4. Formación:

Demostrar una formación de manera continuada en cuidados de Enfermería y técnicas/procedimientos propios del TCAE.

Se valorarán cursos relacionados con RCP, Electrocardiograma Básica, técnicas de asepsia, reposición de stockage, movilización de pacientes, informática básica...)

#### 4.5. Perfil:

Demostrar habilidades en técnicas y procedimientos propios del auxiliar de enfermería (Higiene, Movilización y alimentación de paciente incapacitada, registro de constantes vitales básicas, administración de medicación oral, toma de muestras y medidas de fluidos corporales).

Manejar de manera eficaz la relación con el paciente y su familia.

Mostrar una aptitud adecuada ante la atención al paciente Hospitalizado (manejo técnicas de nutrición enteral, aseo y movilización,...).

Demostrar respeto por las normas y funcionamiento de la Unidad.

Manejar correctamente la relación enfermo/familia.

Participar en la mejora continua del servicio de forma activa.

Actuar de forma responsable con las necesidades funcionales del Área.

Respetar las normas generales del Centro.

Mostrar una buena disponibilidad hacia el trabajo en equipo.

### 5. Objetivos generales

Prestar, a los pacientes de ingreso u Hospitalizados en el Área de Hospitalización, cuidados sustitutorios o compensatorios por prescripción y/o delegación de la/el enfermera/o.

Mantener en perfectas condiciones de uso y conservación el material, equipo e instrumental del Área de Hospitalización.

Conservar el orden del stockage (lencería, farmacia, fungibles) y de la dotación establecida para los almacenes generales y las diferentes dependencias de la Unidad.

Colaborar en la agilización de la atención prestada, evitando la demora innecesaria en la atención del personal de Enfermería para incidir positivamente en la eficacia de los cuidados que se proporcionan en el área.

## **6. Funciones generales**

### **6.1. Relacionadas con las tareas dependientes**

Ejecutar eficazmente los procedimientos relacionados con las tareas dependientes bien por delegación de la/el enfermera/o, bien en cumplimiento de protocolos asistenciales. 6.1.1. Actividades:

Colaboración en la vigilancia de la evolución del estado de salud del paciente mediante la toma de Tª, medida y descripción de la diuresis, heces, vómitos y/o pérdidas hemáticas, informando rápidamente a la/el enfermera de la anormalidad en alguno de estos parámetros.

Comunicación inmediata a la/el enfermera/o o facultativo de cualquier signo de compromiso vital, real o aparente, detectado en los pacientes del Área, para su valoración.

Preparación del paciente para la realización de las pruebas complementarias que lo requieran (rasurado, lavado, enemas).

Colaboración con el facultativo y/o la/el enfermera/o en cualquier técnica diagnóstica o terapéutica en la que se precise su intervención.

Identificación y/o tramitación de las muestras para laboratorio por delegación de la enfermera/o o en cumplimiento de los protocolos asistenciales.

Administración de los tratamientos farmacológicos delegados (dentro del ámbito de su competencia) o protocolizado.

Recogida en el Registro de Enfermería de los apartados referidos a sus competencias y que así se establezca en los Protocolos del Servicio.

#### **6.1.2. Criterio de resultado:**

La demora en la realización de procedimientos diagnósticos y técnicas terapéuticas en las que se establezca la necesidad de colaboración del personal auxiliar de Enfermería tenderá a "0".

La suspensión y/o repetición de pruebas complementarias derivadas de la falta de presentación del paciente por parte del personal TCAE tenderá a "0".

La detección de cualquier alteración en el estado de salud de los pacientes del Área de Hospitalización, será comunicada inmediatamente a la/el enfermera/o responsable de la zona donde se encuentre el mismo.

### **6.2. Relacionadas con el proceso de cuidados**

Administrar los cuidados de Enfermería propios de sus funciones, delegados y/o protocolizados, en orden a mantener o mejorar la situación de salud real del paciente

#### **6.2.1. Actividades:**

Realización de las acciones cuidadoras propias, delegadas o protocolizadas para la/el TCAE.

Colaborar con la/el enfermera/o en la administración de cuidados.

Comunicación verbal en el cambio de turno de las incidencias de cada paciente, buscando la continuidad en los cuidados.

#### **6.2.2. Criterio de resultado:**

El personal TCAE conoce y realiza las tareas que se describen en los protocolos de cuidado del Servicio y los de su competencia.

Asume la continuidad en los cuidados brindados al paciente hospitalizado en los distintos turnos de trabajo.

### **6.3. Relacionadas con material y dependencias del servicio**

Mantener un orden e higiene perfectos tanto en la dotación material como en las dependencias del Área de Hospitalización.

**6.3.1. Actividades:**

Comunicar a la Supervisión, los incumplimientos y/o inadecuado desempeño del trabajo del personal de limpieza.

Revisión, actualización y mantenimiento del orden de los stocks de lencería, material sanitario, fármacos y fungibles del Servicio.

Reposición inmediata de fungibles, lencería y fármacos del Área de Hospitalización después del uso de estos.

Comprobar, junto con una enfermera, la correcta dotación de la Unidad al iniciar el turno de trabajo, reponiendo lo que se precise.

Comunicación de las carencias detectadas en el stockage a la supervisión del Área.

Revisión de los equipos de oxígeno y aspiración.

Revisión, limpieza y mantenimiento del aparataje del servicio

**6.3.2. Criterio de resultado:**

El personal TCAE comprueba que el trabajo realizado por el personal de limpieza se ajusta eficazmente a las normas de asepsia que deben regir un centro hospitalario.

La dotación de stocks de material de las diferentes dependencias se ajusta a los pactos de consumo de la Unidad.

El material sanitario/aparataje se mantiene en condiciones de uso inmediato las 24 horas del día.

ADMINISTRATIVA/O DE LA UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

---

**2. Nivel organizacional**

Relación Ascendente: director de la Unidad y Jefatura de Administrativos

Relación Horizontal: Administrativas

Relación Descendente: Auxiliares administrativas

**3. Misión del puesto**

Realizar toda la tarea administrativa y de secretariado de la Unidad.

**4. Competencias para el desempeño**

**4.1. Titulación académica:**

Título de Administrativa.

**4.2. Experiencia:**

Experiencia laboral en Áreas de Hospitalización Quirúrgica en hospital de similares características.

**4.4. Formación:**

Demostrar una formación de manera continuada en administración y secretariado y técnicas/procedimientos propios de administrativas.

Se valoraran cursos relacionados con gestión, ofimática e inglés

**4.5. Perfil:**

Demostrar habilidades en técnicas y procedimientos propios del secretariado.

Manejar de manera eficaz la relación los familiares y allegados.

Mostrar una aptitud adecuada ante la atención a los profesionales de la unidad.

Demostrar respeto por las normas y funcionamiento de la Unidad.

Manejar correctamente la relación con otros estamentos.

Participar en la mejora continua del servicio de forma activa.

Actuar de forma responsable con las necesidades funcionales del Área.

Respetar las normas generales del Centro.

Mostrar una buena disponibilidad hacia el trabajo en equipo.

**5. Objetivos generales**

Prestarla ayuda necesaria para el desarrollo de todas las funciones administrativas de la unidad, al máximo nivel.

Mantener al día toda la labor administrativa en relación con los informes clínicos.

Conservar el orden del stockage de la dotación establecida para los almacenes generales y las diferentes dependencias de la Unidad.

Colaborar en la agilización de la atención prestada, evitando la demora innecesaria en la atención del usuario de la unidad, y del personal.

**6. Funciones generales**

**6.1. Relacionadas con las tareas dependientes**

Ejecutar eficazmente los procedimientos relacionados con las tareas dependientes bien por delegación del Jefe de Sección o del Servicio. 6.1.1. Actividades:

Atención telefónica.

Comunicación con los pacientes y familiares sobre condiciones y fecha de consulta, hospitalización o intervención.

Preparación los partes quirúrgicos semanales y diarios.

Colaboración con el facultativo en la tarea de comunicación.

Identificación y/o tramitación de la documentación clínica y de gestión.

Administración de correspondencia de la unidad.

#### **6.1.2. Criterio de resultado:**

La demora en la realización de procedimientos administrativos tenderá a "0".

La suspensión y/o repetición de pruebas complementarias derivadas de la falta de presentación del paciente por parte del personal auxiliar de Enfermería tenderá a "0".

#### **6.2.1. Actividades:**

Realización de las acciones propias, delegadas o protocolizadas para el Administrativo

#### **6.2.2. Criterio de resultado:**

El personal administrativo conoce y realiza las tareas que se describen en los protocolos de la labor administrativa.

### **6.3. Relacionadas con material y dependencias del servicio**

Mantener un orden tanto en la dotación material como en las dependencias del Área de Despachos.

#### **6.3.1. Actividades:**

Guardar la confidencialidad de todos los datos y conversaciones técnicas desarrolladas en la Unidad.

Preservar la confidencialidad de todos los datos clínicos.

Guardar secreto profesional de toda la información manejada.

Revisión, actualización y mantenimiento del orden de los stocks del material de ofimática.

Reposición inmediata de material después del uso de estos.

Comprobar la correcta dotación de la Secretaría de la Unidad al iniciar el turno de trabajo, reponiendo lo que se precise.

Comunicación de las carencias detectadas en el estocaje al director de la unidad o al Jefe de Sección.

Revisión de los equipos informáticos.

ANEXO 2. CARTERA DE SERVICIOS ASISTENCIALES, DOCENTES, DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

---

## SERVICIOS ASISTENCIALES

### PARED TORÁCICA

Malformaciones  
Pectus excavatum  
Condrectomía y osteotomía esternal (con fijación metálica)  
Condrectomía y osteotomía esternal (sin fijación metálica)  
Inversión esternal  
Tutorización con chapa metálica flexible vía toracoscópica  
Tutorización con barra rígida vía toracoscópica (NUSS)  
Corrección no invasiva mediante ortesis de succión  
Relleno protésico  
Pectus carinatum.  
Esternocondroplastia  
Corrección no invasiva mediante ortesis de compresión  
Síndrome de Poland  
Corrección quirúrgica con transposición muscular  
Corrección quirúrgica sin transposición muscular  
Herdadura esternal sin ectopia cordis  
Reconstrucción con condrotomías oblicuas  
Reconstrucción con injertos costumusculares autólogos  
Ectopia cordis  
Torácica: reconstrucción con injertos costales y musculares autólogos  
Tocacoabdominal (pentalogía de Cantrell): reconstrucción plástica  
Otras deformidades torácicas: reconstrucción plástica  
Patología traumática  
Fracturas costoesternales. Osteosíntesis  
Lesiones de partes blandas  
Reconstrucción con transposición muscular  
Reconstrucción sin transposición muscular  
Secuelas traumáticas  
Hernia pulmonar  
Reparación quirúrgica con prótesis  
Reparación quirúrgica sin prótesis  
Dolor  
Tratamiento quirúrgico  
Tratamiento médico  
Patología infecciosa y radionecrosis  
Afectación de partes blandas  
Drenaje y desbridamiento  
Resección de partes blandas  
Con reconstrucción  
Sin reconstrucción  
Afectaciones osteocondrales  
Resección costocondral

Sin reconstrucción  
Con reconstrucción  
Resección osteomuscular  
Sin reconstrucción  
Con reconstrucción  
Resección condrocostal  
Sin reconstrucción  
Con reconstrucción  
Resección y reconstrucción esternal parcial o total  
Tumores  
Procedimientos diagnósticos  
Biopsia percutánea  
Biopsia de partes blandas  
Biopsia incisional de estructuras osteocartilaginosas  
Procedimientos terapéuticos  
Resección costocondral  
Sin reconstrucción  
Con reconstrucción  
Resección y reconstrucción esternal parcial o total  
Resección en bloque de la pared torácica  
Con cierre directo  
Con procedimiento plástico  
Con prótesis  
Sin prótesis  
Mixto  
Resección escapular  
Total  
Parcial  
Resección clavicular  
Parcial  
Total  
PLEURA  
Procedimientos diagnósticos  
Toracocentesis  
Biopsia pleural cerrada con aguja  
Biopsia pleural abierta  
Procedimientos terapéuticos  
Derrame pleural agudo y crónico  
Toracocentesis  
Drenaje  
Derivación pleuro-peritoneal  
Empiema pleural agudo y crónico  
Drenaje sin fibrinolíticos  
Drenaje con fibrinolíticos  
Toracoscopia  
Decorticación  
Toracostomía  
Plastias  
Toracoplastia  
Mioplastia  
Omentoplastia  
Plastias mixtas  
Cámara pleural post-resección. Con o sin fístula bronquial

Cierre primario  
Drenaje  
Toracostomía  
Plastias  
Toracoplastia  
Mioplastia  
Omentoplastia  
Plastias mixtas  
Tumores  
Benignos  
Resección toracoscópica  
Resección por toracotomía  
Malignos  
Primarios  
    Drenaje, pleurodesis  
    Derivación pleuro-peritoneal  
    Pleurectomía  
    Pleuroneumectomía extendida  
    Pleurectomía limitada paliativa  
Secundarios  
    Drenaje temporal  
    Drenaje permanente ambulatorio  
    Pleurodesis por drenaje  
    Pleurodesis por toracoscopia  
    Derivación pleuroperitoneal  
    Pleurectomía  
Quilotórax  
Drenaje con o sin pleurodesis  
Cierre directo del conducto torácico  
Por videotoracoscopia  
Por cirugía abierta supra o infradiafragmática  
Neumotórax y hemo-neumotórax espontáneo  
Drenaje  
Sin pleurodesis  
Con pleurodesis  
Resección bullas y/o parénquima patológico por videotoracoscopia o robótica  
Pleurodesis  
Abrasión  
Pleurectomía  
Resección bullas y/o parénquima patológico por toracotomía, VATS o robótica  
Pleurodesis  
Abrasión  
Pleurectomía  
Toracotomía de urgencia  
PULMÓN  
Procedimientos diagnósticos  
    Biopsia pulmonar toracoscópica  
    Biopsia pulmonar abierta  
    Punción-aspiración aguja fina transparietal  
    Biopsia transbronquial  
    Punción-aspiración traqueobronquial  
    Biopsia ganglionar cervical  
    Biopsia Daniels

- Mediastinoscopia cervical
- Mediastinoscopia cervical extendida
- Mediastinoscopia anterior
- Videotoracoscopia o robótica
- Malformaciones
- Atresia. Aplasia. Hipoplasia. Tratamiento quirúrgico
- Estenosis bronquial
- Broncoplastia
- Resección en manguito
- Resección pulmonar total o parcial
- Enfisema lobar. Resección pulmonar
- Secuestro pulmonar intralobar y extralobar. Resección
- Quiste broncogénico intrapulmonar o extrapulmonar. Resección
- Malformación adenomatoidea quística. Resección pulmonar
- Fístula arteriovenosa pulmonar. Resección pulmonar
- Fístula esofago-bronquial
  - Resección de la fístula con resección pulmonar
  - Resección de la fístula sin resección pulmonar
- Otras malformaciones. Tratamiento quirúrgico
- Patología infecciosa y parasitaria
- Absceso pulmonar
- Drenaje endoscópico
- Drenaje transtorácico
- Resección pulmonar total o parcial
- Bronquiectasias. Resección pulmonar total o parcial
- Tuberculosis. Resección pulmonar total o parcial
- Micosis
- Resección pulmonar total o parcial
- Sin periquistectomía
- Drenaje transtorácico
- Cavernostomía
- Hidatidosis
- Quistectomía
- Con periquistectomía
- Resección pulmonar
- Otros procedimientos quirúrgicos
- Tumores
- Cáncer de pulmón
  - Resección pulmonar robótica, VATS o abierta
  - Segmentectomía
  - Atípica
  - Lobectomía
  - Bilobectomía
  - Neumonectomía
  - Resección pulmonar ampliada robótica, VATS o abierta
  - Pared
  - Esófago
  - Pericardio
  - Mediastino
  - Diafragma
  - Columna
  - Aurícula
  - Aorta

Cava

Arteria pulmonar

Resecciones con procedimientos broncoplásticos robóticos, VATS o abierta

Lobectomía en manguito

Neumonectomía con resección carinal

Resección sincrónica bilateral VATS o abierta

Tratamientos asociados en cooperación con otros servicios

Quimioterapia de inducción

Radioterapia de inducción

Quimioterapia postoperatoria

Radioterapia postoperatoria

Radioterapia intraoperatoria

Tratamientos endoscópicos paliativos

Fotoresección con láser

Crioterapia

Braquiterapia

Endoprótesis

Otros tumores pulmonares malignos

Procedimientos similares al apartado anterior (Cáncer de pulmón) Robótica, VATS o abierta

Resección-anastomosis bronquio principal

Resección carinal

Metástasis pulmonares

Procedimientos similares al apartado anterior (Cáncer de pulmón) Robótica, VATS o abierta

Resección sincrónica bilateral Robótica, VATS o abierta

Tumores benignos

Enucleación Robótica, VATS o abierta

Resección pulmonar Robótica, VATS o abierta

Resecciones broncoplásticas Robótica, VATS o abierta

Cirugía del enfisema

Bullectomía Robótica, VATS o abierta

Cirugía reducción de volumen

Unilateral

Videotoracoscopia

Abierta

Bilateral

Robótica

Trasplante cardiopulmonar

Trasplante pulmonar

Indicaciones

Patología pulmonar intersticial

Enfisema-EPOC

Hipertensión pulmonar

Fibrosis quística-bronquiectasias

Otros

Técnicas

Trasplante unipulmonar

Trasplante bipulmonar secuencial

Trasplante lobar

Trasplantes combinados (hígado y riñón)

TRAQUEA Y BRONQUIOS

Malformaciones

Divertículo traqueal. Resección

Estenosis

Dilatación endoscópica  
Fotoresección con láser  
Crioterapia  
Prótesis  
Traqueoplastia  
Resección-anastomosis  
Fístulas traqueoesofágicas. Resección fístula  
Fístulas traqueoesofágicas con estenosis traqueal. Resección fístula y resección-anastomosis traqueal  
Traqueomalacia  
Prótesis  
Tratamiento quirúrgico  
Otras malformaciones  
Estenosis inflamatorias laringotraqueales  
    Dilatación endoscópica  
    Fotoresección con láser  
    Crioterapia  
    Prótesis  
    Resección-anastomosis traqueal  
    Resección-anastomosis laringo-traqueal  
Procedimientos laringoplásticos en colaboración con ORL  
Traqueobronquiomalacia adquirida  
Prótesis  
Tratamiento quirúrgico  
Síndrome colapso traqueal espiratorio  
Prótesis  
Remodelación externa con refuerzo de la membranosa  
Tumores traqueobronquiales  
Benignos  
    Crioterapia  
    Fotoresección con láser  
    Fulguración  
    Extirpación con pinzas de biopsia  
    Procedimientos broncoplásticos  
    Resección-anastomosis  
Malignos. Primarios y secundarios  
    Resección-anastomosis  
    Resección traqueal asociada a resección de órganos adyacentes  
    Resección pulmonar  
    Procedimientos endoscópicos paliativos  
    Dilatación  
    Fotoresección con láser  
    Crioterapia  
    Prótesis  
Traqueotomía  
Cricotiroidotomía (coniotomía)  
Traqueotomía cervical  
Traqueotomía cervical percutánea  
Traqueotomía mediastínica  
Lesiones traumáticas  
Rotura traqueo-bronquial. Tratamiento quirúrgico  
Otras lesiones  
ESÓFAGO

Perforación esofágica espontánea o traumática  
Sutura  
Drenaje cervical  
Drenaje mediastínico  
Exclusión bipolar esofágica  
Resección  
Fístulas esofagotraqueales congénitas o adquiridas (benignas y malignas)  
Resección fístula  
Resección fístula-resección-anastomosis traqueal  
Prótesis endoluminal paliativa  
Fístulas esofagobronquiales congénitas o adquiridas (benignas y malignas)  
Resección fístula  
Resección fístula con resección pulmonar  
Hernia hiatal y reflujo gastro-esofágico  
Técnicas antirreflujo por videocirugía y robótica  
Técnicas antirreflujo por cirugía abierta  
Divertículos. Resección  
Trastornos motores del esófago  
Esfínter esofágico superior  
Miotomía cricofaríngea  
Resección divertículo con miotomía cricofaríngea  
Esfínter esofágico inferior  
Miotomía  
Miotomía con técnicas antirreflujo  
Miotomía extendida  
Tumores  
Benignos. Resección-enucleación  
Malignos  
Tratamiento quirúrgico  
Tratamiento paliativo  
MEDIASTINO  
Procedimientos diagnósticos  
Mediastinoscopia cervical  
Mediastinoscopia cervical extendida  
Mediastinoscopia anterior  
Toracoscopia convencional  
Videotoracoscopia  
Patología infecciosa  
Mediastinitis aguda  
    Desbridamiento mediastínico  
    Drenaje mediastínico cervical  
    Drenaje mediastínico transtorácico  
Mediastinitis crónica. Descompresión mediastínica  
Quistes mediastínicos  
Resección por toracoscopia  
Resección robótica  
Resección por toracotomía  
Tumores benignos y malignos  
Resección por cervicotomía  
Resección por toracotomía  
Resección por esternotomía  
Resección por videotoracoscopia y robótica  
Miastenia Gravis

Timectomía transesternal  
Timectomía transcervical  
Timectomía por videotoracoscopia y robótica  
ESTRECHO SUPERIOR DEL TÓRAX  
Resección de costilla cervical-apófisis transversa elongada  
Resección primera costilla vía supraclavicular  
Resección primera costilla vía transaxilar  
Resección primera costilla vía posterior  
Resección primera costilla vía infraclavicular  
Resección primera costilla vía toracoscópica y robótica  
SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO TORÁCICO  
Simpatectomía toracoscópica en hiperhidrosis  
Simpatectomía toracoscópica en síndromes isquémicos  
Esplanicectomía por toracoscopia  
Vagotomía troncular por toracotomía y/o toracoscopia  
DIAFRAGMA (toracotomía, VATS y robótica)  
Hernias congénitas  
Reparación primaria  
Reparación con prótesis  
Eventración diafragmática  
Plicatura  
Plicatura con prótesis  
Rotura diafragmática  
Reparación primaria  
Reparación con prótesis  
Parálisis diafragmática  
Tumores benignos y malignos  
Resección  
Resección con prótesis  
Tránsitos abdomino-torácicos

#### FRONTERAS DEL TÓRAX Y COLABORACIÓN CON OTRAS ESPECIALIDADES

Pericardio  
Procedimientos diagnósticos. Diagnóstico de lesiones pericárdicas por vía toracoscópica y robótica  
Procedimientos terapéuticos por videotoracoscopia y robótica  
Derrame pericárdico  
Engrosamiento pericárdico  
Masas cervicomediastínicas  
Cervicotomía  
Cervico-esternotomía  
Esternotomía  
Cirugía raquídea (colaboración)  
Infecciones  
Toracotomía  
VATS  
Robótica  
Hernias discales  
Toracotomía  
Toracoscopia  
Robótica

#### **Colaboración con otros servicios quirúrgicos**

Cirugía maxilofacial-ORL

Tumores  
Traumatismos  
Infecciones  
Traumatología/Neurocirugía  
Cirugía raquídea videotoracoscópica  
Cirugía raquídea por toracotomía  
Cirugía Robótica  
Politraumatizado severo  
Cirugía general  
Traumatismos toracoabdominales  
Tránsitos abdominotorácicos  
Tumores en la frontera toraco-abdomino-retroperitoneal  
Cirugía cardíaca  
Reparación de mediastinitis anteriores postquirúrgicas  
Cirugía plástica

Hay que reseñar que, por la existencia de un Servicio de Cirugía General y otro de Digestivo que tenían asignada la patología del esófago en el momento en el que se constituyó en el HURS el núcleo del que luego sería la UCTyTxP, este último solo atiende en la actualidad la patología esofágica con complicación pleural o mediastínica. Por otra parte, la terapia fotorresectora y la implantación de prótesis endobronquiales las realiza actualmente la Unidad de Neumología, prestándole la UCTyTxP colaboración.

## **SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

### **PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD**

Intervención antitabáquica  
Conferencias programadas en asociaciones, instituciones, y sociedades científicas en relación con el tabaquismo y el sedentarismo  
Participación en programas de promoción de la salud en medios de comunicación locales y autonómicos  
Apéndices de promoción de salud en clases de Grado de Medicina  
Apéndices de promoción de salud en clases de Grado de Fisioterapia

### **PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Educación en Autocuidados:  
fisioterapia respiratoria domiciliaria  
fisioterapia general domiciliaria  
cuidado de heridas  
cuidados de la piel en pacientes trasplantados

Educación sobre el Uso de dispositivos médicos en domicilio:  
Drenaje pleural y sistema de recolección  
Drenaje de heridas  
Dispositivos de vacío  
Dispositivos inhalatorios:  
generales (broncodilatadores)  
hipertensión arterial pulmonar  
Dispositivos subcutáneos (hipertensión arterial pulmonar)  
Dispositivos intravenosos (hipertensión arterial pulmonar)

Educación sobre Hábitos de vida saludable:

Paciente en lista de espera para trasplante pulmonar o cardio-pulmonar

Paciente trasplantado

Paciente con hipertensión arterial pulmonar

Educación sobre fármacos inmunosupresores y sus interacciones

Educación sobre Hábitos alimentarios y de potenciales tóxicos en el paciente trasplantado

Educación sobre el cuidado de la piel en los pacientes en tratamiento con inmunosupresores

Educación para la convivencia y contacto con animales y plantas en el paciente inmunodeprimido.

#### PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA LA SALUD

Vacunación en pacientes de riesgo por inmunosupresión

Dosis única Haemophilus influenzae tipo B

Dosis única Meningococo C

Dosis de recuerdo de tétanos-difteria

Vacuna antigripal

Vacuna antineumocócica

Vacuna hepatitis A y B, según serología

Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes de riesgo por neumopatía o tras resección pulmonar.

## SERVICIOS DOCENTES

La Unidad de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar (UCTyTxP) está preparado para ofrecer docencia de pregrado y postgrado de calidad en todas las materias propias de la cirugía torácica y del trasplante pulmonar.

### 2. 1. Docencia de pregrado

La UCTyTxP ofrece la formación de Grado de Medicina correspondiente al programa teórico del área de conocimiento de cirugía torácica de la asignatura Enfermedades Respiratorias a los alumnos de la Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba.

La UCTyTxP ofrece la formación de Grado de Fisioterapia correspondiente al programa de la asignatura Afecciones cardiovasculares y respiratorias a los alumnos de la Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba.

La UCTyTxP también oferta sus servicios en el Plan de Prácticas Integradas del Área de Cirugía a los alumnos de la Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba.

## 2. 2. Docencia postgrado

Formación MIR en la especialidad de Cirugía Torácica, así como la formación en trasplante pulmonar a residentes de otros hospitales de la Comunidad Autónoma y del resto de España, y la formación en cirugía torácica a los médicos residentes de Cirugía General, Cirugía Cardíaca, Traumatología y Neumología.

Formación continuada para especialistas de la UCTyTxP y de otros hospitales andaluces, nacionales y extranjeros.

---

### ANEXO 3. DOCUMENTACIÓN EMPLEADA PARA LA METODOLOGÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

---

#### 1. PONDERACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS MEDIANTE EL AMFE

Leer detenidamente las recomendaciones para el uso del AMFE que se adjuntan como Anexo 1 de este documento.

Puntuar **cada uno de los fallos** en el fichero de Excel denominado "1 AMFE UGC CT", utilizando las escalas que se adjuntan en este documento.

Cuando uno de los fallos se considere crítico (por la gravedad clínica, extraordinario coste económico, prestigio de la Unidad, etc.), colocar una "X" en el lugar correspondiente.

Remitir el fichero de Excel cumplimentado a Rosana Moreno Caballero:  
[Rosana.moreno.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:Rosana.moreno.sspa@juntadeandalucia.es)

#### 2. ELABORACIÓN DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS

2.1 Colocar en la columna correspondiente todas las acciones preventivas que se crean convenientes para evitar cada uno de los fallos identificados como desencadenantes de efectos adversos. Utilizar para ello el documento de Word denominado "2 UGC CT ACCIONES PREVENTIVAS"

Se explica al detalle en el Anexo 2 de este documento.

2.2 Imprimir el fichero de Word generado para elaborar las acciones preventivas y llevar una copia a la segunda sesión de trabajo.

**Anexo 1. Análisis Modal de fallos y efectos (AMFE). Ponderación.****UGC de Cirugía Torácica. Escalas para la obtención del IPR y tablas de trabajo****Gravedad clínica.**

Mide el **daño** físico o psíquico esperado (efecto adverso) que provoca el fallo en cuestión, según la percepción (o la consecuencia para) del paciente.

Determina la importancia o severidad del efecto adverso para el paciente; valora el nivel de consecuencias, con lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del paciente, la degradación de los resultados clínicos esperados y el coste de reparación del daño causado.

La escala ha sido diseñada por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica para su empleo por el grupo de trabajo que tiene como finalidad la elaboración de recomendaciones para la implantación de un plan de seguridad del paciente en la UGC de Cirugía Torácica. El rango que se propone está construido con números enteros. En la tabla que sigue se puede observar que la puntuación va del 1 al 10. Como ejemplos, los fallos que se evalúan provocan efectos adversos que pueden ir desde una pequeña insatisfacción, complicación o secuela permanente hasta problemas de seguridad importantes como el caso más grave, de muerte.

Tabla de valoración de la **gravedad** del efecto adverso según la repercusión en el paciente

Valor	Gravedad clínica	Percepción o consecuencias para el paciente
1	<b>Muy Baja</b> Repercusiones imperceptibles	Sin consecuencias. No es razonable esperar que el fallo de pequeña importancia origine efecto adverso real alguno sobre el paciente. Probablemente, el paciente no percibirá el efecto del fallo.
2 – 3	<b>Baja</b> Repercusiones irrelevantes, apenas perceptibles	El tipo de fallo originará un ligero inconveniente o molestia al paciente. Probablemente, éste observará un pequeño deterioro sin importancia en el servicio / atención que recibe. Es fácilmente subsanable.
4 – 6	<b>Moderada</b> Defectos de relativa importancia	El fallo produce cierto disgusto e insatisfacción en el paciente. El paciente observará alguna molestia física / psíquica o incomodidad en el servicio recibido.
7 – 8	<b>Alta</b>	El fallo puede provocar un efecto adverso que puede ser crítico y complicar la evolución del paciente (necesidad de ingreso en el hospital, insuficiencia de algún órgano (cardíaca, hepática, renal, ...) o necesidad de intervención quirúrgica, con una clara afectación clínica. Produce un grado de insatisfacción elevado.
9 – 10	<b>Muy Alta</b>	Modalidad de fallo potencial muy crítico que afecta al funcionamiento de seguridad de la atención al paciente, servicio prestado o proceso. Pone en peligro vital grave al paciente. Deja secuelas importantes o provoca alteraciones funcionales permanentes. Tales fallos causan efectos adversos graves y se deben ponderar con un 10.

**Frecuencia.**

Pondera la repetitividad potencial u ocurrencia de un determinado fallo que provoca un efecto adverso, es la probabilidad de aparición del efecto adverso por un fallo determinado.

Es, por tanto, la probabilidad de que una causa potencial de fallo (causa específica) se produzca y dé lugar al modo de fallo que genera el efecto adverso.

Tabla de valoración de la **frecuencia/probabilidad de ocurrencia** del efecto

Se trata de una evaluación subjetiva, por lo que se recomienda, si se dispone de información, utilizar datos históricos o estadísticos. Si en la UGC de Cirugía Torácica existiese un registro de efectos adversos, este será de gran ayuda para poder objetivar el valor. No obstante, la experiencia es esencial.

La frecuencia de los modos de fallo de una técnica diagnóstica o terapéutica, debería ser suministrada al paciente como información previa (consentimiento informado) a su realización.

Las únicas formas de reducir este índice de frecuencia son:

Cambiar el diseño del proceso asistencial, para reducir la probabilidad de que el fallo pueda producirse.

Incrementar o mejorar los sistemas de prevención y/o control que impiden que se produzca la causa de fallo.

Valor	Frecuencia	Criterio
1	<b>Muy Baja. Improbable</b> ≤ 1 en 10.000	Ningún fallo se asocia a procesos asistenciales casi idénticos, ni se ha dado nunca en el pasado, pero es concebible que pueda aparecer.
2 - 3	<b>Baja</b> (1 en 10.000 – 1.000)	Fallos ocasionales se dan en procesos similares o casi idénticos. Es razonablemente esperable que se dé alguna vez en la práctica de cualquier profesional, aunque es poco probable que suceda.
4 - 6	<b>Moderada</b> (1 en 1.000 - 100) (1‰ - 1%)	Defecto aparecido ocasionalmente en procesos asistenciales similares o previos al actual (recogidos en la bibliografía o en la experiencia del evaluador). Probablemente aparecerá algunas veces en la vida laboral de cualquier profesional.
7 - 8	<b>Alta</b> (2 - 5 en 100) (2 - 5%)	Fallos repetitivos. El fallo se ha presentado con cierta frecuencia en el pasado en procesos similares o en casos atendidos por el equipo sanitario / profesional que realiza la ponderación. Existe la constancia clara por la propia experiencia del equipo / profesional o se dispone de un registro.
9 - 10	<b>Muy Alta</b> (1 en 20) (>5%)	Fallo muy probable. Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente. Efecto adverso habitual.

**Detectabilidad.**

Este concepto es esencial en el AMFEC. Si durante el proceso se produce un fallo o cualquier resultado defectuoso, se trata de averiguar cuan probable es que no lo "detectemos", pasando a etapas posteriores, generando los consiguientes problemas y llegando en último término a afectar al paciente, o sea, a provocar un efecto adverso. Cuanto más difícil sea detectar el fallo existente y más se tarde en hacerlo, más importantes pueden ser las consecuencias del mismo.

Por tanto, este índice indica la probabilidad de que la causa y/o modo de fallo, supuestamente aparecido, sea detectado con antelación suficiente para evitar daños, a través de los "controles actuales" existentes a tal fin. Es decir, es la capacidad de detectar el fallo antes de que se produzca el efecto adverso al paciente. Inversamente a los otros índices, cuanto menor sea la capacidad de detección mayor será el índice de detectabilidad y mayor el consiguiente Índice de Riesgo, determinante para priorizar la intervención.

Se hace necesario aquí puntualizar que la detección no significa control, pues puede haber controles muy eficaces pero si finalmente se produce el efecto adverso, ya sea por un error, etc., el índice de la detección tendrá un valor alto. Aunque está claro que para reducir este índice sólo se tienen dos opciones:

Aumentar los controles. Esto supone aumentar el coste con lo que es una regla no prioritaria en los métodos de calidad ni de prevención.

Cambiar el diseño del proceso asistencial para facilitar la detección.

Valor	Probabilidad / Facilidad	Criterio
1	<b>Muy Alta</b>	El fallo que genera el efecto adverso es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes. Los controles detectarán casi con seguridad el fallo que lo provoca en el 95 % de los casos o más.
2 - 3	<b>Alta</b>	El fallo, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar inicialmente a un control, aunque sería detectado con toda seguridad a posteriori. Los controles detectarán el fallo con alta probabilidad entre un 80 y un 95 % de los casos.
4 - 6	<b>Moderada</b>	El fallo es detectable y posiblemente no sea perceptible por el paciente. Es probable que se detecte en las últimas fases del proceso asistencial. Los controles detectarán el fallo entre un 40 y un 80 % de las veces.
7 - 8	<b>Baja</b>	El fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento. Es poco probable que los controles detecten sólo detectarán el fallo entre un 5 y un 40 % de las veces.
9 - 10	<b>Muy baja / Nula</b>	El fallo es casi seguro que lo percibirá/sufrirá el paciente. No existen controles, estos son inoperantes o el fallo no puede detectarse. Sólo será detectado en un porcentaje entre el 0 y el 5 % de los casos.

Tabla de valoración de la **probabilidad / facilidad de detección** del fallo.

### Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) de efectos adversos

También denominado Número de Prioridad de Riesgo (NPR). Tal índice está basado en los mismos fundamentos que el método histórico de evaluación matemática de riesgos de William T. FINE (\*) que permite calcular el grado de peligrosidad de los riesgos y en función de éste ordenarlos por su importancia, si bien el índice de prioridad del AMFEC incorpora el factor detectabilidad. Por tanto, tal índice es el producto de la frecuencia por la gravedad y por la detectabilidad, siendo tales factores traducibles a un código numérico adimensional que permite priorizar la urgencia de la intervención, así como el orden de las acciones correctoras. Por tanto, debe ser calculado para todos los tipos de fallo.

$$\text{IPR} = \text{D} \times \text{G} \times \text{F}$$

Dado que tal índice va asociado a la prioridad de intervención, suele llamarse Índice de Prioridad del Riesgo.

No se establece un criterio de clasificación de tal índice. No obstante, un IPR inferior a 100 no requeriría intervención salvo que la mejora fuera fácil de introducir y contribuyera a mejorar aspectos de calidad del servicio, proceso o trabajo. El ordenamiento numérico de las causas de modos de fallo por tal índice ofrece una primera aproximación de su importancia, pero es la reflexión detenida ante los factores que las determinan, lo que ha de facilitar la toma de decisiones para la acción preventiva. Como todo método cualitativo su principal aportación es precisamente el facilitar tal reflexión.

Siempre que la gravedad esté en los niveles de rango superior a 4 y la detectabilidad sea también superior a 4, debe considerarse el fallo y las características que le corresponden como importantes. Aunque el IPR resultante sea menor al especificado como límite, conviene actuar sobre estos modos de fallo. De ahí que cuando el AMFE incorpora tal atención especial a los aspectos críticos, el método se conozca como AMFEC, correspondiendo la última letra a tal aspecto cuantificable de la criticidad.

Estas características de **criticidad** se identificarán con algún símbolo característico (por ejemplo, en nuestro caso con una "X" en la hoja del AMFEC), en el plan de control y en el diagrama del proceso si corresponde.

En la práctica, es de suma importancia determinar al inicio cuales son los puntos críticos del proceso asistencial a analizar. Para ello hay que recurrir a la observación directa que se realiza por el propio grupo de trabajo y a la aplicación de técnicas generales de análisis desde el "brainstorming" a los diagramas causa-efecto de Isikawa, entre otros, que por su sencillez son de conveniente utilización. La aplicación de dichas técnicas y el grado de profundización en el análisis depende de la composición del propio grupo de trabajo y de su cualificación, del tipo de servicio o producto a analizar y como no, del tiempo hábil disponible.

(\*) FINE: Grado de Peligrosidad del Riesgo = Consecuencias (daño) x Exposición (frecuencia) x Probabilidad (de que se origine el accidente una vez presentada la situación de riesgo).

**Recomendaciones para su cumplimentación**

Utilice el fichero de Excel denominado “AMFE UGC CT”.

Si considera que el fallo que va a ponderar genera un efecto adverso crítico (por la gravedad clínica, extraordinario coste económico, prestigio de la Unidad,.....), coloque una “X” en el lugar correspondiente de la columna encabezada con el texto de ¿CRÍTICO?.

Por favor, pondere en cada fallo los tres factores (gravedad, frecuencia y detectabilidad). Cuando considere que no puede ponderar alguno de estos factores o el fallo en su totalidad, déjelo en blanco (sin ponderar).

G = Gravedad; F = Frecuencia; D = Detectabilidad; **IPR = G x F x D.**

Tablas resumen de ayuda a evaluación

VALOR	GRAVEDAD CLÍNICA
1	<b>Muy Baja</b> Repercusiones imperceptibles
2 - 3	<b>Baja</b> Repercusiones irrelevantes, apenas perceptibles
4 - 6	<b>Moderada</b> Defectos de relativa importancia
7 - 8	<b>Alta</b>
9 - 10	<b>Muy Alta</b>

VALOR	FRECUENCIA
1	<b>Muy Baja</b> , Improbable ≤ 1 en 20.000 ( ≤ 20 ‰)
2 - 3	<b>Baja</b> 1 en 20.000 - 10.000
4 - 6	<b>Moderada</b> 1 en 10.000 - 1.000
7 - 8	<b>Alta</b> 1 en 1.000 - 100
9 - 10	<b>Muy Alta</b> 1 en 100 - 20 (1 - 5 %)

VALOR
1
2 - 3
4 - 6
7 - 8
9 - 10

Se adjunta un ejemplo (la ponderación ha sido realizada por una persona no experta en UGCs de Cirugía Torácica).

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE UGC de Cirugía Torácica					
ADVERSOS	FALLOS	CAUSAS	¿CRÍTICO?	GRAVEDAD	FRECUENCIA
acción del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Falta de entendimiento de la escritura del facultativo por el farmacéutico		6	5
		No comprobación por la enfermera de la correcta prescripción		5	6
		Mala administración del medicamento por la enfermera	X	7	6
		Mala dispensación		5	7
	Alergia no detectada	Dato mal recogido en la historia		5	8
cuarto de	El cuarto no está preparado para asearse los pacientes solos	El cuarto no está lo suficientemente preparado.		4	8
		Inadecuado diseño ergonómico		4	9

## Acciones preventivas.

### UGC de Cirugía Torácica

#### Tabla para la elaboración del plan de acciones preventivas

#### RECOMENDACIONES PARA SU UTILIZACIÓN.

Utilice la tabla del fichero de Word denominado “2 ACCIONES PREVENTIVAS UGC CT”.

Escriba en las filas destinadas a ello (5ª columna, encabezada con ACCIONES PREVENTIVAS), las medidas o acciones preventivas que Vd. considera que deben adoptarse para evitar que pueda aparecer en la práctica cada uno de los fallos que generan el efecto adverso de que se trate, o sea, cómo prevenirlo totalmente o disminuir su frecuencia de aparición.

Aunque considere que la acción a tomar se puede deducir claramente del fallo o causa identificado, por favor, escriba la/las acciones que Vd. propone.

Hágalo con todos aquellos fallos en los que Vd. considere que puede dar una opinión, pertenezca o no a su especialidad o área de responsabilidad en la Unidad de Cirugía Torácica.

Se trata de encontrar medidas, a veces imaginativas, para evitar de forma completa y definitiva que aparezcan esos efectos adversos. Tenga en cuenta en la redacción de las acciones preventivas que después se van a convertir en actividades o medidas concretas que el grupo llevará a cabo para la implantación efectiva del plan en la práctica.

Todos los participantes pueden incluir las acciones que considere conveniente en cada uno de los fallos. En aquellos en los que no quieran o no puedan aportar acciones, dejarán la fila que corresponda en blanco.

Una vez cumplimentado el documento, remitirlo a Rosana Moreno Caballero.

#### Se adjunta un ejemplo

#### Ejemplo de elaboración de acciones preventivas

N	Efecto adverso Daño o lesión física o psíquica	Fallos (el efecto adverso se debe a .....)	Causas (el fallo es causado por .....)	Acción (EI EA)
1	Administración incorrecta del medicamento	Incorrecta transcripción del medicamento por el farmacéutico	Falta de entendimiento de la escritura del facultativo por el farmacéutico	Escribir en ordenación tratamiento farmacológico
			No comprobación por la enfermera de la correcta prescripción	Checklist de comprobación
			Mala administración del medicamento por la enfermera	Reciclaje Formación Doble comprobación
			Mala dispensación	Doble comprobación

		Alergia no detectada	Dato mal recogido en la historia	Checklist de comp
2	Infecciones respiratorias (tos, febrícula)	No usar mascarillas de aislamiento	Entrar en los sitios públicos sin usar mascarillas	Formación Control estricto

## UGC de Cirugía Torácica

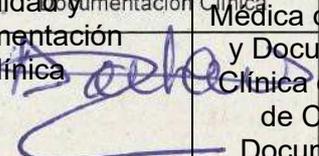
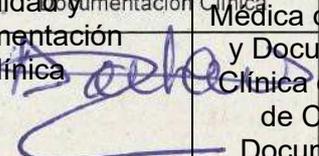
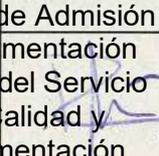
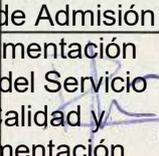
Tabla tipo para la elaboración del plan de acciones preventivas.

Nº	EFFECTOS ADVERSOS	FALLOS	CAUSAS	AC
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ANEXO 4. P.O.E. REGISTRO Y ANÁLISIS DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN LA UGC DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

Procedimiento operativo estandarizado  
**NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS**

POE – HURS - 014 – V5 Fecha entrada en vigor: 05/06/2020

FECHA	REALIZADO:	REALIZADO:	REVISADO:	REVISADO:	APROBADO:	APROBADO:
	20/03/2019	28/05/2019	23/03/2020	01/06/2020	27/03/2020	05/06/2020
<b>NOMBRE</b>	M <sup>a</sup> Antonia Álvarez de Lara Sánchez	M <sup>a</sup> Antonia Álvarez de Lara Sánchez	Rosa M <sup>a</sup> Miñano del Moral	Rosa M <sup>a</sup> Miñano del Moral	Valle García Sánchez	Valle García Sánchez
<b>CARGO</b>	Jefa de Servicio de Calidad y Documentación Clínica	Jefa de Servicio de Calidad y Documentación Clínica	Médica de Admisión y Documentación Clínica del Servicio de Calidad y Documentación Clínica	Médica de Admisión y Documentación Clínica del Servicio de Calidad y Documentación Clínica	Directora Gerente	Directora Gerente
<b>FIRMA</b>						
		<b>Responsable de revisión</b>				<b>Fecha de revisión</b>
		Rosana Moreno Caballero				2023
		<b>Lugar de archivo</b>				<b>Responsable custodia</b>
		UNIDAD DE CALIDAD				M <sup>a</sup> José Berenguer García
<b>Responsable de revisión</b>					<b>Fecha de revisión</b>	
Rosana Moreno Caballero					2023	
<b>Lugar de archivo</b>					<b>Responsable custodia</b>	

UNIDAD DE CALIDAD	M <sup>a</sup> José Berenguer García
-------------------	--------------------------------------

## INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de la calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura.

A pesar de que rara vez se viola intencionadamente el precepto hipocrático que dicta “sobre todo, no hacer daño”, la realidad es que los pacientes sufren daños durante la atención sanitaria, todos los días y en todos los sistemas sanitarios del mundo. Debemos, pues, reconocer esta realidad, rechazar la noción de que estos daños son todos inevitables y tomar medidas para subsanar los problemas que contribuyen a la inseguridad de la atención sanitaria.

El informe del Institute of Medicine (IOM)<sup>1</sup> estableció que los **sistemas de notificación** constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.

Los sistemas de notificación y registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes de seguridad y permiten aprender de los fallos que se detectan.

La terminología empleada en este documento sigue las recomendaciones recogidas en el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>.

## ACLARACIÓN DE TÉRMINOS

**Evento o efecto adverso:** es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde la medicación y el paciente entra en shock). Se considera daño la alteración estructural o funcional del organismo.

**Cuasiincidente:** incidente que no alcanza al paciente. (Por ejemplo, se conecta un suero con medicación a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la administración).

**Incidente sin daños:** incidente que alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable (por ejemplo, se infunde la mencionada medicación, pero no tiene ninguna consecuencia para el paciente).

**Notificación de eventos adversos:** comunicación VOLUNTARIA Y ANÓNIMA (si así se quiere) en la que se describe el evento adverso, el cuasiincidente o el incidente sin daños, para su posterior análisis por el grupo destacado para este fin, con la finalidad de implantar medidas que eviten su repetición.

## OBJETO

Describir la sistemática con la que todos los profesionales del Hospital Universitario Reina Sofía pueden realizar una declaración de un “evento adverso” acontecido a un paciente atendido en cualquier Unidad de Gestión Clínica, Servicio, o Dependencia del centro hospitalario, a través del espacio definido para ello en la web del HURS.

## ALCANCE

Este POE es de uso exclusivo para los profesionales del HURS y se limita al sistema de notificación de gestión directa por parte del hospital. Existen otros sistemas de notificación (Observatorio de seguridad del paciente, asociaciones científicas como el sistema

SENSAR de la Sociedad Anestesia y Reanimación...) que quedan excluidos de este procedimiento.

Si tiene dudas con la interpretación de esta versión o quiere hacer alguna mejora u observación, puede dirigirse a M<sup>a</sup> Antonia Álvarez de Lara Sánchez, Jefa del Servicio de Calidad y Documentación Clínica, en el teléfono: 670 94 59 95 (corporativo: 74 59 95) y correo electrónico [mariaa.alvarezlara.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:mariaa.alvarezlara.sspa@juntadeandalucia.es) o a Rosana Moreno Caballero responsable de calidad del Servicio de Calidad y Documentación Clínica, en el teléfono: 671 564 815 (corporativo 76 48 15) y correo electrónico [rosana.moreno.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:rosana.moreno.sspa@juntadeandalucia.es).

### 3.- EQUIPAMIENTO NECESARIO

Página Web del hospital en el apartado de profesionales [http://hrs3.hrs.sas.juntadeandalucia.es/index.php?id=eventos\\_adversos](http://hrs3.hrs.sas.juntadeandalucia.es/index.php?id=eventos_adversos). Anexo 1.

### 4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#### DECLARACIÓN DEL EVENTO

Aunque la notificación de un acontecimiento adverso o incidente relacionado con la seguridad del paciente es totalmente voluntaria, en caso de producirse uno de ellos el profesional está éticamente obligado a declararlo, utilizando para ello el registro común de acontecimientos adversos disponible de la web del HURS.

El profesional (de cualquier disciplina o categoría) que detecta o conoce la existencia de un evento adverso, un cuasiincidente o un incidente sin daños, puede declararlo a través de la web del hospital, a través de la pestaña “profesionales” y “clicando” en el menú que aparece en la parte izquierda de la pantalla “SEGURIDAD DEL PACIENTE: REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (Ver Anexo 1).

**La cumplimentación se debe realizar de la manera más exhaustiva posible**, ya que su notificación no es punitiva en ningún aspecto. Debe llevarse a cabo de manera inmediata, siempre y cuando la situación clínica del paciente que sufrió el evento adverso no exija de la atención directa en ese momento por la persona que hace la notificación.

Los ítems que aparecen con \* deben ser cumplimentados obligatoriamente, para poder devolver la información mensualmente de todas las declaraciones a la Unidad de Gestión Clínica, Servicio, o Dependencia del centro hospitalario para su análisis y aplicación de actuaciones que posibiliten la erradicación de las causas que posibilitaron la aparición del incidente.

La cumplimentación consta de los siguientes ítems:

#### Relacionados con el declarante:

Si lo desea puede identificarse o permanecer en el anonimato no cumplimentando ningún dato de este apartado.

Nombre

Apellidos

Categoría

Puesto

Unidad/ Servicio

Centro

Datos de contacto (teléfono o correo corporativo). Deberán cumplimentarse **si desea recibir información del seguimiento y actuaciones** relacionadas con el evento declarado.

#### **Relacionados con el afectado:**

Afectado Condición: especificando si es paciente o visitante. \* **Obligatoria su cumplimentación**

Afectado Apellidos

Afectado Nombre

Afectado Fecha de nacimiento

Afectado Sexo

Unidad a cargo. \* **Obligatoria su cumplimentación.** En el desplegable aparecen las Unidades de Gestión Clínica. Si se trata de cualquier otro Servicio o dependencia, cumpliméntelo en el espacio de más abajo:

Unidad (si es otra especificar)

Nº Historia (si es paciente)

#### **Relacionados con el evento:**

Fecha. Especificando día / mes / año. \* **Obligatoria su cumplimentación**

Hora

Lugar

Descripción de los hechos. \* **Obligatoria su cumplimentación**

Medidas adoptadas de inmediato

#### **Relacionados con la valoración**

Se trata de que nos ayude a realizar la primera clasificación del evento seleccionando en el desplegable la opción que más se aproxime:

El evento declarado está relacionado con. \* **Obligatoria su cumplimentación.**

Aparece un desplegable con las siguientes opciones:

Caídas y traumatismos

Comunicación / transferencia

Hemoderivados / transfusiones

Identificación

Materiales / Equipos / Aparataje / Instalaciones

Medicación

Organización / Gestión

Procedimientos Quirúrgicos

Protocolos / POEs / Métodos / Estándares

Radiaciones

Vías / Catéteres / Sondas

Consecuencias inmediatas o previstas:

Indique su impresión al respecto

Gravedad estimada

Reclamación previsible

Seguimiento previsible del evento

Deseo acuse de recibo

Deseo que se me informe sobre lo actuado (en caso afirmativo no olvide cumplimentar algún dato de contacto correspondiente al "Declarante").

Las declaraciones realizadas por los profesionales de la Unidad son recibidas por las referentes hospitalarias para la Seguridad del Paciente, que remiten periódicamente la información de las declaraciones realizadas a cada Unidad de Gestión Clínica, Servicio, o Dependencia.

## **ANÁLISIS DEL EVENTO**

Los referentes de Seguridad del Paciente y los Responsables de la Unidad de Gestión Clínica, Servicio, o Dependencia, reciben un informe mensual de los incidentes declarados por los profesionales.

Posteriormente, una vez obtenido el informe de acontecimientos adversos, los referentes de Seguridad del Paciente deben realizar un análisis causal de los eventos adversos e incidentes e introducir mejoras o modificaciones en el proceso asistencial.

Se recomienda realizar un análisis mensual, tras recibir el informe de lo declarado en el mes anterior.

En dicha reunión se analiza:

El hecho ocurrido, secuencia, causas influyentes, etc.

Consecuencia que ha tenido para el paciente (muerte, daño orgánico, daño psíquico, grado de molestia...)

Características del incidente o efecto adverso: tipo de personas implicadas, lugar, fecha y hora aproximada

Factores contribuyentes relacionados con el personal, paciente, entorno de trabajo, factores externos, etc.

Posibles factores atenuantes relacionados con el paciente, personal organización, agente determinado, etc.

Cómo se detectó el incidente o el acontecimiento adverso.

Resultado para la Unidad o el hospital.

Tras el análisis realizado se proponen las actuaciones a llevar a cabo, medidas que puedan adoptarse para reducir el riesgo de que vuelvan a producirse los eventos identificados en la Unidad.

En la misma sesión se pone al frente de las medidas a un responsable y se decide una fecha, generalmente a los 6 ó 12 meses, para poder analizar la repercusión de las acciones preventivas y poder llevar a cabo las medidas correctoras pertinentes.

Esta última etapa es fundamental para asegurar que las acciones de mejora se han implantado y sirven para prevenir que el EA vuelva a producirse. Se trata de realizar un seguimiento de las actuaciones implantadas, evaluando la efectividad de las acciones identificadas por el grupo que analiza el EA.

## **5. BIBLIOGRAFIA**

Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015- 2020. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. 2016.

Soluciones iniciales (de la OMS) para la seguridad del paciente Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety>

Estrategia para la Seguridad del paciente. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2019.

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Depósito legal: M. 19200-2006.

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente. Tutorial y herramientas de apoyo. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2010.

## **6.- LISTADO DE DOCUMENTOS ASOCIADOS.**

AX 01. POE – HURS- 014. V5. Registro de eventos adversos en formato digital disponible en la web del HURS.

## **7. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN**

Este procedimiento se puede consultar en la web del hospital [http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales\\_proced\\_generales](http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales_proced_generales)

Y se ha remitido por correo electrónico a:

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA
Valle García Sánchez	Directora Gerente	MARZO 2020
Francisco Triviño Tarradas	Director Médico	MARZO 2020
Rocío Segura Ruiz	Directora de Enfermería	MARZO 2020
Amparo Simón Valero	Directora Económico - Administrativa	MARZO 2020
José Luís Gómez de Hita	Director de Servicios Generales	MARZO 2020
Juan Alfonso Sereno Copado	Director de Personal	MARZO 2020

**ANEXO 1. REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS EN LA WEB DEL HURS.**

<http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales>



Inicio Hospital Ciudadanía Docencia Investigación **Profesionales**

profesionales

Noticias Agenda Teléfonos Servicios Médicos Servicios Soporte Mapa Web Contacto Buscar texto a buscar

Portada Profesionales  
 Área Médica  
 Área de Enfermería  
 Área Económica  
 Área de Servicios Generales  
 Cita Previa  
 Comité Ético Asistencial de Córdoba  
 Formación continuada  
 Foros para profesionales  
 Gestión y atención al profesional  
 Informática  
 Seguridad del Paciente.  
 Registro de Eventos Adversos

**Profesionales**

Excelencia, desde el punto de vista profesional, y sofisticados procedimientos hacen del Hospital Reina Sofía un centro de referencia nacional en numerosos procesos asistenciales. La plantilla la integran más de 5.000 profesiones –en número de trabajadores es la más grande de la provincia de Córdoba– y por su acreditación como centro de referencia se completan su formación pre y post grado otros profesionales. El 72% de la plantilla está integrada por mujeres y la distribución es la siguiente: el 20,30% son médicos, el 52,30 % pertenecen a enfermería y el 27,40% son no sanitarios.

En este apartado podrá encontrar información sobre la oferta de servicios profesionales, las diferentes divisiones a las que están adscritos: la médica, de enfermería, económica y de servicios generales, asesoramiento sobre formación continuada y los servicios que prestan las unidades de atención.

Que debo hacer si... ? Cursos Area Médica Cursos Area Económica Empleo Proveedores Perfil de Procedimientos Enfermería





## MODIFICACIONES EN LA VERSIÓN V 5.

Fecha	Modificación Introducida	Revisado por:	Aprobado por:
09/01/2020	<p>Esta revisión ha sido realizada por las responsables de la línea de trabajo "<i>Mantenimiento del sistema de Registro y notificación de eventos adversos</i>", de la Comisión de Calidad y Seguridad del paciente del HURS.</p> <p>Página 1. Se actualizan:</p> <p>Logo, número de versión: de v4 a v5, fechas de realización, revisión y aprobación, y las responsables de realización, revisión y de aprobación.</p> <p>Se modifica la fecha de la próxima revisión.</p> <p>Página 2. En el apartado objeto, se incorpora al final del párrafo lo siguiente: a través del espacio definido para ello en la web del HURS.</p> <p>En el apartado alcance, en el párrafo "si tiene dudas..." se actualizan las responsables de esta versión y sus datos.</p> <p>Páginas 3, 4 y 5. En el apartado "<i>equipamiento necesario</i>" Se elimina: Registro Específico de Eventos Adversos. Anexo 1.</p> <p>En el apartado de "<i>descripción del procedimiento</i>", se elimina todo lo relacionado a la declaración en formato papel y <b>se actualiza el contenido de forma sustancial</b>.</p> <p>Página 5. Se incorpora el apartado "<i>Análisis del evento</i>".</p> <p>Página 6. Se actualiza la "Bibliografía".</p> <p>En el apartado de "Listado de documentos asociados" se elimina el Anexo de declaración en papel.</p> <p>Se actualiza listado de distribución.</p>	<p>Rosana Moreno Caballero</p> <p>Rosa Miñarro del Moral</p>	<p>Dirección Gerencia</p>

### Observaciones:

--

En nuestra UCTyTxP, además de seguir la normativa del HURS, hacemos una notificación y análisis propio, con el fin de que sea lo más INMEDIATO posible al evento adverso y así evitar el efecto “olvido” y, sobre todo, para tomar las medidas pertinentes cuanto antes y minimizar las posibilidades de repetición.

Adversos- CTO - 12 - V11

Fecha entrada en vigor: marzo 2022

<b>FECHA</b>	<b>REALIZADO:</b> 4/07/08	<b>REVISADO:</b> Marzo 2022	<b>APROBADO:</b> Marzo 2022
<b>NOMBRE</b>	Ángel Salvatierra Velázquez	Carlos Baamonde Laborda	Ángel Salvatierra Velázquez
<b>CARGO</b>	Jefe UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar	Jefe Sec. UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar	Jefe UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar
<b>FIRMA</b>			
<b>Lugar de archivo</b> Ordenador despacho Jefe de Servicio UCTyTxP Cod.220520U. c/documentos de administrador/gestión servicio/gestion UCTyTxP/Planes de Calidad y Seguridad UCTyTxP		<b>Responsable del archivo</b> Ángel Salvatierra Velázquez	<b>Fecha de revisión</b> Marzo 2024

## OBJETO

Describir la metodología para la recogida, el análisis y la toma de medidas correctoras de los acontecimientos adversos acaecidos en nuestra UCTyTxP.

El procedimiento de recogida, análisis y toma de medidas correctoras de los acontecimientos adversos tiene como objetivo fundamental incrementar la seguridad del paciente, con el fin de mejorar globalmente la atención prestada por nuestra unidad.

ESTE PROCEDIMIENTO NO EXCLUYE EL OFICIAL DEL HURS, SINO QUE ESE ES EL PRIMERO A REALIZAR EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

[http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=eventos\\_adversos](http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=eventos_adversos)

Ha sido realizado por el Jefe de Servicio y director de la Unidad, Ángel Salvatierra Velázquez.

En su desarrollo se han tenido en cuenta las instrucciones de la Dirección Gerencia y las recomendaciones emitidas por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía.

## ALCANCE

Este Documento es de uso exclusivo para el personal de la UCTyTxP del Hospital Universitario Reina Sofía, independientemente de su categoría profesional o división a la que pertenezca.

El contenido de este documento puede ser utilizado o copiado libremente por cualquier servicio clínico o unidad de este hospital, si se estima de utilidad.

Si tiene dudas en la interpretación de este documento, o quiere hacer alguna observación o mejora, puede dirigirse al jefe de la UCTyTxP. El teléfono de contacto es 957 010445 y el correo electrónico [angel.salvatierra.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:angel.salvatierra.sspa@juntadeandalucia.es)

## EQUIPAMIENTO NECESARIO

Registro específico de Acontecimientos Adversos.

## DESCRIPCIÓN

La seguridad del paciente es una premisa fundamental en la atención sanitaria. Para garantizar el mayor nivel posible de seguridad, es fundamental disminuir los Incidentes (“casi acontecimiento”, hecho o circunstancia que, de no haber sido detectado y solventado, hubiera ocasionado un acontecimiento adverso) y Acontecimientos Adversos en la práctica clínica y, para ello, es una premisa fundamental conocer el tipo y la incidencia en nuestra unidad. Por tanto, siempre que se produzca un acontecimiento adverso, el personal de la unidad está ética e institucionalmente obligado a dar cuenta de él, mediante su notificación según la metodología que a continuación se describe. Otra premisa fundamental es el carácter no punitivo de la notificación, de forma que en ningún caso se intentará identificar al profesional que notifica y que nunca esta notificación irá seguida de sanción alguna por parte de unidad, sin menoscabo de la actuación institucional o jurídica a que el hecho en sí diera lugar por otros cauces ajenos al Registro.

El profesional que detecte el incidente o el acontecimiento deberá rellenar el Formulario de Notificación que figura en el Anexo y remitirlo de forma anónima y confidencial, en sobre cerrado, a

la atención del Dr. Ángel Salvatierra; Secretaría de Cirugía Torácica, 1ª Planta del Edificio de Consultas Externas; Hospital Universitario Reina Sofía; Avda. Menéndez Pidal s/n. 14004 Córdoba.

El  director de la unidad registrará el incidente o acontecimiento, quien tomará las medidas oportunas para su análisis, toma de acciones preventivas y evaluación de estas.

**Junta de Andalucía**

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

De  oficio, los incidentes o acontecimientos adversos se analizarán en la reunión mensual de los miércoles, analizando los siguientes puntos:

- El hecho ocurrido, con su secuencia, causas influyentes, etc.
- Resultados que ha tenido para el paciente –muerte, daño orgánico, daño psíquico, molestias, con su grado-.
- Características del incidente o efecto adverso: tipo de personas implicadas, lugar, fecha y hora aproximadas –con el fin de no poder identificar a las personas por turnos, etc.-.
- Factores contribuyentes relacionados con el personal, paciente, entorno de trabajo, factores externos, etc.
- Posibles factores atenuantes relacionados con el paciente, personal organización, agente determinado, etc.
- Cómo se detectó el incidente o el acontecimiento adverso
- Resultado para la unidad o el hospital
- Medidas que pueden adoptarse para reducir el riesgo de que vuelva a producirse: inicialmente mediante el método de “tormenta de ideas”, que pasan seguidamente a analizarse y a elegir por consenso las agrupaciones que parecen más adecuadas.

En la misma sesión se pone al frente de las medidas a un responsable y se decide una fecha, generalmente a los 6 ó 12 meses, para poder analizar la repercusión de las acciones preventivas y poder llevar a cabo las medidas correctoras pertinentes.

#### EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DE CORRECCIONES

La utilidad e idoneidad de este documento se evaluará anualmente. Tras la evaluación se efectuarán las correcciones oportunas, que se validarán en la siguiente revisión. La periodicidad de las revisiones será de 12 meses.

#### BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

#### NO APLICA

#### LISTA DE DOCUMENTOS ASOCIADOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINASOFIA

Unidad de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE  
ACONTECIMIENTO ADVERSO**

---

**Esta información es CONFIDENCIAL y ANÓNIMA. Le rogamos que remita este formulario en sobre cerrado a la atención del Dr. Ángel Salvatierra. Secretaría de Cirugía Torácica. 1ª Planta del Edificio de Consultas Externas. Hospital Universitario Reina Sofía. Avda. Menéndez Pidal s/n. 14004 Córdoba.**

- 1.- ¿Qué ha ocurrido? (secuencia de hechos; causas influyentes en el acontecimiento; etc.)**
  
- 2.- ¿Qué resultados ha tenido para el paciente? (muerte; daño orgánico; daño psíquico; grado; etc.)**
  
- 3.- Características del incidente (tipo de persona/s implicada/s -;sin nombre!-; lugar; fecha y hora -aproximada, por ejemplo: mes y de tal a tal hora, con el fin de no poder identificar a la persona-; etc.)**
  
- 4.- Factores contribuyentes (relacionados con el personal, paciente, entorno de trabajo, externos, etc.)**
  
- 5.- Factores atenuantes (relacionados con el paciente, personal, organización, agente determinado, etc.)**
  
- 6.- ¿Cómo se ha detectado?**
  
- 7.- Resultado para la Unidad y el Hospital**
  
- 8.- Medidas que pueden adoptarse para reducir el riesgo**
  
- 9.- Observaciones.**

**Muchas gracias por su colaboración. Solo pretendemos mejorar y ofrecer la máxima seguridad a nuestros pacientes**

**Dirección del Registro de Acontecimientos Adversos del Hospital Universitario Reina Sofía:**

**[http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=eventos\\_adversos](http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=eventos_adversos)**

















<p>oria bocio cervicomed iastínico</p>	<p>ausencia de información clínica en la historia otorrinolarin gológica previa y no facilitada por la paciente y familiares.</p>		<p>los pasos quirúrgicos irreversibles. Solicitar todos los informes médicos al paciente en consulta externa</p>																		
<p>Malfuncion amiento de la mesa de quirófano</p>	<p>Fallo técnico</p>	<p>Imposibilidad de poner al paciente en Trendelenburg durante TxP. Se puso manualmente, pero sin alcanzar posición garantizadora de ausencia de embolia gaseosa.</p>	<p>Comunicación a Supervisión y a industria. Necesidad de comprobar la mesa antes de cada intervención.</p>																		
<p>Volcado en Red de Rx de otro paciente</p>	<p>Error de técnico de Radiodiagnó stico</p>	<p>Sin consecuencias por advertirlo antes de toma de decisión.</p>	<p>Comunicación a Radiodiagnó stico</p>																		
<p>Fallo de aspiración en cámara de recolección pleural</p>	<p>Fallo de circuito de vacío</p>	<p>Paciente sin la aspiración pleural debida. Cámara desechada indebidamente -gasto-.</p>	<p>Comunicación a Servicios generales</p>																		
<p>Inadecuada protección antitrombótica</p>	<p>Suspensión de clopidogrel para intervención sin sustituir por heparina (aviso telefónico incorrecto)</p>	<p>Aparentemente sin consecuencia</p>	<p>Comunicación a secretaria de la unidad. Confección de Listado de Preparación que se entrega al paciente y se incluye en el Plan Asistencial</p>																		
<p>Neumotórax yatrógeno</p>	<p>Pinzamiento de drenaje tipo Pleur-e-cath, con rotura del mismo, en otra planta de hospitalización.</p>	<p>Neumotórax con repercusión funcional y prolongación de días de drenaje</p>	<p>Comunicación a cirujanos de la unidad afectada</p>																		











ma dorsi	Presentaba signos inflamatorios evidentes e inicio de shock séptico. Fue ingresado en UCI por cuadro séptico y gangrena gaseosa. A pesar de todas las medidas terapéuticas realizadas, falleció. El análisis causa raíz realizado tras el fallecimiento fue exhaustivo y no pudo concluir en ninguna causa clara. Se actuó de forma inmediata		alerta ante la infección del lecho quirúrgico																	
Irresecabilidad de un cáncer probablemente por tiempo de estudio y espera excesivos	Espera prolongada desde el diagnóstico al tratamiento	Irresecabilidad de una lesión potencialmente resecable en el momento del diagnóstico	Anteponer pacientes similares a otros en la programación quirúrgica																	
Fallo de suturadora mecánica con necesidad de rehacer sutura manualmente	Fallo técnico	Necesidad de rehacer la sutura manualmente	En espera de informe de la casa comercial.																	
Gasa en lecho quirúrgico	Gasa intercidual, puesta sobre un Tachosil, que dejó de verse al insuflar el pulmón. El contaje se	Necesidad de reabrir al paciente. Sin otras consecuencias	Que la revisión del listado de verificación quirúrgica no sea rutinaria. Que el contaje sea refrendado entre circulante e instrumentista.																	

	dio por correcto (enfermera de contrato)		Que toda gasa que se introduzca en el campo quirúrgico vaya señalizada con un hilo en cuyo extremo cuelgue un señalizador, a modo de linterna																		
Rotura de la rama del dispositivo de energía	Fallo técnico	El cirujano lo apreció en el momento y pudo rescatar el fragmento por vía endoscópica, por lo que no hubo consecuencias	En espera de informe de la casa comercial.											x	x						
Suspensión de intervención por no haber tomado la paciente su medicación	Suspendió el tratamiento motu proprio	El anestesiólogo detectó que la paciente no había tomado la hormona tiroidea y el antihipertensivo cuatro días antes, junto a la suspensión del Apixaban	Tanto en la consulta, como durante la llamada de la secretaria se le dijo que suspendiera el apixaban cuatro días antes y la metformina el día de la intervención. La paciente suspendió por su cuenta toda la medicación. Una medida que podría evitar hechos similares sería que el anestesiólogo le diera al paciente una copia del informe, en el que figuran las medidas sobre la medicación perioperatoria.												x						
Fallo de la mesa quirúrgica	Durante la realización de un trasplante bipulmonar, con el paciente en decúbito	Retraso de más de 2 horas en la realización del segundo implante, con el correspondiente incremento en el tiempo de	Revisiones preventivas más frecuentes. Sería muy recomendable el cambio de las mesas												X						
															x						



	Broncoscopia, al comprobar la identidad del paciente se detectó el error.																				
Ingreso indebido en Cirugía Torácica	Paciente cardiópata que acude a Urgencias con disnea. Le ven en TC fracturas costales y derrame pleural y lo ingresan directamente a nuestro cargo con el diagnóstico de traumatismo torácico, fracturas costales y hemotórax. Las fracturas costales eran antiguas (por lo menos, de más de 19 meses de antigüedad -visibles en exploración previa-) y el derrame era un trasudado secundario a IC.	Se le efectuó toracocentesis innecesariamente, si la anamnesis hubiera sido correcta y se hubieran visto los estudios radiográficos previos.	Se comunicó a la Unidad de Urgencias y tomarán las medidas oportunas para que no vuelva a ocurrir.																		
Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico	Equivocación en la lateralidad de la lesión pulmonar	Detección en la sesión de programación. Sin incidencias sobre el paciente	Comprobación rutinaria de lateralidad al emitir informe																		
Error en pulsera de identificación	Desde Admisión envían una pulsera de identificación de otro paciente.	El error lo detectó la enfermera de la planta en el momento del ingreso, por lo que no dio	Se notifica a Admisión																		

		lugar a ningún daño.																			
Parte quirúrgico incompleto	No se expresó la dificultad de la vía aérea	No estaba preparada la broncoscopia. Se solucionó por un neumólogo de trasplante que la realizó.	El jefe de la unidad debe revisar el parte quirúrgico una vez confeccionado																		
Error de paciente para prueba diagnóstica	Llevar a Radiodiagnóstico a un paciente por error. Se detectó al llegar a Rayos por parte de la técnico	Fue debido a un cambio de cama en fecha de mucha rotación. El celador no comprobó que el paciente que ocupaba la cama ya no era al que había que hacerle la exploración. Pérdida de confianza y disgusto para el paciente y familiares	Es menester formar mejor en seguridad a los celadores de contrato antes de su incorporación al trabajo.																		
Error de medicación	El hospital se ha quedado desabastecido de la presentación de salbutamol en aerosoles para adultos. En su defecto, envían la presentación pediátrica. Los médicos siguen prescribiendo la dosis precisa en cada paciente quedando bien recogido en la hoja de tto médico, pero en la de enfermería figura una	Se contacta con farmacia y se le comenta a título de consulta la duda sobre la dosificación. Confirman que es correcto y que existe un error en la hoja de enfermería pero que ella no lo puede solventar ya que se trata posiblemente de un defecto del programa informático de farmacia al cual ella no tiene acceso. Le indico que lo deje notificado para su solución, pero al tratarse de un sábado; el domingo se sigue dando el mismo	Se comunica a Farmacia para solución del fallo informático, así como para evitar mientras tanto los posibles errores similares.																		



<p>pleural con sello de agua vacío</p>	<p>de hospitalización</p>	<p>torácico. La paciente sufrió retraso en la evacuación del derrame pleural bilio-pancreático.</p>	<p>de supervisora, así como el ofrecimiento de consulta a las enfermeras de nuestra planta ante cualquier duda en el manejo de cámaras de recolección pleural.</p> <p>El cirujano torácico debe comprobar sistemáticamente los niveles.</p> <p>Nuestra Unidad ha organizado un curso sobre Cámaras de recolección pleural dirigido a toda la enfermería del hospital a finales de enero de 2020.</p>														
<p>Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico</p>	<p>Equivocación en la lateralidad de la lesión pulmonar</p>	<p>Detección en la sesión de programación. Sin incidencias sobre el paciente</p>	<p>Comprobación rutinaria de lateralidad al emitir informe</p>										<p>x</p>				
<p>Exposición de paciente a posible contagio de infección cruzada</p>	<p>Damos cama a un paciente de UCI y, una vez acoplado en la habitación compartida, nos llaman de Preventiva notificándonos que es un aislamiento de contacto. No podemos aislarlo convenientemente hasta horas más tarde por tener para ello que</p>	<p>No se detectó infección cruzada.</p>	<p>Comunicación con UCI para que se realicen las transferencias de pacientes de forma correcta, aunque haya prisa</p>										<p>x</p>				





















---

ANEXO 6. ACTAS SESIONES SEMESTRALES DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y EFECTOS  
ADVERSOS (2011 – 1º SEMESTRE 2023)

---

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 10/06/2011

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Antonio Álvarez Kindelán

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup> Estrella Ruiz Barambío

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas C.E. Cirugía

D<sup>a</sup> Antonia Prieto Martos

**Excusan su asistencia:**

D. Francisco Javier Algar Algar

D<sup>a</sup> Raquel Fimia Martínez

Se inicia la sesión a las 9:20 h. por parte del Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión. En concreto, cuatro por mal funcionamiento de cámara de recolección pleural, uno por preparación del lado contrario en planta de hospitalización, otro por caída de paciente en cuarto de baño, otro por desprogramación de un paciente por el hecho de haber tomado antiagregantes los días previos a la intervención y otro por prescripción de medicación por vía inadecuada.

El Dr. Salvatierra pone de manifiesto el elevado número de incidentes y acontecimientos adversos en el semestre, que puede reflejar un aumento real de la incidencia, pero también, y más verosímelmente, una mayor concienciación del personal en su comunicación. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes.

Con respecto al primer acontecimiento adverso, mal funcionamiento de las cámaras de recolección pleural, se analiza que en dos casos los pacientes procedían de otros centros y que, al menos en uno, pudo deberse a desconocimiento por parte de la enfermera de su manejo; el otro era de la marca Biometrix; los otros dos casos eran pacientes de nuestro centro con pleurevac Biometrix. El Dr. Salvatierra ha solicitado un informe técnico a la casa Biometrix y ha puesto el supuesto defecto de las cámaras a la Dirección Económico-Administrativa de nuestro centro. Por otra parte se insiste en

que enfermería debe comprobar las cámaras de recolección pleural que no sean propias y cambiarlas ante la menor sospecha de disfunción. Por otra parte, y hasta que no se aclaren las razones, se decide dejar de utilizar las cámaras Biometrix hasta que se subsane el supuesto defecto.

Con respecto al segundo caso, preparación del lado equivocado en planta de hospitalización, se comenta que, de nuevo, se debió a que la enfermera no comprobó la lateralidad de la lesión en el parte quirúrgico; este hecho pudo haber ocasionado un efecto adverso de graves consecuencias para el enfermo, el cirujano y el hospital, pero que fue afortunadamente detectado el error antes de producirse el evento adverso. Sin embargo, provocó una gran sensación de inseguridad en el paciente y sus familiares, con la explicable desconfianza hacia nuestra unidad. De nuevo, y como ocurrió el pasado año, el paciente estaba ingresado en una planta que no era la nuestra. Se realizó una búsqueda de la causa raíz y tras convocar, mediante tormenta de ideas acciones para prevenirla se tomó por consenso las siguientes medidas:

- Que el listado de verificación preprogramación y quirúrgico no sea una rutina más, sino un mecanismo valioso para dificultar la producción de acontecimientos adversos.
- Comunicación con supervisora de planta en la que se produjo el error, así como con Admisión de nuestro Centro, para que ningún paciente de cirugía de tórax ingrese como ectópico. Es la segunda vez que se comunica en menos de seis meses, por lo que también se pone en conocimiento de la Dirección Médica, en el sentido de no comprender ni tolerar, que con nuestro bajo índice de utilización de estancia tengan nuestros pacientes que colocarse en camas ajenas a la nuestras.

Para la puesta en marcha de estas acciones se nombra como responsable a Doña Julia Parra, quien evaluará estas acciones y presentará informe de las mismas dentro de 1 año.

La caída de pacientes en el cuarto de baño vuelve a darse en este semestre. De nuevo, se insiste a Servicios Generales la necesidad de, en la medida de lo posible, eliminar barreras arquitectónicas en los cuartos de baño, así como de poner asideros, con el fin de disminuir el número de caídas. Volvemos a insistirle al servicio de limpieza que utilice una solución antideslizante después de limpiar las duchas y sus aledaños, si bien en la anterior entrevista con Paqui, nuestra limpiadora, nos dijo que los productos no los podía elegir ella, sino que se lo proporcionaba la casa contratada.

Respecto al cuarto acontecimiento adverso, suspensión de una intervención programada por la toma de aspirina sin interrupción hasta el día del ingreso, tras realizar una amplia discusión con la misma metodología antes referida, se llega por consenso a las siguientes medidas:

- De nuevo, que la revisión del listado de verificación en pre-programación no sea rutinaria.
- Insistir en que desde la secretaría se le diga al paciente que deje de tomar la medicación anticoagulante o antiagregante un mínimo de 5 días antes de la intervención, con la prescripción de heparina de bajo peso molecular, si su médico de atención primaria lo considera oportuno.
- Que Anestesiología reflexione sobre si la toma de aspirina es una contraindicación real para la intervención, ya que no existe una evidencia científica de un mayor número de hemorragias intra o postoperatorias y que para muchas unidades de Anestesiología ha dejado de ser una contraindicación. Se remitirá petición a Anestesiología en este sentido.



El quinto incidente, prescripción desde Farmacia de Urokinasa por vía IV en vez de intrapleurales, y que no se llegó a administrar por darse cuenta la enfermera, se vuelve a emitir una comunicación a Farmacia, con instrucciones especiales en medicación anticoagulante o fibrinolítica. Se pone de relieve que el error, que quedó como incidente, probablemente hubiera ocasionado un acontecimiento adverso grave si hubiese ocurrido en época estival, con personal de contrato no avezado.

En “Ruegos y Preguntas” el Dr. Álvarez Kindelán vuelve a sugerir cambiar el día o el horario de esta sesión por coincidir con su consulta externa. Se decide explorar otras posibilidades, como cambiar sucesivamente de día de la semana para que no sea siempre él el afectado, o bien llevar a cabo esta sesión por la tardes.

Se levanta la sesión a las 12:30h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 9/12/2011

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Francisco Javier Algar Algar

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas C.E. Cirugía

D<sup>a</sup> Antonia Prieto Martos

**Excusan su asistencia:**

D. Antonio Álvarez Kindelán

A las 10 h. el Dr. Salvatierra inicia la sesión con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión de junio. En concreto, la administración de medicación inmunosupresora prescrita desde Farmacia por error a un paciente no trasplantado, tres por mal funcionamiento de cámara de recolección pleural, uno por mal funcionamiento de bomba de perfusión y otro por caída de paciente en cuarto de baño.

El Dr. Salvatierra agradece a los asistentes su asistencia y a todo el personal el esfuerzo que realiza para incrementar la seguridad de nuestros pacientes. Hace constar el menor número de incidentes o acontecimientos adversos registrados, pero que no se corresponde con la incidencia de complicaciones, que incluso ha aumentado con respecto a otros semestres, por lo que insta a la concienciación de la necesidad de comunicar todos los incidentes o acontecimientos adversos. Con respecto a pasar nuestro registro al general de la casa, comenta que se hará, pero sin perder el nuestro, ya que del general aún no se obtiene retroalimentación para generar análisis.

Con respecto al primer acontecimiento adverso, la administración de medicación inmunosupresora prescrita desde Farmacia por error a una paciente no trasplantada, se considera un acontecimiento de índole grave, si bien en la paciente no se detectó ninguna consecuencia ni efecto adverso aparente; no obstante, sí una cierta pérdida de confianza en la unidad y la institución. Se realizó una búsqueda de la causa raíz y tras convocar, mediante tormenta de ideas acciones para prevenirla se tomaron por consenso las siguientes medidas: a) Comunicación a Farmacia, con instrucciones especiales en medicación potencialmente muy peligrosa (se le administraron 3 dosis). B) Enfermería recomendará a TODOS los pacientes a su ingreso que pregunten ante un cambio inesperado en su medicación habitual.

Respecto al mal funcionamiento de las cámaras de recolección pleural, se analiza que en dos casos las cámaras eran de la marca Biometrix; el otro caso aconteció tras la caída de una cámara desde



cierta altura. En los tres casos los pacientes sufrieron los efectos secundarios propios de una mala evacuación de la cavidad pleural. El Dr. Salvatierra comenta que no ha recibido ninguna respuesta a su petición de informe técnico a la casa Biometrix y ha informado a la Dirección Económico-Administrativa de nuestro centro que en la unidad no volverá a utilizarse ninguna cámara Biometrix. Por otra parte se insiste en que enfermería debe comprobar las cámaras de recolección pleural ante la menor sospecha de disfunción, sobre todo si han sufrido caída, como fue el caso.

Con relación al caso por mal funcionamiento de bomba de perfusión, dado que no sonó la alarma cuando el sistema se quedó sin suero, y que ocasionó al paciente un dolor intenso perfectamente evitable durante unas horas, además de hacer revisar por parte de Electromedicina todas las bombas de perfusión en la fecha acordada, la revisión por parte de enfermería de los dispositivos de perfusión, aunque no suenen alarmas, si un paciente manifiesta dolor cuando esté con analgesia administrada por bomba de infusión.

La caída de pacientes en el cuarto de baño vuelve a darse en este semestre. De nuevo, se insiste a Servicios Generales la necesidad de, en la medida de lo posible, eliminar barreras arquitectónicas en los cuartos de baño, así como de poner asideros, con el fin de disminuir el número de caídas.

Se levanta la sesión a las 11:45h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 13/06/2011

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Antonio Álvarez Kindelán

D. Francisco cerezo Madueño

D. Francisco Javier Algar Algar

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas C.E. Cirugía

A las 15:45 h. el Dr. Salvatierra, tras felicitar al Dr. Álvarez por su onomástica, felicitación a la que se unen todos los asistentes, inicia la sesión con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión de diciembre de 2011. En concreto, preparación de lado equivocado en planta de hospitalización y desprogramación de una intervención quirúrgica.

El Dr. Salvatierra hace constar el menor número de incidentes o acontecimientos adversos registrados e insta a la concienciación de la necesidad de comunicar todos los incidentes o acontecimientos adversos que se produzcan.

Con respecto al primer acontecimiento adverso, la preparación de lado equivocado en planta de hospitalización, se comenta que es un incidente reiterado y que no se ha corregido con las medidas llevadas a cabo hasta la fecha. El incidente se ocasionó por no haber comprobado la enfermera la lateralidad de la lesión en el parte quirúrgico; se hizo constar que, de nuevo, la planta de la que procedía el paciente no era la nuestra. El incidente solo ocasionó una alarma en el paciente, ya que se detectó el error en el quirófano por parte del anestesiólogo. Por otra parte y pese a la Inclusión de revisión de lateralidad de la lesión en listado de verificación quirúrgico, la enfermería de quirófano no detectó el error. Tras búsqueda de la causa raíz y tras convocar, mediante tormenta de ideas, acciones para prevenirla, se tomaron por consenso las siguientes medidas:

1. Comunicación con supervisora de planta para que dicte las medidas oportunas para evitar este tipo de errores.
2. Comunicación a la Admisión de nuestro Centro, para que ningún paciente prequirúrgico ingrese como ectópico.

3. Que las listas de verificación no se utilicen como rutina sino como instrumento eficaz para la seguridad del paciente.

En relación a la suspensión de una intervención programada por la toma de clopidogrel sin interrupción hasta el día del ingreso, la causa fue el no haber hecho constar en el parte de la programación semanal este hecho. Tras realizar una amplia discusión con la misma metodología antes referida, se llega por consenso a las siguientes medidas:

- De nuevo, que la revisión del listado de verificación en pre-programación no sea rutinaria.
- Insistir en que desde la secretaría se le pregunte al paciente si toma medicación para la coagulación de la sangres y que diga al paciente que deje de tomar la medicación anticoagulante o antiagregante un mínimo de 5 días antes de la intervención, con la prescripción de heparina de bajo peso molecular, si su médico de atención primaria lo considera oportuno.

Con respecto a las medidas adoptadas en la sesión anterior, hay que significar que Biometrix ha corregido los defectos de los dispositivos.

Con las medidas puestas en marcha para evitar la administración errónea de medicación, no se han vuelto a producir incidencias o efectos adversos de este tipo en este periodo de tiempo.

Sin embargo, no han surtido efecto las medidas de modificación estructural de habitaciones y cuartos de baño, debido a que no existe presupuesto para esta importante partida.

Sin otros hechos que hacer constar, se levanta la sesión a las 17:20h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 20/11/2012

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Antonio Álvarez Kindelán

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup>. Ángela M<sup>a</sup> Arévalo Pardal

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D. Francisco Javier Algar Algar

D<sup>a</sup> Estrella Ruiz Barambío

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas C.E. Cirugía

D<sup>a</sup> Antonia Prieto Martos

**Excusan su asistencia:**

D. Francisco Cerezo Madueño

Se inicia la sesión a las 9:30 h. por parte del Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión. En concreto, uno, por caída de paciente, uno por mal funcionamiento de cámara de recolección pleural, uno por preparación del lado contrario en planta de hospitalización, uno por comentario clínico en historia equivocada y otro por rotura de drenaje pleural.

El Dr. Salvatierra pone de manifiesto el elevado número de incidentes y acontecimientos adversos en el semestre, que puede reflejar un aumento real de la incidencia, pero que también puede responder a una mayor concienciación del personal para su detección y registro. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes.

Con respecto al primer acontecimiento adverso, caída de paciente en habitación, se analiza causa raíz, llegándose a la conclusión de que el personal de enfermería debe ofrecerse a asistir a los pacientes frágiles en su movilidad.

El acontecimiento debido al mal funcionamiento de la cámara de recolección pleural, se constata que se debió a que no se rellenó el sello de agua; de nuevo, el paciente estaba en otra planta de hospitalización. Se insiste en que enfermería debe comprobar las cámaras de recolección pleural en cada turno. La supervisora enviará un escrito a todas las supervisoras, recordándoles que el procedimiento de manejo de las cámaras de recolección pleural forma parte del dossier de procedimientos de enfermería de la Intranet.

Con respecto al segundo caso, preparación del lado equivocado en planta de hospitalización, se comenta que, de nuevo, se debió a que la enfermera no comprobó la lateralidad de la lesión en el parte quirúrgico; este hecho pudo haber ocasionado un efecto adverso de graves consecuencias para el enfermo, el cirujano y el hospital, pero que fue afortunadamente detectado el error antes de producirse el evento adverso. Se hace constar que el paciente estaba ingresado en una planta que no era la nuestra. Se realizó una búsqueda de la causa raíz y tras convocar, mediante tormenta de ideas acciones para prevenirla se tomó por consenso las siguientes medidas:

- Comunicación con supervisora de planta en la que se produjo el error.
- El listado de verificación prequirúrgico no debe tratarse como una rutina más, sino como una valiosa salvaguarda para la seguridad clínica.
- Remitir un nuevo escrito al Servicio de Admisión de nuestro Centro, para que ningún paciente de cirugía de tórax ingrese como ectópico, en la medida de las posibilidades. Es la tercera vez que se comunica en un periodo de 1 año, por lo que también se pone en conocimiento de la Dirección Médica.

En relación a la desprogramación de una intervención por la toma de clopidogrel sin interrupción hasta el día del ingreso, tras realizar una amplia discusión con la misma metodología antes referida, se llega por consenso a las siguientes medidas:

- De nuevo, que la revisión del listado de verificación en pre-programación no sea rutinaria.
- Insistir en que desde la secretaría se le diga al paciente que deje de tomar la medicación anticoagulante o antiagregante un mínimo de 5 días antes de la intervención, con la prescripción de heparina de bajo peso molecular, si su médico de atención primaria lo considera oportuno.

El quinto incidente, mal funcionamiento de un drenaje pleural, tipo pleur-e-cath, se debió a la rotura de la conexión de la llave de paso con el catéter. El material no parece de buena calidad, pero al ser el comprado por la Institución y tener las correspondientes autorizaciones, el análisis causa raíz se para en la manipulación no cuidadosa del mismo. Se insiste en la necesidad de revisar por turno la estanqueidad de los sistemas de drenaje pleural.

En “Ruegos y Preguntas” el Dr. Baamonde Laborda insiste en la necesidad de evitar que los pacientes de nuestra unidad estén desagrupados. En el escrito al Servicio de Admisión se hará constar el ruego de que, siempre que sea posible, los pacientes de cirugía de tórax se localicen en las camas 1319 a 1327 y 1336.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que sigue sin surtir efecto, como se relata en el parágrafo anterior, las medidas tomadas por el Servicio de Admisión.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 10:30h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 11/05/2013

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Antonio Álvarez Kindelán

D. Francisco Cerezo Madueño

D. Francisco Javier Algar Algar

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

D<sup>a</sup> Antonia Prieto Martos

**Excusan su asistencia:**

Se inicia la sesión a las 9:30 h. por parte del Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión.

En concreto, solo ha habido un acontecimiento adverso registrado: caída de paciente en cuarto de baño.

El Dr. Salvatierra pone de manifiesto el bajo número de incidentes y acontecimientos adversos en el semestre, que puede reflejar una disminución real de la incidencia, pero que también puede responder a una mayor relajación, con pérdida de concienciación del personal para su detección y registro. En cualquier caso, agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes.

Con respecto al acontecimiento adverso, caída de paciente en cuarto de baño, se analiza causa raíz, llegándose a la conclusión de que el personal de enfermería debe ofrecerse a asistir a los pacientes frágiles en su movilidad, ya que, por la crisis económica no existe presupuesto para la importante partida que supondría el cambio de sanitarios y la eliminación de barreras arquitectónicas.

En “Ruegos y Preguntas” no hay ninguna intervención.

La sesión finaliza a las 10:10h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 11/12/2013

**Asistentes:**

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Antonio Álvarez Kindelán

D. Francisco Javier Algar Algar

D. Francisco Cerezo Madueño

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

Dña. Dolores Ortiz Muñoz

Se inicia la sesión a las 9:05 h. por parte del Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión. En concreto, uno por cámara de recolección pleural mal preparada, uno por preparación del lado contrario en planta de hospitalización, dos por desprogramación de pacientes por el hecho de haber tomado antiagregantes los días previos a la intervención, uno por cambio de identidad en documento de historia clínica, uno por ausencia de administración de inmunosupresor a un paciente trasplantado, uno por mal funcionamiento de bomba de perfusión y uno por resección pulmonar más ampliada de lo oncológicamente.

El Dr. Salvatierra muestra su preocupación por el elevado número de incidentes y acontecimientos adversos en el semestre, que puede reflejar un aumento real de la incidencia, pero también, y más probablemente, una mayor concienciación del personal en su comunicación y un umbral de sensibilidad más bajo. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de los pacientes de la unidad.

Con respecto al primer acontecimiento adverso, mal funcionamiento de una cámara de recolección pleural por su mala preparación, se analiza y se insiste en que enfermería debe comprobar las cámaras de recolección pleural inmediatamente al prepararlas. Se sugiere la confección de una lista de comprobación, pero se desiste, de momento para no incrementar el volumen de comprobaciones en incidentes tan escasos.

Con respecto al segundo caso, preparación del lado equivocado en planta de hospitalización, se comenta que, de nuevo, se debió a que la enfermera no comprobó la lateralidad de la lesión en el parte quirúrgico; este hecho pudo haber ocasionado un efecto adverso de graves consecuencias para el enfermo, el cirujano y el hospital, pero que fue afortunadamente detectado el error en quirófano, antes de producirse el evento adverso. Sin embargo, como en otra ocasión, provocó una sensación de inseguridad en el paciente. La persona que no comprobó la lateralidad era personal de contrato. Se realizó una búsqueda de la causa raíz y tras convocar, mediante tormenta de ideas acciones para prevenirla se tomó por consenso las siguientes medidas:

Plan de Calidad UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. MC-CTO-002- V8

- Que el listado de verificación preprogramación y quirúrgico no se rellene de forma rutinaria.
- Que el personal de contrato temporal conozca los puntos críticos de seguridad del paciente en nuestra unidad.

Para la puesta en marcha de estas acciones se nombra como responsable a Dña. Lola Ortiz, quien evaluará estas acciones dentro de un año.

Respecto a la suspensión de dos intervenciones programadas por la toma de antiagregantes sin interrupción hasta el día del ingreso, tras realizar una dilatada discusión con la misma metodología antes referida, se llega por consenso a las siguientes medidas:

- Que la revisión del listado de verificación en pre-programación no sea rutinaria.
- Volver a insistir en que desde la secretaría se le diga al paciente que deje de tomar la medicación anticoagulante o antiagregante un mínimo de 5 días antes de la intervención, con la prescripción de heparina de bajo peso molecular, si su médico de atención primaria lo considera oportuno.
- Que la secretaria de la unidad asista a la sesión de programación y tome nota de todas las observaciones y advertencias de cada paciente programado.

Se pone de relieve que el error de introducción de una hoja de interconsulta en una historia equivocada quedó como incidente, ocurrió en época estival, con personal de contrato recién incorporado y en un día de muy alta carga de trabajo. Se insiste en la necesidad de que la Dirección Asistencial solucione definitivamente el problema de nuestra planta de hospitalización (pacientes ectópicos de múltiples especialidades que están muy poco tiempo en nuestra planta y que consumen tiempo, energía del personal y recursos de manera inadecuada).

La falta de administración de un inmunosupresor a un paciente trasplantado pulmonar también ocurrió en la misma época, con personal de contrato temporal y en día pico de hospitalizaciones de pacientes ectópicos, por lo que vale el mismo tratamiento dado en el incidente previamente tratado.

El caso adverso ocasionado por mal funcionamiento de bomba de perfusión ya se había dado previamente en nuestra unidad. Ocasiónó al paciente un dolor intenso absolutamente evitable en el postoperatorio inmediato a una resección pulmonar, durante un tiempo relativamente largo. Se insiste en la necesidad de, además de hacer revisar por parte de Electromedicina todas las bombas de perfusión en la fecha acordada, la revisión por parte de la enfermera de los dispositivos de perfusión, si un paciente manifiesta dolor cuando esté con analgesia epidural, aunque no suenen alarmas.

Con respecto a la realización de una bilobectomía, en vez de una lobectomía, por inadecuada aplicación de la suturadora bronquial, tras el análisis causa-raíz, se llega a la conclusión de que, por una parte, existía cierta prisa para cumplir el parte, por otra, las cisuras estaban muy incompletas y, sobre todo, no se comprobó la ventilación tras el cierre de la suturadora mecánica, maniobra que se realiza sistemáticamente de forma ordinaria. Una forma de evitar este error humano es consensuar con el cirujano ayudante los pasos quirúrgicos irreversibles. Así se determina.



Sin otros asuntos que tratar, finaliza la sesión a las 11:50h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 4/06/2014

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Antonio Álvarez Kindelán

D. Francisco Cerezo Madueño

D. Francisco Javier Algar Algar

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup>. Guadalupe Carrasco

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan su asistencia:**

D<sup>a</sup> Antonia Prieto Martos

Se Inicia la sesión a las 9:15 h. Se presentan los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión:

- Suspensión de intervención quirúrgica por toma de antiagregantes (2)
- Lado equivocado en informe de consulta externa
- Cámara de recolección pleural mal preparada
- Preparación lado equivocado en planta
- Cambio de identidad en historia clínica
- Mal funcionamiento de la mesa de quirófano
- Volcado en red de radiografía de otro paciente
- Inadecuada protección antitrombótica
- Neumotórax inagotable iatrogénico
- Traslado a planta desde UCI después de las 22h

El Dr. Salvatierra agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes y pone de manifiesto el elevado número de incidentes y acontecimientos adversos del semestre, que, como ya se ha indicado en otras ocasiones, puede reflejar un aumento real de la incidencia, pero que también puede responder a una mayor concienciación del personal para su detección y registro.

Con respecto a la suspensión de dos intervenciones programadas por la toma de antiagregantes, una de ellas por fallo de la jefatura de la unidad en escribir en la hoha de programación el hecho de

la toma de antiagregantes, y otra por toma de 150 mg de aspirina, se toman por consenso a las siguientes medidas:

- De nuevo, que la revisión del listado de verificación en pre-programación no sea rutinaria.
- Volver a insistir en que desde la secretaría se le diga al paciente que deje de tomar la medicación anticoagulante o antiagregante un mínimo de 5 días antes de la intervención, con la prescripción de heparina de bajo peso molecular, si su médico de atención primaria lo considera oportuno. Para ello se preparará una Hoja de Preparación del Paciente Quirúrgico, en donde se recoja este ítem, entre otros.
- Que Anestesiología reflexione y tome una decisión consensuada y uniforme sobre si la toma de 100-150 mg de aspirina es una contraindicación real para la intervención, ya que no existe una evidencia científica de un mayor número de hemorragias intra o postoperatorias y que para muchas unidades de Anestesiología y muchos anestesiólogos de la de nuestro hospital ha dejado de ser una contraindicación. El Dr. Salvatierra se compromete a debatir el tema con la Dra. M<sup>a</sup> José Peña.

En lo que respecta al error de lateralidad en el informe de consultas externas, se trató de un lapsus, subsanado sin consecuencia en la sesión de programación, de nuevo, insistir en que la revisión del listado de verificación en pre-programación no sea rutinaria.

El incidente por mal funcionamiento de una cámara de recolección pleural por su mala preparación se analiza y se vuelve a insistir en que toda persona que la prepare debe comprobar los diferentes niveles inmediatamente después de prepararlas, sin que en este caso existan circunstancias que hubieran favorecido que se diera la incidencia que, por otra parte, no tuvo una repercusión clínica objetivable.

En relación a la preparación del lado equivocado en planta, se debió a que la enfermera no comprobó la lateralidad de la lesión en el parte quirúrgico; este hecho fue afortunadamente detectado antes de producirse el evento adverso. Se realizó una búsqueda de la causa raíz y se tomaron por consenso las siguientes medidas:

- El listado de verificación prequirúrgico no puede cubrirse de forma rutinaria y existe la obligación de comprobar el parte quirúrgico y comentar el lado de la operación con el paciente antes de la preparación del sitio quirúrgico.
- En quirófano, se efectuará una nueva comprobación mediante el listado de verificación quirúrgica que es OBLIGATORIO.

El caso de introducción de una hoja de interconsulta en una historia clínica equivocada se analiza con la metodología reactiva habitual. Se desconoce quién la introdujo (el facultativo que la firma, la enfermera encargada del paciente o un facultativo de nuestra unidad). Además de extremar el cuidado en la extracción o introducción de cualquier documento de la historia clínica, antes de cualquier toma de decisión en una interconsulta es inexcusable no comprobar los datos de filiación.

Respecto al mal funcionamiento de la mesa de quirófano, tras su análisis se llega a las siguientes conclusiones:

- La mesa debe ser limpiada cuidadosamente después de toda intervención con el fin de que no queden restos –hecho comprobado ocasionalmente- (se comunica a la supervisión).
- No se utilizará, salvo necesidad imperiosa, esparadrapo para la fijación del paciente.

- El cirujano es el responsable de comprobar el perfecto funcionamiento de la mesa antes de cada intervención.
- El mantenimiento por parte de Maquet debe ser, tal vez, más frecuente y el servicio técnico especialmente ágil. Se comunica a la supervisión para que tome las medidas oportunas a este respecto.

En relación al volcado en la intranet de una radiografía de otro paciente, se debió a un error del técnico de Radiodiagnóstico, que tenía una carga de trabajo, a su juicio, excesiva. Quedó en incidencia por ser advertido por el cirujano. Se comunicó el error a la supervisión de Radiodiagnóstico para que tomara las medidas que estimara oportunas. Además, es imprescindible comprobar que la identidad de la exploración coincide con la del paciente por parte de quién interprete la exploración.

Con respecto al incidente por inadecuada protección antitrombótica de un paciente al que se le suspendió preceptivamente el clopidogrel pero no se le prescribió heparina y que quedó sin consecuencias objetivables, no se pudo determinar si desde la secretaría no se le comunicó (se considera improbable, ya que rutinariamente se prescribe la heparina al suspender el clopidogrel), o que el paciente o familiar no lo entendió u olvidó. En cualquier caso se confeccionará una Hoja de Preparación del Paciente Quirúrgico, que se incluirá en el Plan Asistencial que se le facilita al paciente en donde irá incluido el cambio y prescripción, en forma de listado de comprobación.

El acontecimiento adverso, neumotórax inicialmente espontáneo y, posteriormente, inagotable iatrogénico se le ocasionó a una paciente en otra unidad de nuestro centro, por rotura de un pleur-e-cath tras su indebido pinzamiento. Se le comunicó a los cirujanos de la unidad afectada para que tomaran las medidas apropiadas.

En relación a la subida de un paciente desde UCI sin conocimiento del cirujano torácico de guardia, a hora intempestiva –que ya es de por sí un acontecimiento adverso internacionalmente reconocido-, y en una situación clínica inadecuada para su control en planta y que ocasionó la desestabilización del paciente de forma casi inmediata y el reingreso en la unidad de procedencia, se considera muy grave y así se le comunicó al director de la unidad de UCI. Se determinó que no se trasladaría a ningún paciente a nuestro cargo sin comunicación y aceptación por el cirujano torácico o, en su defecto, con la aquiescencia del Jefe de la Guardia, y siempre en horario diurno, a ser posible en el turno de mañana.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, la secretaria de la unidad ya acude rutinariamente a las sesiones de programación y toma nota de todas las observaciones.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 11:50h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 17/12/2014

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Francisco Javier Algar Algar

D. Antonio Álvarez Kindelán

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas C.E. Cirugía

**Excusan su asistencia:**

D. Francisco Cerezo Madueño

Se inicia la sesión a las 9:30 h. por parte del Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión. En concreto, uno, por caída de paciente, uno por mal funcionamiento de cámara de recolección pleural, uno por preparación del lado contrario en planta de hospitalización, uno por comentario clínico en historia equivocada y otro por rotura de drenaje pleural.

El Dr. Salvatierra pone de manifiesto el elevado número de incidentes y acontecimientos adversos en el semestre, que puede reflejar un aumento real de la incidencia, pero que también puede responder a una mayor concienciación del personal para su detección y registro. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes.

Con respecto al primer acontecimiento adverso, caída de paciente en habitación, se analiza causa raíz, llegándose a la conclusión de que el personal de enfermería debe ofrecerse a asistir a los pacientes frágiles en su movilidad.

El acontecimiento debido al mal funcionamiento de la cámara de recolección pleural, se constata que se debió a que no se rellenó el sello de agua; de nuevo, el paciente estaba en otra planta de hospitalización. Se insiste en que enfermería debe comprobar las cámaras de recolección pleural en cada turno. La supervisora enviará un escrito a todas las supervisoras, recordándoles que el procedimiento de manejo de las cámaras de recolección pleural forma parte del dossier de procedimientos de enfermería de la Intranet.

Con respecto al segundo caso, preparación del lado equivocado en planta de hospitalización, se comenta que, de nuevo, se debió a que la enfermera no comprobó la lateralidad de la lesión en el parte quirúrgico; este hecho pudo haber ocasionado un efecto adverso de graves consecuencias para el enfermo, el cirujano y el hospital, pero que fue afortunadamente detectado el error antes de

producirse el evento adverso. Se hace constar que el paciente estaba ingresado en una planta que no era la nuestra. Se realizó una búsqueda de la causa raíz y tras convocar, mediante tormenta de ideas acciones para prevenirla se tomó por consenso las siguientes medidas:

- Comunicación con supervisora de planta en la que se produjo el error.
- El listado de verificación prequirúrgico no debe tratarse como una rutina más, sino como una valiosa salvaguarda para la seguridad clínica.
- Remitir un nuevo escrito al Servicio de Admisión de nuestro Centro, para que ningún paciente de cirugía de tórax ingrese como ectópico, en la medida de las posibilidades. Es la tercera vez que se comunica en un periodo de 1 año, por lo que también se pone en conocimiento de la Dirección Médica.

En relación a la desprogramación de una intervención por la toma de clopidogrel sin interrupción hasta el día del ingreso, tras realizar una amplia discusión con la misma metodología antes referida, se llega por consenso a las siguientes medidas:

- De nuevo, que la revisión del listado de verificación en pre-programación no sea rutinaria.
- Insistir en que desde la secretaría se le diga al paciente que deje de tomar la medicación anticoagulante o antiagregante un mínimo de 5 días antes de la intervención, con la prescripción de heparina de bajo peso molecular, si su médico de atención primaria lo considera oportuno.

El quinto incidente, mal funcionamiento de un drenaje pleural, tipo pleur-e-cath, se debió a la rotura de la conexión de la llave de paso con el catéter. El material no parece de buena calidad, pero al ser el comprado por la Institución y tener las correspondientes autorizaciones, el análisis causa raíz se para en la manipulación no cuidadosa del mismo. Se insiste en la necesidad de revisar por turno la estanqueidad de los sistemas de drenaje pleural.

En “Ruegos y Preguntas” el Dr. Baamonde Laborda insiste en la necesidad de evitar que los pacientes de nuestra unidad estén desagrupados. En el escrito al Servicio de Admisión se hará constar el ruego de que, siempre que sea posible, los pacientes de cirugía de tórax se localicen en las camas 1319 a 1327 y 1336.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que sigue sin surtir efecto, como se relata en el párrafo anterior, las medidas tomadas por el Servicio de Admisión.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 10:30h.

## UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

### ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 14/07/2015

#### **Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Francisco Javier Algar Algar

D. Antonio Álvarez Kindelán

D. Francisco Cerezo Madueño

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas C.E. Cirugía

Se inicia la sesión a las 9:30 h. por parte del Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión. En concreto:

- Suspensión de intervención quirúrgica (2)
- Cámara de pleurevac mal preparada (1)
- Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico (1)
- Comentario clínico en historia equivocada (1)
- Cambio de identidad en historia clínica (planta de hospitalización) (1)
- Mal funcionamiento de bomba de perfusión (1)
- Volcado en Red de Rx de otro paciente (2)
- Subida de paciente desde UCI después de las 22 h (2)
- Envío de medicación errónea desde Farmacia (1)
- Receta de ortopedia con nombre de paciente erróneo (1)
- Imposibilidad de rellenar una botella de oxígeno por estar cerrada con llave el cuarto donde se ubican las bombonas madres (1)
- Error de dosificación en medicación preparada por Farmacia (1)
- Error en pulsera de identificación (1)
- Error de sitio quirúrgico en planta de hospitalización (1)

El Dr. Salvatierra vuelve a poner de manifiesto el elevado número de incidentes y acontecimientos adversos en el semestre, que probablemente responda a una mayor concienciación del personal para su detección y registro. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes.

Con respecto al primer acontecimiento adverso, suspensión de intervención quirúrgica en dos ocasiones y por la misma causa: Toma por parte del paciente de antiagregantes los días previos y Plan de Calidad UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. MC-CTO-002- V8



que ocasionó molestias para el paciente y allegados y pérdida de la sesión quirúrgica, se apunta que la medida a adoptar es que, de nuevo, la revisión del listado de verificación en preprogramación no sea rutinaria. Incluir en el parte quirúrgico semanal que se le pasa a la secretaria que le diga al paciente que deje de tomar la medicación 5 días antes.

El acontecimiento debido a la cámara de recolección pleural mal preparada, se constata que se debió a que no se rellenó el sello de agua; se detectó en Reanimación, sin síntomas (paciente recién intervenido). Como medida se apunta el cumplimiento del Listado de Verificación por parte de la enfermería del quirófano. Atención en la preparación de cámaras de recolección pleural

El casi incidente ocasionado por indicar el lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico (equivocación en la lateralidad de la lesión pulmonar), se detectó en la sesión de programación, por lo que no hubo incidencias sobre el paciente. Como única medida, insistir en la comprobación rutinaria de lateralidad al emitir cualquier informe.

Respecto al comentario clínico en la historia de otro paciente, decir que aconteció en el pase de visita, y que se cambió de historia física al escribir. No hubo ninguna repercusión por detección temprana. Tras discusión, se insiste en intentar agrupar a los pacientes de la unidad en una misma ala, y que la comprobación de la historia no sea por localización (número de cama), sino por nombre del paciente.

En relación con el cambio de identidad en una historia clínica (planta de hospitalización), decir que se produjo probablemente por sobrecarga de enfermería; ingresos de pacientes ectópicos, con alta renovación (camas calientes) en aquella época; detección por el facultativo, sin que hubiera consecuencias clínicas. Se decide realizar una comunicación a la Dirección Asistencial y a la Dirección de Enfermería en la Sesión de Alta Frecuentación.

Con respecto al acontecimiento adverso debido a un mal funcionamiento de la bomba de perfusión de analgesia, se debió a que se apagó la alarma cuando el sistema se quedó sin suero, pero no se repuso. Analizado el caso, se apreció ese día una sobrecarga de trabajo del turno de enfermería. La consecuencia fue un dolor intenso, perfectamente evitable, durante unas horas. Las medidas que se deciden son, por una parte, insistir en la finalización de toda tarea iniciada antes de comenzar otra, y por otra, la comunicación a la Dirección Asistencial y a la Dirección de Enfermería de la sobrecarga de nuestra planta por pacientes de otras unidades, de nuevo en la Sesión de Alta Frecuentación.

En relación con la incidencia ocasionada por el volcado en la Red de Exploraciones Complementarias de una Rx de otro paciente, en dos ocasiones en el semestre, decir que los errores los cometieron dos técnicos distintos de Radiodiagnóstico y que no hubo consecuencias por advertirlo antes de la toma de decisión por parte del cirujano torácico. Se efectuó una comunicación a la Unidad de Radiodiagnóstico.

Con respecto a la subida de pacientes desde UCI después de las 22 h, en dos ocasiones en este semestre, decir que, aunque *per se* este hecho se considera internacionalmente como un acontecimiento adverso, además, en ambas ocasiones, el traslado a planta de hospitalización se hizo sin conocimiento del cirujano torácico, y en condiciones inadecuadas del paciente; en una de ellas, se produjo la desestabilización del paciente de forma casi inmediata y hubo necesidad de reingreso en UCI. Se mantuvo una reunión *ad hoc* con el Director de la Unidad y se tomó la decisión de no subir a planta a ningún paciente sin el conocimiento del cirujano torácico.

Otro casi acontecimiento adverso se debió al envío de una medicación errónea desde Farmacia, concretamente, enviaron en tres paquetes monodosis como Auxina E (tocoferol) comprimidos de Septrim. No hubo ninguna repercusión al detectarse el fallo por parte de la enfermería de planta. Se comunicó a la Unidad de Farmacia. Así mismo, se constata la buena práctica de nuestra enfermería de comprobar la medicación antes de dispensarla.

Respecto a la receta de ortopedia con nombre de paciente erróneo, decir que al darle de alta al paciente objeto del error se estaban dando otras altas y se erró al ponerle la etiqueta de otro paciente en la receta de ortopedia. No hubo consecuencias, ya que el propio paciente advirtió del error al profesional. La consecuencia principal es la posible falta de confianza generada por el error. Se insiste en la importancia extrema de identificar correctamente al paciente para todo trámite o acción sobre cualquier paciente.

En relación con el incidente debido a la imposibilidad de rellenar una botella de oxígeno por estar cerrada con llave el cuarto donde se ubican las bombonas madres, decir que La profesional) llamó a Seguridad, que no tenía llave. Desconocía que la llave del cuarto la tiene Mantenimiento. La consecuencia fue que el paciente acudió al hospital y no pudo llevarse su bombona portátil rellena, con las molestias que el hecho implicó. Se ha colocado durante un tiempo un cartel en el estar de enfermería, en el que se expresa que en caso de encontrar la puerta cerrada, se llame a Mantenimiento.

El acontecimiento adverso debido a un error de dosificación en medicación preparada por Farmacia, ocurrió de la siguiente manera: se administra una dosis errónea (mayor dosis de la debida) de levosimendan al venir mal preparada desde Farmacia. Ocasionó un episodio de hipotensión pasajero y sin ocasionar daño. Se comunicó a Farmacia.

Se produjo un casi incidente al remitir desde Admisión una pulsera de identificación de otro paciente en la carpeta. El error lo detectó la enfermera de la planta en el momento del ingreso, por lo que no dio lugar a ningún daño. Se notificó a Admisión.

El acontecimiento adverso de error de sitio quirúrgico se produjo en la planta de hospitalización. El cirujano realiza implantación de drenaje pleural en el lado contrario, con anestesia local. No ocasionó daño, ya que también en esa cavidad pleural la paciente tenía un pequeño derrame. Como medida, se insiste en que antes de proceder a cualquier actuación quirúrgica con anestesia local, hay que cerciorarse en las pruebas de imagen o semiológicamente la lateralidad y, además, comentar con el paciente dicha lateralidad.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que sigue sin surtir efecto las medidas tomadas por el Servicio de Admisión para agrupar a los pacientes en un ala y para que no haya sobrecarga de enfermería. Tampoco han surtido el efecto las medidas tomadas para el fallo en el relleno del sello de agua de las cámaras de recolección pleural, por lo que se hará una sesión formativa en quirófano. Sí parece haber surtido efecto la medida tomada en la anterior sesión respecto a la comprobación en cada turno por parte de enfermería de la estanqueidad de los sistemas de drenaje pleural.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 10:40h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 13/01/2016

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Francisco Javier Algar Algar

D. Antonio Álvarez Kindelán

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

**Excusan:**

D. Francisco Cerezo Madueño

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

Se Inicia la sesión a las 9:10 h. por parte del Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión. En concreto:

- Muerte inesperada por infección del lecho quirúrgico
- Inadecuada protección antitrombótica
- Suspensión de intervención quirúrgica
- Volcado en Red de Rx de otro paciente
- Subida de paciente desde UCI después de las 22 h (2)
- Error en pulsera de identificación

El Dr. Salvatierra pone de manifiesto el menor número de incidentes y acontecimientos adversos en el último semestre de 2015, pero también la gravedad de uno de ellos. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes.

La muerte inesperada por infección del lecho quirúrgico ocurrió tras la resección de una lesión benigna, un fibroelastoma dorsi. El paciente fue dado de alta al día siguiente de la intervención, manifestando exclusivamente dolor en la zona, sin que en ese momento existieran signos inflamatorios. Acudió a urgencias en la madrugada del día siguiente por intenso dolor en la zona quirúrgica y malestar general e ingresó en nuestra unidad. Presentaba signos inflamatorios evidentes e inicio de shock séptico. Fue ingresado en UCI por cuadro séptico, manifestándose posteriormente como gangrena gaseosa. A pesar

Plan de Calidad UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. MC-CTO-002- V8

de todas las medidas terapéuticas realizadas, falleció. El análisis causa raíz realizado tras el fallecimiento fue exhaustivo y no pudo concluir en ninguna causa clara. Tanto los cirujanos, como la instrumentista eran de nuestra unidad (no se lavó el residente rotante) y no vulneraron ninguna de las normas. Se comprobó la asepsia del instrumental, así como las buenas condiciones microbiológicas del quirófano. No se administró profilaxis antibiótica, al no estar aconsejada por la evidencia científica. Se actuó de forma inmediata. Se concluyó que la causa fue la extremada virulencia del germen. No obstante, desde entonces, se han extremado todas las medidas de asepsia y de alerta ante la infección del lecho quirúrgico.

En relación con el incidente por inadecuada protección antitrombótica de una paciente a la que se le suspendió un anticoagulante oral y no se le prescribió heparina de bajo p. m. y que no tuvo consecuencias objetivables, el paciente manifestó no haber sido informado o haberlo olvidado. Dado que se confeccionó la Hoja de Preparación del Paciente Quirúrgico con posterioridad a este incidente, se espera que no se repita. Se informa a la secretaria de la unidad para que esté alerta a la prescripción en el parte quirúrgico semanal que se le pasa desde la sesión de programación y que escriba en este un OK cuando se informe al paciente.

Con respecto a la suspensión de intervención quirúrgica por no estar en ayunas el paciente y que ocasionó la pérdida de la sesión quirúrgica, se debió a descuido del paciente, que reconoció el error y que se le había indicado, tanto en la consulta externa como a su llegada al hospital.

En relación con la incidencia ocasionada por el volcado en la Rayos de una Rx de otro paciente, los responsables de Radiodiagnóstico, tanto de la división médica como de enfermería, manifestaron su malestar y que hablarían con la técnica afectada. No hubo consecuencias por darnos cuenta antes del pase de visita.

Con respecto a la subida de pacientes desde UCI después de las 22 h, de nuevo en dos ocasiones en este semestre, también sin avisar del cirujano torácico, a pesar de la reunión *ad hoc* con el Director de la Unidad en julio de 2015, este nos comunica que en ambos casos fue absolutamente imprescindible por inexistencia de camas por trasplantes, en ambos casos. Se insistió en la necesidad de no trasladar a planta a ningún paciente sin el conocimiento del cirujano torácico.

De nuevo se detectó un casi incidente por existir una pulsera de identificación de otro paciente en la carpeta preparada por Admisión. El error lo detectó la enfermera de la planta en el momento del ingreso, por lo que no dio lugar a ningún daño. Se volvió a notificar a Admisión.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que todas han surtido efecto, salvo las referentes a Radiodiagnóstico, traslado inadecuado de pacientes desde UCI y fallos en la preparación de las carpetas desde Admisión.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 10:15h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 13/07/2016

**Asistentes:**

D. Ángel Salvatierra Velázquez

D. Carlos Baamonde Laborda

D. Francisco Javier Algar Algar

D. Antonio Álvarez Kindelán

D. Francisco Cerezo Madueño

D<sup>a</sup>. Paula Moreno Casado

Dr. Hugo Darío Guamán

Dra. Guadalupe Carrasco

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan:**

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

Inicia la sesión a las 9:00 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos desde la última reunión. En concreto:

- Caída de paciente en cuarto de baño
- Necesidad de realizar una neumonectomía por estenosis de la sutura arterial
- Preparación de lado equivocado
- Subida de paciente desde UCI después de las 22 h

El Dr. Salvatierra pone de manifiesto el escaso número de incidentes y acontecimientos adversos en el primer semestre de 2016. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes.

En relación con la caída de pacientes en el cuarto de baño vuelve a repetirse. De nuevo, se insiste a Servicios Generales la necesidad de, en la medida de lo posible, eliminar barreras arquitectónicas en los

cuartos de baño. Insistimos al servicio de limpieza que utilice una solución antideslizante después de limpiar las duchas

Con respecto a la realización de una neumonectomía por estenosis de la sutura arteria en una resección en manguito, tras el análisis causa-raíz, se llega a la conclusión de no apurar la indicación de resección en manguito o, al menos, de cerciorarse, en la medida de lo posible, de un buen flujo tras la anastomosis.

En relación con la preparación del lado equivocado en planta de hospitalización, se comenta que, de nuevo, se debió a que la enfermera de una planta que no es la nuestra se equivocó al preparar al paciente de lado. Este hecho pudo haber ocasionado un efecto adverso de graves consecuencias, pero fue detectado antes de producirse el evento adverso. Tras realizar una búsqueda de la causa raíz y tras convocar, mediante tormenta de ideas acciones para prevenirla, se tomaron por consenso las siguientes medidas:

- Que el listado de verificación pre-programación y quirúrgico no sea una rutina más, sino un mecanismo valioso para evitar acontecimientos adversos.
- Comunicación con supervisora de planta en la que se produjo el error. Insistir a la Dirección Asistencial y a Admisión para que ningún paciente de cirugía torácica ingrese como ectópico. Es la tercera vez que se comunica en menos un año.

Para la puesta en marcha de estas acciones se nombra como responsable a Lola Ortiz, quien evaluará estas acciones y presentará informe de estas.

En relación con la subida de pacientes desde UCI después de las 22 h, también sin avisar del cirujano torácico, a pesar de la reunión *ad hoc* con el director de la Unidad en julio de 2015, este nos comunica que fue absolutamente imprescindible por inexistencia de camas. Se insistió en la necesidad de no trasladar a planta a ningún paciente sin el conocimiento del cirujano torácico, a pesar de que lo ordene el Jefe de la Guardia.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que todas han surtido efecto, salvo la referente al traslado inadecuado de pacientes desde UCI.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 9:35h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 18/01/2017

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dra. Paula Moreno Casado

Dr. Hugo Darío Guamán

Dr. Javier González García

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusa:**

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Inicia la sesión a las 8:30 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el segundo semestre de 2016. En concreto:

- Mal funcionamiento de sistema de drenaje pleural
- Subida de paciente desde UCI después de las 22 h
- Mal funcionamiento de cámara pleural por error en preparación

El Dr. Salvatierra pone de manifiesto el escaso número de incidentes y acontecimientos adversos en el primer semestre de 2016. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes, pero cree que hay una infradeclaración.

El mal funcionamiento de un drenaje pleural, tipo pleur-e-cath, se debió a la rotura del catéter por la conexión de la llave de paso. Creemos que se debe a la mala calidad, pero es el que ha comprado el hospital y tiene las correspondientes autorizaciones la UE, por lo que el análisis causa raíz termina en la eventual manipulación no cuidadosa del mismo. Se insiste en la necesidad de revisar por turno la estanqueidad de los sistemas de drenaje pleural hasta que la calidad de este mejore.

Con respecto a la subida de pacientes desde UCI después de las 22 h, sin conocimiento previo del cirujano torácico, puestos en contacto con el director de la Unidad nos comunica que no lo le consta el caso y que no cree que, de producirse, no se pusiera en conocimiento del cirujano torácico. Insistimos en que es un acontecimiento adverso grave, reconocido internacionalmente y que no sabemos ya que hacer para que no se produzca.

En relación con un neumotórax inagotable debido a no estar relleno el sello de agua en la cámara de recolección pleural, de nuevo le ocurrió a un paciente que no estaba en nuestra planta de hospitalización. Se insiste en que enfermería debe comprobar las cámaras de recolección pleural en cada turno. La supervisora ya envió un escrito a todas las supervisoras, recordándoles que el procedimiento de manejo de las cámaras de recolección pleural forma parte del dossier de procedimientos de enfermería de la Intranet. Se volverá a remitir el escrito.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que todas han surtido efecto, salvo la referente al traslado inadecuado de pacientes desde UCI.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 9:10h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 12/07/2017

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dr. Diego Alejandro Murillo Brito

Dr. Javier González García

Dra. Anna Muñoz Fos

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusa:**

Dra. Paula Moreno Casado

Inicia la sesión a las 8:40 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el primer semestre de 2017. En concreto:

- Irresecabilidad de un cáncer probablemente por tiempo de estudio y espera excesivos
- Suspensión de intervención programada por toma de anticoagulantes
- Subida de paciente desde UCI después de las 22 h
- Fallo en suturadora mecánica durante una resección pulmonar

El Dr. Salvatierra pone de manifiesto el escaso número de incidentes y acontecimientos adversos en el primer semestre de 2017. Anima a declarar cualquier incidente o acontecimiento adverso, como forma de aprender y poner todos los medios a nuestro alcance para que no vuelvan a producirse. Agradece a todo el personal el esfuerzo realizado para incrementar la seguridad de nuestros pacientes.

Respecto a la Irresecabilidad de un cáncer, probablemente por tiempo de estudio y espera excesivos, tras análisis causa-raíz, se concluye que el tiempo entre la primera manifestación radiológica y la Plan de Calidad UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. MC-CTO-002- V8

realización de la TC y la presentación del caso clínico excedió de los 3 meses por causas comprensibles pero injustificadas (vacaciones, cambio de neumólogo referente, fallo técnico y atraso en pruebas diagnósticas, etc.). Además, nosotros intentamos la resección a la tercera semana de su inclusión en lista de espera, por imposibilidad de hacerlo antes, dado el número de pacientes en lista con patología neoplásica y la escasez relativa de sesiones quirúrgicas. Desgraciadamente, la primera parte de las posibles causas de irresecabilidad pudieron deberse a la agresividad del tumor y al tiempo prolongado antes de estar en nuestro conocimiento. Pero la espera de 3 semanas es de nuestra responsabilidad. Ya hemos solicitado recuperar la quinta sesión semanal de forma permanente, pero hasta ahora no se nos ha podido conceder. En cualquier caso, ante hechos similares, adelantaremos la intervención en casos similares, sin que por ello faltemos a nuestros preceptos éticos.

En relación con la suspensión de una intervención programada por la toma de anticoagulantes sin interrupción hasta el día del ingreso, la causa fue el no haber hecho constar en el parte de la programación semanal este hecho. Tras realizar una amplia discusión con la metodología causa-raíz, se llega por consenso a la toma de las siguientes medidas:

- Que la revisión del listado de verificación en pre-programación no sea rutinaria.
- Insistir en que desde la secretaría se le pregunte al paciente si toma medicación para la coagulación de la sangre y que se le diga al paciente que deje de tomar la medicación anticoagulante o antiagregante un mínimo de 5 días antes de la intervención.

Con respecto a la subida de pacientes desde UCI después de las 22 h, sin conocimiento previo del cirujano torácico, ya no sabemos qué hacer. Hemos mantenido una nueva reunión con el director de la unidad y también se muestra preocupado; va a insistir en que, al menos, si es imprescindible la salida a planta a deshora, lo haga con el conocimiento del cirujano torácico.

En relación con el fallo de la sutura mecánica, afortunadamente no fue en estructuras vasculares, sino en la cisura. Se ha remitido la suturadora a la casa comercial con el fin de que se estudie el fallo. Nos informarán al respecto.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que todas han surtido efecto, salvo la referente al traslado inadecuado de pacientes desde UCI.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 9:15h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 17/01/2018

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dra. Paula Moreno Casado

Dr. Diego Alejandro Murillo Brito

Dr. Javier González García

Dra. Anna Muñoz Fos

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

Inicia la sesión a las 8:35 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el segundo semestre de 2017. En concreto:

- Resección pulmonar mayor de lo inicialmente indicada, probablemente por tiempo de estudio y espera excesivos
- Gasa en lecho quirúrgico
- Rotura de instrumento quirúrgico endoscópico durante una resección tímica

El Dr. Salvatierra comenta el escaso número de incidentes y acontecimientos adversos en el segundo semestre de 2017.

Con respecto a la necesidad de efectuar neumonectomía en un cáncer, probablemente por tiempo de estudio y espera excesivos, tras análisis causa-raíz, se concluye que el tiempo entre el diagnóstico inicial y la presentación del caso clínico fue excesivo. A ello se sumó la espera en lista excesiva, por imposibilidad de hacerlo antes, dado el alto número de pacientes en lista con patología neoplásica y la escasez de sesiones quirúrgicas. El paciente hubo de esperar más de 4 semanas. Hemos reclamado, al menos, recuperar la quinta sesión semanal de forma permanente, pero no se nos ha concedido. Tras el análisis pertinente se decide que el cirujano torácico anote en el apartado Observaciones del impreso de

Inclusión en AGD el estadio de la neoplasia, con el fin de facilitar que en la programación quirúrgica se tenga en cuenta y así evitar, en lo posible, que vuelva a darse un caso similar.

En relación con la gasa dejada en el lecho quirúrgico, hay que aclarar que fue una gasa intercisural, puesta sobre un Tachosil, que dejó de verse al insuflar el pulmón. El contaje se dio por correcto (enfermera de contrato). El cirujano se dio cuenta al ver la radiografía en Reanimación, se informó al paciente y se le extrajo de inmediato, por lo que no hubo consecuencias clínicas. Tras realizar una amplia discusión con la metodología causa-raíz, se llega por consenso a la toma de las siguientes medidas:

- Que la revisión del listado de verificación quirúrgica no sea rutinaria.
- Que el contaje sea refrendado entre circulante e instrumentista.
- Que toda gasa que se introduzca en el campo quirúrgico vaya señalizada con un hilo en cuyo extremo cuelgue un señalizador, a modo de linterna.

En relación con la rotura de la rama del dispositivo de energía, reseñar que, afortunadamente el cirujano lo apreció en el momento y pudo rescatar el fragmento por vía endoscópica. Se remitió el instrumento a la casa comercial con el fin de que se estudie el fallo. Nos informarán al respecto. En cualquier caso, consideramos que, a pesar de que este dispositivo cuenta con la aprobación de las autoridades competentes, no tiene la calidad suficiente para dar la seguridad requerida. Así se lo hacemos llegar a la Dirección Económica de nuestro centro.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que todas han surtido efecto.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 9:05h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 2/08/2018

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dr. David Sebastián Poveda Chávez

Dra. Anna Muñoz Fos

**Excusan:**

Dra. Paula Moreno Casado

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dr. Javier González García

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

Inicia la sesión a las 8:30 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el primer semestre de 2018. En concreto:

- Volcado en Red de Rx de otro paciente
- Suspensión de intervención programada por falta de ayunas
- Suspensión de intervención programada por interrupción errónea de medicación
- Fallo en suturadora mecánica durante una resección pulmonar
- Fallo de la mesa de operaciones durante trasplante pulmonar
- Preparación y traslado a broncoscopia de paciente erróneo
- Error de medicación por dispensación errónea desde Farmacia
- Intercambio de medicación entre dos pacientes de la misma habitación
- Ingreso indebido de paciente en Cirugía torácica

El volcado en Red de Rx de otro paciente se repite con cierta frecuencia. Sin consecuencias por advertirlo el cirujano torácico antes de la toma de decisión. En anteriores ocasiones, tras el análisis causa-raíz, se aconsejó a Radiodiagnóstico que la pantalla de trabajo de los técnicos apareciera con rayas alternantes, para reducir la posibilidad de error. Se ha vuelto a contactar con la Unidad, ya que las medidas tomadas hasta ahora no han terminado con el problema.

Suspensión de intervención quirúrgica por no estar el paciente en ayunas. El paciente se descuidó, a pesar de reconocer que se le había advertido, tanto por parte de nuestra secretaria, como de la enfermera de la planta. La consecuencia fue la pérdida de la mayor parte de la jornada quirúrgica. Como tras el análisis causa-raíz, como acción preventiva se determina que la enfermera responsable deberá SIEMPRE recordar al paciente a su ingreso la necesidad de ayunas oralmente y con la puesta de “cartel de ayunas” en la cama.

Suspensión de intervención por no haber tomado la paciente su medicación. Suspendió el tratamiento *motu proprio*. El anestesiólogo detectó que la paciente no había tomado la hormona tiroidea y el antihipertensivo cuatro días antes, junto a la suspensión del Apixaban, que era el único fármaco que debía suspender. Tanto en la consulta, como durante la llamada de la secretaria se le dijo que suspendiera solamente el Apixaban cuatro días antes y la metformina el día de la intervención. La paciente reconoció que suspendió por su cuenta toda la medicación. Como consecuencia, se perdió parte de la jornada quirúrgica. Una medida que podría evitar hechos similares sería que el anestesiólogo le diera al paciente una copia del informe, en el que figuran las medidas sobre la medicación perioperatoria. Le hacemos llegar nuestra recomendación a la Unidad de Anestesiología.

Fallo de suturadora mecánica con necesidad de rehacer sutura manualmente. Se trató de un fallo técnico. Como consecuencia hubo necesidad de rehacer la sutura manualmente. Estamos a la espera de informe de la casa comercial, a la que se le comunicó número y lote del dispositivo.

Fallo en la movilidad de la mesa quirúrgica. Durante la realización de un trasplante bipulmonar, con el paciente en decúbito lateral, no se pudo poner la mesa en el decúbito lateral opuesto para realizar el otro implante. El listado de verificación incluyó la prueba de la movilidad de la mesa. La consecuencia fue el retraso de más de 2 horas en la realización del segundo implante, con el correspondiente incremento en el tiempo de isquemia, además de la alarma social creada ya que la noticia de la necesaria actuación de los bomberos a media noche para solucionar la grave situación salió en la prensa local y nacional. Tras el análisis causa-raíz, se concluye en aconsejar revisiones preventivas más frecuentes. Además, sería muy recomendable el cambio de las mesas quirúrgicas fijas por móviles.

Preparación y bajada a Broncoscopia de paciente erróneo. Por error de la enfermera (contrato reciente) se preparó (ayunas) a otro enfermo para realización de broncoscopia. En Broncoscopia, al comprobar la identidad del paciente se detectó el error. Ninguna consecuencia física, pero sí pérdida de credibilidad y confianza. Necesidad absoluta de COMPROBAR IDENTIDAD de forma sistemática en cada paso de actuación sobre el paciente.

Error de Farmacia: doble dosis de Tacrolimus a un paciente. La dispensación de Farmacia venía con doble dosis del fármaco. No se detectaron efectos secundarios y se ajustó la dosis siguiente. Farmacia detectó el error y tomará las medidas oportunas.

Intercambio de medicación entre dos pacientes de la misma habitación. La de la paciente de la cama A a la B y viceversa. Al entrar la enfermera en la habitación una de las pacientes le hizo una pregunta y, durante la respuesta, intercambió los vasos que contenían la medicación y que estaban correctamente etiquetados con los nombres y dos apellidos. No se detectaron complicaciones. Como efecto secundario, una de las pacientes tuvo una diuresis profusa (furosemida indebida). Necesidad absoluta de COMPROBAR IDENTIDAD de forma sistemática en cada paso de actuación sobre el paciente.

Ingreso indebido en Cirugía Torácica. Paciente cardiópata que acude a Urgencias con disnea. Le ven en TC fracturas costales y derrame pleural y lo ingresan directamente a nuestro cargo con el diagnóstico de traumatismo torácico, fracturas costales y hemotórax. Las fracturas costales eran antiguas (por lo menos, de más de 19 meses de antigüedad -visibles en exploración previa-) y el derrame era un trasudado secundario a IC. Se le efectuó toracocentesis innecesariamente, si la anamnesis hubiera sido correcta y se hubieran visto los estudios radiográficos previos. Se comunicó a la Unidad de Urgencias y tomarán las medidas oportunas para que no vuelva a ocurrir.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que no se ha solucionado el fallo mecánico en el dispositivo de sellado. Como medida de seguridad, no usaremos esta marca de dispositivo desde ahora, hasta que la casa comercial no asegure la subsanación del fallo. No se han repetido acontecimientos tras las medidas tomadas en las dos sesiones anteriores.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 9:45h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 9/01/2019

**Asistentes:**

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dra. Paula Moreno Casado

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dr. Javier González García

Dr. David Sebastián Poveda Chávez

Dra. Anna Muñoz Fos

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez (baja laboral)

Inicia la sesión a las 8:45 h. el Dr. Baamonde, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el segundo semestre de 2018. En concreto:

- Fallo de la mesa de operaciones durante trasplante pulmonar
- Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico
- Error en pulsera de identificación
- Parte quirúrgico incompleto
- Error de paciente para prueba diagnóstica

Fallo en la movilidad de la mesa quirúrgica. Es la segunda vez que se produce en un período corto de tiempo. La primera vez se solucionó con la actuación de los bomberos a media noche. Creó alarma social ya que la noticia salió en la prensa local y nacional. Tras el análisis causa-raíz, se concluyó en aconsejar revisiones preventivas más frecuentes. Además, se concluyó que sería muy recomendable el cambio de las mesas quirúrgicas fijas por móviles. Así se transmitió a la Dirección Gerencia y a la Dirección Médica.

A pesar de que se han efectuado revisiones preventivas con una periodicidad acortada, el fallo se ha vuelto a producir. Durante la realización de un trasplante pulmonar, con el paciente en decúbito lateral, no se pudo poner la mesa en decúbito supino. El listado de verificación también en esta ocasión incluyó la prueba de la movilidad de la mesa. No hubo esta vez consecuencias sobre el paciente, ya que fue al final del procedimiento y pudo trasladarse a la cama de UCI. Se vuelve a poner en conocimiento de este fallo, ya inexcusable, a nuestras autoridades. Responden que van a comprar una nueva mesa a la mayor brevedad. Mientras tanto, se acortarán aún más los períodos de revisiones preventivas.

Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico. En el informe figuraba “lobectomía inferior izquierda” y en realidad era derecha. Se detectó en la sesión de programación, por lo que no ocasionó perjuicio sobre el paciente. Se insiste en la comprobación de la lateralidad en todos los informes, tanto al teclear, como en la lectura posterior de cualquier informe confeccionado, antes de su firma y emisión.

De nuevo se detectó un casi incidente por existir una pulsera de identificación de otro paciente en la carpeta preparada por Admisión. El error lo detectó la propia paciente en el momento del ingreso, por lo que no dio lugar a ningún daño. Se volvió a notificar a Admisión.

Parte quirúrgico incompleto. No se expresó la dificultad de la vía aérea. No estaba preparada la broncoscopia. Se solucionó por un neumólogo de trasplante que la realizó. El jefe de la unidad debe revisar el parte quirúrgico una vez confeccionado.

Error de paciente para prueba diagnóstica. Llevan a Radiodiagnóstico a un paciente por error. Se detectó al llegar a Rayos por parte de la técnico. Fue debido a un cambio de cama en fecha de mucha rotación. El celador no comprobó que el paciente que ocupaba la cama ya no era al que había que hacerle la exploración. Pérdida de confianza y disgusto para el paciente y familiares. Es menester formar mejor en seguridad a los celadores de contrato antes de su incorporación al trabajo.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que no se ha solucionado el fallo mecánico de la mesa quirúrgica. No se han repetido acontecimientos tras las medidas tomadas en las dos sesiones anteriores, salvo el fallo en las pulseras identificativas y el de lateralidad errónea en informe.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 10:05h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Plan de Calidad UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. MC-CTO-002- V8

Fecha: 9/10/2019

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dra. Paula Moreno Casado

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Javier González García

Dr. David Sebastián Poveda Chávez

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan:**

Dra. Anna Muñoz Fos

Dr. Francisco Cerezo Madueño

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

Inicia la sesión a las 8:40 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el primer semestre de 2019. En concreto:

- Fallo de la mesa de operaciones durante trasplante pulmonar
- Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico
- Error de medicación

Fallo de la mesa de operaciones durante trasplante pulmonar. Un nuevo fallo en la mesa quirúrgica, durante la realización de un trasplante pulmonar. Parece que los decúbitos pronunciados representan una posible causa. Otra detectada por los técnicos es el paso de sangre a la parte mecánica, lo que nos resulta incomprensible como fallo de diseño. En cualquier caso, volvemos a insistir en la necesidad de una nueva mesa, portátil. Se nos dice desde la Dirección Gerencia y Dirección Médica que, en el momento actual, no hay presupuesto para ello, pero que pasa a ser una prioridad. Previamente a la intervención, el cirujano responsable comprobó el correcto funcionamiento. No hay otras medidas provisionales que tomar que las ya adoptadas: revisiones frecuentes, limpieza exhaustiva y comprobación de funcionamiento previo a cada intervención. Todos los asistentes se muestran preocupados y derivan la responsabilidad a la Dirección del hospital.

Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico. En el informe figuraba “lobectomía superior izquierda” y en realidad era derecha. Se volvió a detectar en la sesión de programación, por lo que no ocasionó perjuicio sobre el paciente. Se insiste en la comprobación de la lateralidad en todos los informes, tanto en su elaboración, como en la lectura posterior de cualquier informe, antes de su firma y entrega.

Error de medicación. El hospital se ha quedado desabastecido de la presentación de salbutamol en aerosoles para adultos. En su defecto, envían la presentación pediátrica. Los médicos siguen prescribiendo la dosis precisa en cada paciente, quedando bien recogida en la hoja de tratamiento médico, pero en la de enfermería figura una dosis errónea; dosis que multiplica por diez la dosis real administrada. Aunque no se ha producido ninguna alteración en el estado respiratorio de los pacientes, claramente se le ha administrado una dosis insuficiente, con los posibles perjuicios en la broncodilatación, aunque no se hayan objetivizado. Se contactó con farmacia y se le comentó, a título de consulta, la duda sobre la dosificación. Confirmaron que era correcto y que existe un error en la hoja de enfermería pero que ella no lo podía solventar, ya que se trataba, posiblemente de un defecto del programa informático de farmacia, al cual ella no tenía acceso. Se le indicó que lo dejase notificado para su solución, pero al tratarse de un sábado, el domingo se siguió dando el mismo problema. Se corrigió a mano en los tratamientos impresos. Se comunicó a Farmacia para solución del fallo informático, así como para evitar los posibles errores similares.

Casi caída en ducha. La familiar del paciente procedía a ducharse cuando resbaló en el plato de ducha, y después otra vez al salir del plato de ducha, aún dentro de la zona tapada por la mampara de baño. No llegó a lesionarse. Hay que poner suelo antideslizante en las duchas, es muy peligroso dado el tipo de pacientes y familiares que tenemos. Se comunica a Servicios Generales. Mientras no se solucione, aconsejar precaución y colocar entremetida en la zona por parte de la auxiliar.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que no se ha solucionado el fallo mecánico de la mesa quirúrgica, ni el error de lateralidad. No se han repetido acontecimientos tras las medidas tomadas en las dos sesiones anteriores, salvo lo expuesto.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 10:15h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 15/01/2020

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dra. Anna Muñoz Fos

Dr. Javier González García

Dr. David Sebastián Poveda Chávez

Dra. Eloísa Ruíz López

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan:**

Dra. Paula Moreno Casado (baja maternal)

Inicia la sesión a las 8:35 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el segundo semestre de 2019. En concreto:

- Casi caída en ducha de familiar
- Cámara de recolección pleural con sello de agua vacío
- Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico
- Exposición de paciente a posible contagio de infección cruzada

Casi caída en ducha. La familiar del paciente procedía a ducharse cuando resbaló en el plato de ducha, y después otra vez al salir del plato de ducha, aún dentro de la zona tapada por la mampara de baño. No llegó a lesionarse. Hay que poner suelo antideslizante en las duchas, es muy peligroso dado el tipo de

pacientes y familiares que tenemos. Se comunica a Servicios Generales. Mientras no se solucione, aconsejar precaución y colocar entremetida en la zona por parte de la auxiliar.

Cámara de recolección pleural con sello de agua vacío. Paciente en otra planta de hospitalización. Detección por cirujano torácico. La paciente sufrió retraso en la evacuación del derrame pleural bilio-pancreático. Se puso en conocimiento de supervisora, así como el ofrecimiento de consulta a las enfermeras de nuestra planta ante cualquier duda en el manejo de cámaras de recolección pleural. El cirujano torácico debe comprobar sistemáticamente los niveles. Nuestra Unidad ha organizado un curso sobre Cámaras de recolección pleural dirigido a toda la enfermería del hospital a finales de enero de 2020.

Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico. En el informe figuraba “lobectomía superior izquierda” y en realidad era derecha. Se volvió a detectar en la sesión de programación, por lo que no ocasionó perjuicio sobre el paciente. Se insiste en la comprobación de la lateralidad en todos los informes, tanto en su elaboración, como en la lectura posterior de cualquier informe, antes de su firma y entrega.

Exposición de paciente a posible contagio de infección cruzada. Damos cama a un paciente de UCI y, una vez acoplado en la habitación compartida, nos llaman de Preventiva notificándonos que es un aislamiento de contacto. No podemos aislarlo convenientemente hasta horas más tarde por tener para ello que realizar cambios de varios pacientes, con las dificultades que eso conlleva que, en la práctica, lo hacen imposible y, así mismo, molesto y eventualmente peligroso. No se detectó infección cruzada. Comunicación con UCI para que se realicen las transferencias de pacientes de forma correcta, aunque haya prisa.

Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos significar que no se ha solucionado el fallo mecánico de la mesa quirúrgica, ni el error de lateralidad. No se han repetido acontecimientos tras las medidas tomadas en las dos sesiones anteriores, salvo lo expuesto.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 10 h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 22/07/2020

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. David Sebastián Poveda Chávez

Dra. Alba M<sup>a</sup> Fernández González

D<sup>a</sup>. Sara Requena Arranz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan:**

Dr. Javier González García (vacaciones)

Dr. Francisco Javier Algar Algar (vacaciones)

Dra. Paula Moreno Casado (conciliación familiar)

Dra. Eloísa Ruíz López (vacaciones)

Inicia la sesión a las 8:40 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el primer semestre de 2020. En concreto:

- Cámara de recolección pleural con sello de agua vacío en dos ocasiones
- Error al extraer muestra de sangre
- Paciente COVID-19 ingresado por error en planta no COVID
- Fallo en el funcionamiento de la mesa quirúrgica.

Son, relativamente, muy pocos casos. No obstante, es posible que se deban a falta de registro por los cambios de planta de hospitalización provocados por la pandemia.

Cámara de recolección pleural con sello de agua vacío. Se trata de dos pacientes, ingresados en otras plantas de hospitalización con personal ajeno. Detección por cirujano torácico en ambos casos. Un paciente presentó una hiporreexpansión pulmonar del lóbulo remanente, como consecuencia del fallo; la otra paciente no sufrió daño significativo. Se puso en conocimiento de las dos enfermeras y de las supervisoras correspondientes, así como el ofrecimiento de consulta a las enfermeras de nuestra planta ante cualquier duda en el manejo de cámaras de recolección pleural. No obstante, el cirujano torácico debe comprobar sistemáticamente los niveles. Nuestra Unidad organizó un curso sobre Cámaras de recolección pleural dirigido a toda la enfermería del hospital a finales de enero de 2020. Además, colocamos cartelería en las plantas que ocupamos con información sobre las peculiaridades de nuestros pacientes y, en concreto, sobre las cámaras de recolección pleural.

Extracción de sangre para valoración de niveles de hemoglobina, en miembro superior derecho, coincidiendo con la perfusión se sueroterapia por debajo del punto de extracción, dando lugar a niveles de hemoglobina bajos erróneos por hemodilución. El error originó la petición de pruebas cruzadas. No obstante, no se llegó a transfundir al paciente, al solicitar otro hemograma de control. Se comunicó al equipo de profesionales implicados. En el análisis causa-raíz, en resumen, se vio que la enfermera extractora era de contrato y recién acabada la carrera. En estos casos, debe supervisarse la actuación durante los primeros días. Ante resultados inesperados de la analítica, se hizo lo correcto: repetirla.

Un paciente con COVID-19 desconocido ingresó en la planta 2ªA para intervenir. Se le había solicitado y extraído en tiempo y forma la PCR, pero por tardanza en el análisis de la muestra, no supimos que era positivo hasta media hora después del ingreso. Afortunadamente, el paciente no se quitó la mascarilla, ingresó en una habitación en la que no había otro paciente, y solo permaneció en el sillón, sin desvestirse. Como medida, no ingresará ningún paciente sin PCR negativa, aunque suponga la pérdida de la sesión quirúrgica, ya que el daño que puede provocar es grave.

Fallo de la mesa de operaciones durante trasplante pulmonar y un paciente de cirugía de resección pulmonar. Dos nuevos fallos en la mesa quirúrgica, durante la realización de cirugía de alto riesgo. Previamente a la intervención, el cirujano responsable comprobó el correcto funcionamiento. Con respecto al posible paso de sangre a la parte mecánica, lo que es incomprensible como fallo de diseño, se han extremado todas las medidas. No hay otras medidas provisionales que tomar que las ya adoptadas: revisiones frecuentes, limpieza exhaustiva y comprobación de funcionamiento previo a cada intervención. En cualquier caso, insistimos en la necesidad de una nueva mesa, portátil. Se nos dice desde la Dirección Gerencia y Dirección Médica que, en el momento actual siguen sin presupuesto para ello, pero que pasa a ser ahora, la mayor prioridad. Creemos que la situación es negligente. Todos los asistentes derivan la responsabilidad a la Dirección del hospital y así se lo hace llegar el director de la unidad.



Con respecto al análisis de las medidas preventivas tomadas en la sesión anterior, debemos que sigue sin solucionarse el fallo mecánico de la mesa quirúrgica. No ha habido más errores de lateralidad. No se han repetido acontecimientos tras las medidas tomadas en las tres sesiones anteriores, salvo lo expuesto sobre la mesa.

Con cierta indignación, y sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 10:10 h.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 1/01/2021

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. David Sebastián Poveda Chávez

Dra. Alba M<sup>a</sup> Fernández González

D<sup>a</sup>. Sara Requena Arranz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan:**

Dr. Javier González García (atención pacientes COVID)

Dra. Paula Moreno Casado (conciliación familiar)

Dra. Eloísa Ruíz López (atención pacientes COVID)

Inicia la sesión a las 8:30 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el segundo semestre de 2020. En concreto:

- Fallo en el funcionamiento de la mesa quirúrgica en dos ocasiones
- Tardanza en contestar una llamada en la guardia
- Error de identificación de pacientes
- Subida a planta desde UCI incorrecta

Son cinco casos, relativamente pocos. Es más que posible que se deban a falta de registro por los cambios tan frecuentes de planta de hospitalización por la COVID-19.

Iniciamos la sesión, mediante el análisis causa raíz, del fallo de funcionamiento de la mesa quirúrgica en dos ocasiones (en una de ellas, operaban por la tarde los cirujanos generales). A pesar de la Plan de Calidad UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. MC-CTO-002- V8

comprobación rutinaria y exhaustiva, así como del mantenimiento preventivo frecuente, el problema grave persiste. Afortunadamente, en el caso de nuestro paciente, un trasplante pulmonar, el fallo aconteció al final de la intervención y no hubo consecuencias. En el caso de cirugía general, ocasionó mucha incomodidad a los cirujanos para finalizar la intervención, pero sin consecuencias objetivas para el paciente. De nuevo hablamos con el Director Médico, que ya había transmitido en repetidas ocasiones a los responsables de la compra la urgencia de esta. No obstante, esta vez, le han asegurado que la nueva mesa está comprada y que se está a la espera de que la sirvan y la monten. Hasta entonces, seguiremos comprobando que las frecuentes revisiones preventivas se han llevado a cabo y que la mesa funciona correctamente antes de cada intervención.

Un residente de oncología médica llamó “hasta 6 veces” al residente de cirugía torácica para consultar sobre un paciente con derrame pleural complicado. El residente de cirugía torácica no podía contestar por encontrarse operando en ese momento (las llamadas fueron seguidas). No le ocurrió ningún daño al paciente, ya que el caso no era realmente urgente (derrame pleural que, en caso de disnea significativa, se puede aliviar con una toracocentesis -técnica que todo internista está obligado a realizar y que no es misión del cirujano torácico-. No obstante, para evitar que el hecho vuelva a ocurrir, el teléfono de los cirujanos de guardia, mientras estén operando u ocupados por un tiempo previsiblemente largo, se dejará a cargo de la enfermera circulante para que pueda atender sin demora cualquier llamada.

Con respecto al error de identificación de pacientes dentro de la misma habitación, se debió a que en el listado de pacientes interno de la unidad había un error (a por b), de manera que se le dio información errónea a unos de los pacientes sobre el resultado de las pruebas radiológicas. El error se detectó de forma inmediata y se subsanó, pidiendo disculpas a las personas concernidas, que entendieron el error al haber sufrido un cambio de cama. En el análisis realizado se detecta un fallo de identificación que no se hubiera dado si se hubiese preguntado al paciente por, al menos dos identificadores o, al menos y en el peor de los casos, se hubiese llamado al paciente por su nombre antes de darle la información. En cualquier caso, se considera inexcusable la no comprobación de todos los datos del listado por el residente responsable antes de su entrega en la sesión clínica matinal.

Sube desde UCI a un paciente de forma incorrecta (a las 24h de una neumonectomía y sin avisar al cirujano de guardia) y con medicación contraindicada en el tratamiento, ya que se han prescrito opiáceos a demanda a un paciente con miastenia gravis. Afortunadamente, se detectó el error, tanto por parte del paciente como, sobre todo, por parte del médico responsable, antes de su administración, al conciliar el tratamiento, por lo que no hubo daño para el paciente, más que el psicológico que puede darle la prescripción de un medicamento contraindicado por parte de un facultativo de cuidados intensivos. Se le comunicó a la facultativa responsable de la UCI, quien argumentó la alta presión asistencial, aunque ella misma consideró el error como inexcusable. Se pone una vez más de manifiesto la importancia de la conciliación de la medicación siempre, pero, sobre todo, en la transferencia de una unidad a otra.

Con respecto a la valoración de las medidas tomadas en los anteriores análisis, hay que destacar que todas han resultado válidas, salvo la correspondiente a la mesa quirúrgica.

No hay ruegos ni preguntas, por lo que se levanta la sesión a las 10:15 horas.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 21/07/2021

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dra. Eloísa Ruíz López

Dra. Alba M.<sup>a</sup> Fernández González

Dr. Javier González García

D<sup>a</sup>. Sara Requena Arranz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan:**

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dra. Paula Moreno Casado (conciliación familiar)

Dr. David Sebastián Poveda Chávez (en París)

Inicia la sesión a las 8:30 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el primer semestre de 2021. En concreto:

- Fallo en la administración de la medicación
- Caída en el cuarto de baño
- Caída al levantarse del sillón en la habitación

Son solo 3 casos, muy pocos, probablemente por falta de registro por la vorágine de la COVID.

Iniciamos la sesión, mediante el análisis causa raíz, del primer caso. No se le administró al paciente los corticoides prescritos por falta de actualización del tratamiento por parte del neumólogo de trasplante. Se actualizó el tratamiento mediante consulta con el neumólogo que lo estaba tratando y se actuó como

este indicó. tras una larga discusión, se llega a la conclusión de que se trató de un caso muy infrecuente y que la medida a adoptar para que no vuelva a ocurrir es comprobar por parte de enfermería que el médico ha actualizado el tratamiento diariamente. Si no es así, llamar al de guardia.

El segundo caso se trata de un paciente que estando ingresado en la habitación 331 (COVID), pasa al cuarto de baño y se cae al suelo, comprobando tras la caída, que presentaba fiebre (¿aturdimiento?). Las enfermeras se colocaron de inmediato el equipo de protección EPI y acudieron a atenderlo. No ha sufrido lesión tras la caída. En la acogida del paciente decirle a los pacientes que soliciten ayuda antes de desplazarse si no tienen familiar, sobre todo a los sujetos frágiles. La medida de poner cartelería no ha solucionado un problema que se repite.

El tercer caso es muy similar y el análisis causa raíz ha resultado similar al previo. Paciente en vías de recuperación de neumonía post COVID, con bajo tono muscular, que se levanta a la silla desde la cama de forma independiente. Pasado un rato, desea pasarse al sillón sin ayuda y, en ese momento, siente falta de fuerza en las piernas y cae de rodillas al suelo. Se le ayudó a levantarse y se le sentó en el sillón. La paciente confiaba en tener ya fuerza muscular. Afortunadamente, no sufrió ningún daño. Valen las mismas consideraciones que en el caso previo.

Con respecto a la valoración de las medidas tomadas en los anteriores análisis (18 meses), hay que destacar que todas han resultado válidas

No hay ruegos ni preguntas, por lo que se levanta la sesión a las 09:15 horas.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

Fecha: 12/01/2022

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dra. Eloísa Ruíz López

Dra. Alba M.<sup>a</sup> Fernández González

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dr. Javier González García

D<sup>a</sup>. Sara Requena Arranz

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

**Excusan:**

Dr. David Sebastián Poveda Chávez (en París)

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dra. Paula Moreno Casado (conciliación familiar)

Inicia la sesión a las 8:40 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los incidentes y efectos adversos acontecidos en el segundo semestre de 2021. Concretamente:

- Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico
- Cámara de recolección pleural con sello de agua vacío

Sólo se han registrado ¡2 casos! Se analiza este hecho. Tras un amplio debate, se llega a la conclusión de que puede responder a varios factores, entre los que destaca la pandemia COVID, la distribución algo anárquica de nuestros pacientes entre las diversas plantas y la contratación de enfermeras nuevas durante meses. De hecho, los dos casos fueron detectados y registrados por cirujanos y, en uno de ellos, fue el cambio de planta de hospitalización derivado de la COVID un factor causante muy determinante.

Comienza la sesión, mediante el análisis causa raíz, del primer caso. En el informe de consulta externa preoperatorio existía una equivocación en la lateralidad de la lesión pulmonar en el apartado diagnóstico, siendo correcta en los demás epígrafes del informe. Se detectó en la sesión de programación, sin que, por tanto, ocasionara ningún incidente. Tras el análisis, la medida que se asumió casi como única fue la comprobación rutinaria de lateralidad al emitir cualquier informe y comprobarlo con la iconografía cada vez que se toma una decisión.

El Segundo caso, cámara de recolección pleural con sello de agua vacío, no es la primera vez que surge, sobre todo en plantas de hospitalización en las que no se usa con frecuencia este dispositivo. Detección por cirujano torácico. La paciente sufrió como consecuencia un retraso en la evacuación del derrame pleural bilio-pancreático. Tras el análisis causa raíz, surgió la posibilidad de usar solo cámaras sin sello de agua o sistema Medela. No obstante, ambas cámaras están limitadas por precio y contratación, respectivamente. Se puso en conocimiento de la supervisora de la planta, así como el ofrecimiento de consulta a las enfermeras de nuestra planta ante cualquier duda en el manejo de cámaras de recolección pleural. No obstante, el cirujano torácico debe comprobar sistemáticamente los niveles al pase de visita. Organizamos un curso sobre Cámaras de recolección pleural dirigido a toda la enfermería del hospital a finales de enero de 2020. También se ha puesto cartelera en todas las plantas del hospital, así como un enlace QR en el que se puede ver un video corto con toda la información al respecto. Pero, en cualquier caso, es el cirujano el que también debe comprobarlo en cada pase de visita.

Con respecto a la valoración de las medidas tomadas en los anteriores análisis (18 meses), hay que destacar que todas han resultado válidas, salvo la de la comprobación rutinaria de lateralidad al emitir cualquier, que se ha vuelto a repetir en este segundo semestre.

No hay ruegos ni preguntas, por lo que se levanta la sesión a las 09:20 horas.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS 1º SEMESTRE 2022

Fecha: 06/07/2022

**Asistentes:**

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dra. Eloísa Ruíz López

Dr. Javier González García

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

Dr. Benito cantador Huertos

Dra. Patricia Childers Canduela

Dra. Luz Zelaya Contreras (MIR C. Pediátrica)

Dra. M.<sup>a</sup> Mar López Cuevas (MIR C. General y Digestivo)

**Excusan:**

Dr. Francisco Javier Algar Algar (vacaciones)

Dr. Carlos Baamonde Laborda (vacaciones)

Dr. Juan Luis Párraga Fuentes (vacaciones)

Dra. Paula Moreno Casado (conciliación familiar)

Dra. Alba M.<sup>a</sup> Fernández González (baja médica)

D<sup>a</sup>. Sara Requena Arranz

Inicia la sesión a las 8:35h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los 8 incidentes y efectos adversos acontecidos en el primer semestre de 2022. Concretamente:

- Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico
- Cámara de recolección pleural con sello de agua vacío
- Traslados desde UCI indebidos (2)

- Radiografía de tórax cargada con cambio de la lateralidad (imagen en espejo) (3)
- Drenaje pleural implantado en cavidad abdominal

Se comienza con el análisis causa raíz, del primer caso. En el informe de consulta externa preoperatorio figuraba cambiada la lateralidad de la lesión pulmonar en el apartado diagnóstico, pero en ningún otro Se detectó en la sesión de programación, por lo que no ocasionó ningún incidente. Tras el análisis, la medida que se asumió casi como única posible fue la comprobación rutinaria de lateralidad al emitir cualquier informe y comprobarlo con la iconografía cada vez que se toma una decisión sobre el paciente.

El caso de la cámara de recolección pleural con sello de agua vacío es relativamente frecuente, sobre todo en plantas de hospitalización en las que no se usa con frecuencia este dispositivo. Pero no es el caso de la UCI. Lo detectó el cirujano torácico al subir el paciente a planta. El paciente presentaba un neumotórax persistente secundario a EPOC. Tras el análisis causa raíz, surgió la posibilidad de usar solo cámaras sin sello de agua o sistema Medela, pero esto no es factible en UCI. Además, el uso de las cámaras está limitado por el precio y porque el número de cámaras contratadas es limitado. Se puso en conocimiento de la supervisora de la UCI, así como el ofrecimiento de consulta por parte de su personal a las enfermeras de nuestra unidad ante cualquier duda en el manejo de cámaras de recolección pleural. Sin perjuicio de esta consulta, el cirujano torácico debe comprobar sistemáticamente los niveles al pase de visita. Recordamos que ya organizamos un curso sobre Cámaras de recolección pleural dirigido a toda la enfermería del hospital a finales de enero de 2020. También se ha puesto cartelería en todas las plantas del hospital, así como un enlace QR en el que se puede ver un video corto con toda la información al respecto del uso de las cámaras.

Se trasladó a dos pacientes desde UCI (ambos traumatismos torácicos), a la vez, después de las 23 h. sin conocimiento del cirujano torácico de guardia. No hubo transmisión alguna de información clínica sobre los pacientes desde UCI a CT, pero, afortunadamente, no se detectaron repercusiones en ninguno de los dos pacientes. El análisis causa raíz no es pertinente en este caso, ya que el traslado se hizo con plena conciencia por parte de quienes los dictaron. lo que hicimos fue llamar a los intensivistas de guardia y al Jefe de la Guardia del hospital. Contestaron que se precisaban camas de pacientes no COVID por la apertura de un módulo de este último tipo de pacientes. Nunca debe pasar desde ninguna unidad un paciente a la nuestra sin nuestro consentimiento, menos desde UCI y menos aún a esas horas (ya de por sí un traslado desde UCI después de las 21 h se considera un acontecimiento adverso).

Con respecto a las 3 radiografías de tórax (en diferentes días), cargadas con cambio de la lateralidad (imagen en espejo), en la primera, el cirujano torácico se dio cuenta; sin repercusión sobre el paciente. La segunda y tercera fueron vistas en la sesión clínica matinal; en ninguna ocasión hubo consecuencias sobre el paciente. En las tres ocasiones se realizó una comunicación inmediata a supervisora de Radiodiagnóstico.



**Junta de Andalucía**

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

**Hospital Universitario Reina Sofía**

El último es el más grave, si bien no está considerado como Centinela. Se trata del drenaje pleural implantado en cavidad abdominal. Paciente intervenido por cancer de esófago por parte de Cirugía General, con fistula esófago-pleural, no resuelta con los stent implantados. El drenaje fue colocado en la habitación del paciente, y quedó infradiafragmáticamente. Sin que exista una evidencia clara de relación causa-efecto, al paciente hubo de ser intervenirlo por perforación de colon y esplenectomía por hematoma en el bazo. Tras el análisis causa-raíz realizado de forma inmediata y un amplio debate en la sesión del día de la fecha, se tomaron varias medidas. No se implantará ningún drenaje difícil en planta de hospitalización. Tampoco se efectuará implante de drenaje pleural teóricamente complicado por parte de residentes, sin consulta previa a cirujano de *staff* de guardia.

No hay otros temas que tratar. No hay ruegos ni preguntas, por lo que se levanta la sesión a las 09:55 horas.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS 2º SEMESTRE 2022

Fecha: 11/01/2023

**Asistentes:**

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Carlos Baamonde Laborda

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dra. Eloísa Ruíz López

Dr. Javier González García

Dra. Alba M.ª Fernández González

Dr. Juan Luis Párraga Fuentes

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

Dª Araceli Rodríguez Mangas

Dr. Benito cantador Huertos

Dra. Patricia Childers Canduela

**Excusan:**

Dra. Paula Moreno Casado (conciliación familiar)

Dª. Sara Requena Arranz

Inicia la sesión a las 8:40h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los 14 incidentes y efectos adversos acontecidos en el primer semestre de 2023. Concretamente:

- Radiografía de tórax en espejo (5)
- Traslado indebido a quirófano de un paciente
- Cohabitación de un paciente de cirugía torácica con un enfermo de MI con COVID
- Fallo de dispositivo electrónico Thopaz
- Fallo de dispositivo VAC
- Traslado desde UCI indebido (3)

- Traslado desde Observación indebido
- Pulsera identificativa invalidada

Se inicia el análisis causa raíz de cada uno de los cinco incidentes de imagen radiológica en espejo. Uno se trataba de un paciente trasplantado pulmonar. Estuvimos a punto de tomar decisiones erróneas. Nos dimos cuenta en la sesión clínica y no llegó a ocurrir nada. El segundo caso fue el de un paciente con un absceso pulmonar y empiema. En UCI estuvieron a punto de colocarle un drenaje pleural. Afortunadamente, nos dimos cuenta en la sesión, avisamos inmediatamente a UCI y no llegó a ocurrir nada. En los casos restantes, al ser radiografías de control postoperatorio, fue fácil darse cuenta por los agrafes y drenajes. En todos los casos, avisamos a la supervisión de Radiodiagnóstico. Para evitar cualquier confusión, ante todas las radiografías, el primer paso será comprobar que la imagen está bien orientada.

El siguiente incidente más frecuente ha sido el traslado indebido de tres pacientes desde UCI. Un paciente politraumatizado, que subió después de las 23 h. sin conocimiento del cirujano torácico de guardia. No hubo transmisión de información clínica sobre el paciente. Estuvo sin la analgesia adecuada hasta las 7:45 horas. Llamamos a los intensivistas de guardia y al jefe de la Guardia del hospital. Recordamos (por tercera vez) a la Dra. de la Fuente la necesidad de un protocolo de transferencia (por nuestra parte será Eloísa Ruíz y Javier González los responsables de la elaboración. Se trasladan dos pacientes desde UCI (un traumatismo y un postoperado), a la vez, después de las 23 h. sin conocimiento del cirujano torácico de guardia. No hubo transmisión alguna de información clínica sobre los pacientes desde UCI a CT, pero, afortunadamente, no se detectaron repercusiones en ninguno de los dos pacientes. Llamamos a los intensivistas de guardia (“había necesidad de dos camas urgentes” y al Jefe de la Guardia del hospital.

También se produjo un traslado desde Observación indebido. Traslada a una paciente con traumatismo torácico y comorbilidades importantes y múltiples a la planta, de madrugada, sin conocimiento del cirujano torácico de guardia. Afortunadamente, no le ocurrió nada a la paciente, pero se detectaron posibilidades reales y graves de acontecimientos adversos. Lo pusimos en conocimiento del jefe de Sección de Cuidados Críticos y Urgencias para que arbitre las medidas necesarias para que no vuelva a ocurrir.

Se detectó que un paciente subió desde Admisión sin ponerse la pulsera identificativa, que está cortada (invalidada) dentro de la carpeta de historia clínica. La enfermera se dio cuenta, solicitó nueva pulsera y se la colocó al paciente. No ocurrió ningún incidente. Todo paciente debe tener puesta su pulsera identificativa y, tanto la enfermera como la TCAE deben comprobarlo a su ingreso. Del análisis causa raíz se desprende que, indefectiblemente, todo profesional antes de actuar sobre un paciente debe cerciorarse de su identificación por la pulsera.

A una paciente trasplantada, con infección de la herida quirúrgica y terapia VAC, le falla el dispositivo de vacío. Quedó sin terapia de vacío durante más de 14 h, hasta que no prestaron una unidad desde Plástica. Solicitaremos nuevos dispositivos de vacío, al menos dos más.

Paciente con fuga aérea persistente tras colocación de port-a-cath, en el que deja de funcionar el dispositivo, a pesar de la revisión y cambio de cámara. Se detectó colapso pulmonar en la Rx de tórax. Se pudo resolver con el cambio del dispositivo, pero el paciente tuvo disnea y lo pasó mal durante el Plan de Calidad UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. MC-CTO-002- V8

tiempo de fallo. A pesar de que el dispositivo que falló había pasado su revisión programada, instamos a Medela a que se haga un mantenimiento más estrecho y se cambien los dispositivos por nuevos cuando ya hayan fallado.

Traslado indebido a quirófano de un paciente. Tras un trasplante, el celador baja a quirófano a una paciente antes de confirmar si se suspendía o no definitivamente nuestra sesión quirúrgica. Inicialmente se dijo que no se suspendía, pero, posteriormente hubo que suspenderla por falta de anesestesiólogo. La paciente sufrió el estrés propio previo a una intervención de alto riesgo y, tras la confirmación de la suspensión, hubo que decirle que no se operaba y trasladarla a su habitación. Desde la bahía de quirófanos no se avisó a enfermería de la planta sobre la suspensión de la sesión quirúrgica. Se habla con la responsable para que no vuelva a ocurrir (contrato sin la debida preparación).

Cohabitación con paciente COVID +. Paciente operado por cáncer de pulmón que sube a planta y está más de 24 h en la habitación compartida con el familiar del otro paciente de Medicina interna afecta de COVID. El paciente se trasladó a otra habitación, no se contagió y pudo ser dado de alta en buen estado. Lo pusimos en conocimiento de Medicina Preventiva. No ven solución para este tipo de incidente, ya que supondría realizarle test de antígenos a todas las visitas.

El Dr. Salvatierra comenta que, salvo en los casos de subida de pacientes desde UCI sin informar al cirujano torácico, y los de imagen en espejo (cuya resolución no depende de nosotros) el resto de medidas adoptadas tras el análisis de los anteriores incidentes han surtido efecto. Las medidas comentadas en los casos de este semestre se pondrán en marcha de forma inmediata.

Sin otros temas que tratar y sin ruegos ni preguntas, se levanta la sesión a las 10:20 horas.

UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

ACTA SESIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS 2º SEMESTRE 2022

Fecha: 5/07/2023

**Asistentes:**

Dr. Francisco Javier Algar Algar

Dr. Antonio Álvarez Kindelán

Dr. Francisco Cerezo Madueño

Dra. Eloísa Ruíz López

Dr. Javier González García

D<sup>a</sup>. Sara Requena Arranz

Dra. Alba M.<sup>a</sup> Fernández González

Dr. Ángel Salvatierra Velázquez

D<sup>a</sup> Araceli Rodríguez Mangas

Dr. Benito cantador Huertos

Dra. Patricia Childers Canduela

Dra. Ninoska Moreira Lorenzo

**Excusan:**

Dra. Paula Moreno Casado (conciliación familiar)

D<sup>a</sup>. Eva Montero Mohedano

Inicia la sesión a las 8:55 h. el Dr. Salvatierra, con la presentación de los 6 incidentes y efectos adversos acontecidos en el segundo semestre de 2022. Concretamente:

- Lado equivocado en informe de consulta externa prequirúrgico
- Traslados desde UCI indebidos (2)
- Etiqueta identificativa errónea en pieza quirúrgica
- Caídas en habitación (2)

Se inicia el análisis causa raíz del primer incidente. En el informe de consulta externa preoperatorio figuraba equivocada la lateralidad de la patología en el apartado de propuesta terapéutica. El error de lateralidad se detectó en la sesión de programación, por lo que pudo subsanarse sin ocasionar problema alguno. En el anterior semestre tuvimos un caso similar, pero de un cirujano distinto. Tras el análisis, la medida que se asumió en el anterior semestre fue la comprobación rutinaria de lateralidad antes de firmar cualquier tipo de informe y repetir la comprobación cada vez que se toma una decisión sobre el paciente. Pero no parece haber surtido efecto. Otra medida que se apunta es apagar el móvil para evitar distracción al sonar. Otra medida es leerle al paciente atentamente, tanto el diagnóstico como la medida terapéutica propuesta.

Volvió a trasladarse a dos pacientes desde UCI a la vez, a las 22:30 h, sin conocimiento del cirujano torácico de guardia y, por tanto, sin información clínica alguna. No hubo repercusión en los pacientes. Se llamó a la intensivista de guardia responsable del traslado y al Jefe de la Guardia. Contestaron que se precisaban camas de pacientes para alojar a dos trasplantes. Volvemos a hablar con la directora de la unidad, que lamenta la falta de comunicación; hablará con el personal en la próxima reunión.

Se remiten a Anatomía Patológica una solicitud de estudio con la pieza del segundo paciente del parte y con la etiqueta del primero. Fue en agosto, y la auxiliar era de contrato. En Anatomía Patológica se validó uno de ellos y ante la discordancia de diagnósticos se investigó la procedencia de las muestras confirmándose que uno de los estudios correspondía a otro paciente y, por error, se etiquetó ese volante y bote erróneamente. La consecuencia fue un leve retraso en el diagnóstico de la paciente correcta (8 días frente a 7 días que tienen en AP de tiempo de respuesta). Como medidas de mejora para impedir que se repita se ha determinado no guardar en la intermedia ninguna etiqueta del paciente que sale de quirófano; además, el equipo quirúrgico comprobará el correcto etiquetado de las piezas quirúrgicas en el momento de escribir el informe.

Las dos caídas ocurrieron en la habitación del paciente.

En el primer caso, la enfermera procedió a ayudar al paciente a acostarse y colocarse la oxigenoterapia. El paciente, en principio, no requería ayuda para levantarse e ir al baño, pero tropezó con la banqueta. El suelo estaba seco. Realmente fue un tropiezo accidental en un paciente autosuficiente. De todas formas, como medida, se va a solicitar a los pacientes y familiares que mantengan el mobiliario en una posición que interfiera lo menos posible con la movilidad dentro de la habitación.

En el segundo caso, avisan a la enfermera de que, al intentar levantarse, el paciente notó debilidad en las piernas y se cayó. Solo le ocasionó molestias leves en la zona golpeada, pero sin lesiones. Como medida de mejora, la enfermera y la auxiliar debe comunicar a todos los pacientes debilitados o frágiles que, si no tienen familiar que les ayude, que llamen al timbre para solicitar ayuda si van a levantarse. Así mismo, en este tipo de pacientes las barandillas de la cama deben estar alzadas.

El Dr. Salvatierra comenta que, salvo en el caso de la lateralidad equivocada en el informe y la subida de pacientes desde UCI sin informar al cirujano torácico, el resto de medidas adoptadas tras el análisis de los anteriores incidentes ha surtido efecto.



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Familias  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

**Hospital Universitario Reina Sofía**

Sin otros temas que tratar y sin ruegos ni preguntas, se levanta la sesión a las 10:05 horas.

ANEXO 7. LISTADOS DE COMPROBACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

LISTA DE COMPROBACIÓN DE PREINGRESO Y PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

Paciente:

Identificador (preferible etiqueta):

Identidad de informe clínico e iconografía coincidentes	
Localización/lateralidad de lesión/es entre informe e iconografía coincidentes	
Estudio completo según protocolo	
Antigüedad de pruebas de imagen dentro de protocolo	
Ausencia de medicación antiagregante/anticoagulante 5 días previos	
Estudio preanestésico favorable	

Necesidad de consulta previa o cambio de medicación preoperatoria (si +, especificar):

Firmado Dr./a.:

Fecha:



## **PREPARACIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO TORÁCICO**

**AYUNAS:** El día previo a la cirugía realizará una cena ligera. A partir de las **0:00h**, debe permanecer en **dieta absoluta** (no ingerir alimentos sólidos ni líquidos).

**DEPILADO:** La zona quirúrgica debe estar **libre de vello**. Debe depilarse la zona **el día de antes** de la cirugía, incluyendo la axila.

**DUCHA:** Debe ducharse la noche previa a la intervención, e incluir lavado del cabello.

Al ingresar, se le facilitará un jabón antiséptico para que se duche antes de bajar a quirófano, con el fin de disminuir las probabilidades de infección de la herida quirúrgica.

**INGRESO:** Existen 3 modalidades de ingreso para intervención quirúrgica: El mismo día de la intervención a las 7.30h (3ª planta, módulo B), el mismo día de la intervención a las 9:00h (Admisión, planta baja), o el día previo a la intervención a las 9:00h (Admisión).

**MEDICACIÓN:** Traerá anotada la medicación habitual y, si es posible, deberá aportarla.

**PRUEBAS CRUZADAS:** Si es necesario reservar sangre, se hará una extracción previa ya sea en la consulta o cuando ingrese.

**PREANESTESIA:** Cuando ingrese, debe traer el informe de la Preanestesia, si no la había traído ya antes.

Alergias

Ayunas

Depilado

Medicación preoperatoria:  Lorazepam la noche antes de la cirugía

Inhaladores la mañana de la cirugía

Antihipertensivos la mañana de la cirugía

Antiagregantes: El día anterior

Heparina 40 mg sc a las 20.00h el día previo

Antidiabéticos: el día anterior

Cardiológica: El día de la intervención

Inspirón

Pruebas cruzadas:

Consulta externa

Ingresado

Ducha

Ingreso

Mismo día, 7:30h

Mismo día, 9:00h

Día previo, 9:00h

## **LISTA DE COMPROBACIÓN DE INGRESO PREOPERATORIO**

Plan de Calidad UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. MC-CTO-002- V8



Paciente:

Identificador (preferible etiqueta):

Identidad de paciente, informe clínico e iconografía coincidentes	
Localización/lateralidad de lesión/es entre informe e iconografía coincidentes	
Ausencia de nuevos síntomas o signos, no presentes en el informe clínico preingreso	
Ausencia de modificación del tratamiento prescrito en el informe clínico	
Comprobación de alergias medicamentosas, al látex, al esparadrapo o al yodo. Si existe alergia, constatar su expresión en historia clínica y hoja de tratamiento	
Ausencia de tratamiento antiagregante/anticoagulante los 5 días previos	
Antigüedad de pruebas de imagen dentro de protocolo	
Estudio completo según protocolo	
Estudio preanestésico favorable	
Consentimiento informado firmado	
Kit de profilaxis antibiótica solicitado	
Profilaxis antitrombótica (según protocolo)	
Reserva de hemoderivados cursada	
Órdenes preoperatorios firmadas	
Solicitud de cama en UCI (según protocolo)	
Comprobación de parte quirúrgico correcto (identidad, localización, intervención a realizar, tipo de anestesia y lateralidad)	

Firmado Dr./a.:

Fecha:

