

---

# **Evaluación del cumplimiento de los objetivos de calidad es- tablecidos para los Hospitales**

---

Centro Sanitario  
**Hospital Universitario Infanta Elena  
(Valdemoro)**

Fecha: Marzo 2013

---

**Plan de Evaluación 2.013**

---

---

**Audidores:**

Manuel Coca Gradín

---

## Indice

	<u>Página</u>
Introducción.....	3
Objetivos.....	4
Metodología y Actuaciones.....	4
Calidad Percibida .....	6
Seguridad del Paciente y Gestión de la Calidad.....	8
Información y Atención al Paciente .....	15
Indicadores de comparación hospitalaria .....	17
Conclusiones .....	18



# Introducción

---

## 1. Justificación

*El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección de la administración y gestión de sus recursos humanos, materiales y financieros.*

*Para hacer efectivas dichas funciones en sus centros hospitalarios, se establecen un conjunto de objetivos de actuación para el año 2012, de acuerdo con los siguientes principios generales:*

- 1. Asegurar la estabilidad financiera.*
- 2. Incentivar la gestión y la producción eficiente de los recursos y servicios.*
- 3. Garantizar la libre elección.*
- 4. Promover la innovación, la atención a los pacientes y la mejora de la calidad asistencial.*
- 5. Facilitar el desarrollo y adecuación de las tecnologías de la información.*

*Para desarrollar estos principios se han establecido objetivos de actuación para los hospitales de la red pública, que de acuerdo con lo señalado en el Plan de Calidad del centro son de obligado cumplimiento, conjuntamente con los que específicamente establece el citado Plan.*

*Los citados objetivos, se traducen en una serie de indicadores cuyo seguimiento efectúa la Subdirección de Calidad de la Dirección General de Atención al Paciente, y cuyo cumplimiento verifica, a petición de la misma, el Servicio de Evaluación*

*Sanitaria de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.*

---

## **2. Objetivos del Programa**

### **Objetivo General**

*Verificar el cumplimiento de los objetivos de actuación 2012 establecidos para los hospitales.*

### **Objetivos Específicos**

- 1. Verificar el cumplimiento de los Objetivos de Procesos y Resultados: Calidad percibida, Seguridad del paciente y Gestión de la Calidad.*
  - 2. Verificar el cumplimiento de Objetivos de Procesos y Resultados relativos a Información y Atención al Paciente.*
  - 3. Verificar cumplimiento de Indicadores de Comparación Hospitalaria: Infección nosocomial.*
- 

## **3. Metodología y Actuaciones**

*La metodología seguida para la presente evaluación, se basó principalmente en el análisis documental de los distintos registros que permitiesen constatar indubitativamente el cumplimiento de los objetivos pactados en materia de calidad. Para ello fue preciso entrevistarse con los distintos responsables hospitalarios de las áreas a evaluar y en algunos casos se procedió a verificar la implantación de algunas actuaciones mediante la constatación "in situ" de las mismas.*

## **A. Entrevistas**

*Responsable de Calidad Percibida y de Atención al Paciente.*

*Responsable del Comité de Lactancia.*

*Responsable del Comité del dolor.*

*Jefatura del Servicio de Medicina Preventiva del grupo Capiro y responsables a nivel local de la implantación de distintos planes y programas y de su seguimiento.*

*Directora de Enfermería del Hospital Universitario Infanta Elena.*

*Responsable de Calidad.*

*Directora Médica del Hospital Universitario Infanta Elena.*

*Director de Continuidad Asistencial del grupo Capiro*

## **B. Análisis Documental**

*Distinto material al que se alude en cada uno de los "items" evaluados. El formato documental fue soportado en papel, si bien, en algunos casos, la verificación se realizó accediendo a la intranet hospitalaria.*

## **C. Observación Directa**

*Se realizó visita al Servicio de Urgencias, al área de consultas externas y a la sala de espera de eCMA.*

## A. Calidad Percibida

### 3.a.2.-Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2011

- Número de acciones de mejora implantadas..... 9

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** *Implantar, al menos, 5 acciones de mejora.*

**Verificación:** *A tenor del análisis de la encuesta de satisfacción 2011, se identificaron nueve acciones de mejora que se agruparon en distintas áreas:*

**Área de consultas externas:**

- 1. Compra e instalación de nueva centralita. y creación de línea directa al departamento de citaciones de admisión.**
- 2. Integración en el cuadro de mandos de la explotación de tiempos de NEMOQ y seguimiento mensual de los valores.**

**Área de hospitalización:**

- 3. Cambio de horario y rotación de unidades. Aumento de stocks de menús en unidad de hospitalización. Nuevo menaje térmico y bandejas de colores para dietas especiales. Renovación de las dietas y productos de panadería.**
- 4. Aumento de dotación y renovación de ropa de cama y pijamas. Renovación de dosificadores de jabón.**

**Área de CMA:**

- 5. Identificar aspectos mejorables en la información que se proporciona al paciente sobre la hora en que tienen que acudir a la intervención.**

**Área de información y atención al paciente:**

- 6. Formación de grupo de trabajo para la detección de puntos débiles. Propuesta de nueva señalética y puesta en marcha.**
- 7. Nuevas tarjetas con letras de mayor tamaño para una fácil lectura. Insistir en la importancia de la identificación proactiva. Talleres de trato y tratamiento.**
- 8. Procedimiento de coordinación directa entre anestesista de guardia y el servicio de urgencias. Procedimiento de coordinación directa entre enfermera de AP y HUIE.**
- 9. Reuniones de los jefes de servicio, enfermería y dietética para redefinir las diferentes dietas al alta en función de las patologías de los pacientes.**

*Estas acciones de mejora se han verificado en el trabajo de campo mediante aporte documental de facturas (en algunos casos) o de los registros que respaldaban la acción. En otros fue necesario la verificación visual "in situ", como es el caso de las acciones que se desarrollan en el Servicio de Urgencias.*

*También se verificó que todas las acciones tenían designado un responsable, constaban de un cronograma y se habían definido indicadores para monitorizar su evolución y objetivo.*

### 3.a.3.-Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida:

#### Obligadas:

- Participación de profesionales de Atención Primaria en el Comité de Calidad Percibida..... **SI**
- Mejorar satisfacción del usuario en el Servicio de Urgencia..... **SI**

#### Optativas (al menos 2).

- Difusión de actividades del Comité de Calidad Percibida..... SI
- Formación en Calidad Percibida.....NO
- Acciones hacia la comunidad..... SI
- Mejora de la información a pacientes y/o familiares..... SI

-----//-----

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha ..... 5

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Al menos cuatro líneas de actuación.

#### **Verificación:**

*Estas líneas de actuación se han verificado mediante aporte documental de las actas del Comité de Calidad Percibida (CCP), así, por ejemplo, se objetiva la incorporación al CCP del Dr. D. Alfonso Migueláñez como representante de Atención Primaria en el acta de la 9ª reunión o se observa la discusión sobre algunas reclamaciones más significativas; otra fuente de evidencia son los distintos documentos aportados para la implantación de las distintas líneas de actuación (mejora de la accesibilidad en pacientes oncológicos, servicio de peluquería, cartelería en urgencias y folletos de información para familiares y acompañantes en el área de urgencias y UCI...etc) y la constatación de un enlace del CCP en la intranet hospitalaria. Además se verificaron "in situ" las mejoras en el área de urgencias y de CCEE.*

*De todo ello se infiere un apropiado funcionamiento del CCP con su correspondiente soporte documental que avala las líneas de actuación .*



## B. Seguridad del paciente y Gestión de Calidad (S.P.)

### 3.b.1.- Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro.

- N° de objetivos implantados, de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012..... 6
- Uno de los objetivos informa y promueve la participación del paciente .....NO
- Todos los objetivos cuentan con responsable, indicador y meta .....SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** *Implantar, al menos, cinco objetivos de seguridad del paciente, con responsable, indicador y meta.*

**Verificación:** *Se verifica y constata, mediante aportación documental de la Dirección del Centro, la existencia de seis objetivos de seguridad del paciente:*

1. Manejo de los accesos venosos
2. Transferencia información entre profesionales
3. Gestión de medicamentos
4. Manejo y trazabilidad muestras de A.P
5. Manejo paciente oncológico
6. Comité Medicina Perinatal

*En todos ellos se aprecia que cuentan con responsable, indicador y meta, si bien no entendemos que ninguno de ellos informe y/o promueva la participación del paciente.*

### 3.b.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/Unidades.

- Número de Servicios/Unidades prioritarios .....7
  - Número de Servicios/Unidades prioritarios con responsables de SP ..... 7
  - Número de Servicios/Unidades con responsables de SP ..... 8
  - Índice SCRSP/NTSP\*100 ..... 100 %
  - Número Total de Servicios/Unidades ..... 15
- SCRSP= Servicios/Unidades con responsables de Seguridad del Paciente  
NTSP= Número Total de Servicios/Unidades prioritarias
- UCI..... SI
  - Urgencias ..... SI
  - Cirugía..... SI

Anestesia .....	SI
Obstetricia .....	SI
Neonatología.....	SI
Farmacia .....	SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Todos los servicios prioritarios deben tener un Responsable de Seguridad del Paciente.

**Verificación:** Hay responsable de seguridad en la totalidad de los servicios prioritarios que se relacionan y todos ellos forman parte del Comité de Seguridad del Centro que depende de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, constatándose dicha cualidad en las actas de la unidad y aunque no exista un nombramiento formal. Sí se relaciona en la actas qué responsabilidades, funciones y compromisos asume cada miembro y en qué área. Para efectuar estos nombramientos la responsable de calidad del centro se reunió con cada uno de los profesionales explicándoles sus competencias y obligaciones.

Además existen Responsables de Seguridad en otros ocho servicios: radiodiagnóstico, diálisis, rehabilitación, CCEE, hospital de día y en las 3 unidades de hospitalización.

**3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los Servicios.**

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....26
  - Número Total de Servicios Clínicos.....30
  - Índice SCCSS/NTSC\*100.....86,67 %
- SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad  
NTSC: N° total de Servicios Clínicos

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >70% de los servicios clínicos deben tener sesiones de Seguridad del Paciente.

**Verificación:** Se han impartido sesiones de seguridad en 26 servicios. Para ello se aprovechó la normal dinámica de funcionamiento de los servicios y se incardinaron en las sesiones clínicas de primera hora. Verificado mediante aportación documental de la Unidad de Formación.

**3.b.4.- Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "rondas de seguridad".**

- Se han realizado por el Equipo Directivo al menos tres visitas .....SI
- Se han realizado al menos dos visitas en la UCI .....SI
- Número Total de visitas realizadas Servicios ..... 3

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Al menos tres rondas de seguridad, y dos de ellas en UCI.

**Verificación:** Se han realizado tres rondas de seguridad, dos de ellas en UCI. Se constató esta actividad en las actas que se levantaron en cada una de las rondas efectuadas. En todas ellas participó el equipo directivo del hospital (Dirección médica y de enfermería) del hospital. Se nos informa, además, que ya están programadas las siguientes seis rondas.

**3.b.6.- Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulsera**

- Número de estudios realizados de implantación de las pulseras.....4, uno por trimestre
- Índice de PCPI/NTPE\*100 .....578/617 = 93,68 %  
PCPI= Pacientes con Pulseras Identificativas  
NTPE= Número Total de Pacientes Estudiados

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >85% de pacientes identificados.

**Verificación:** Constatado mediante los resultados de los cuatro cortes de identificación de pacientes que se pusieron a disposición del equipo auditor.

**3.b.7.- Desarrollo de planes de mejora de higiene de manos.**

- Disponen de planes de mejora de higiene de manos implantados..... SI
- Número de planes de mejora implantados ..... 2
- Existe un coordinador responsable del programa ..... SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Implantar, al menos, dos planes de mejora de higiene de manos.

**Verificación:** Se han implantado dos planes de mejora de higiene de manos. Estos planes se han realizado por igual en todo el grupo Capiro, siendo la responsable la jefa del servicio de Medicina Preventiva. Los planes implantados han sido:

1. Implantación de la higiene de manos quirúrgica con soluciones hidroalcohólicas y
2. Estudio de aceptabilidad de varias soluciones hidroalcohólicas para implantarlas en todos los puntos del entorno del paciente.

Ambos planes se han puesto a disposición de la evaluación y han sido verificados.

### 3.b.8.- Realización de actividades de formación sobre higiene de manos.

- Se han realizado actividades de formación .....SI
- Existe un registro específico para los profesionales que realizaron el curso .....SI

Porcentajes por unidades específicas:

- UCI.....100 %
- Urgencias .....89,23 %
- Medicina Interna .....87,5 %
- Ginecología y Obstetricia .....92,31 %
- Hospital de día .....100 %

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >60% de los profesionales de los servicios/unidades específicas deben haber recibido formación.

**Verificación:** Se ha impartido formación presencial y "on line" a todo el personal asistencial del hospital. La formación ha llegado al 91,06 % del personal de los servicios obligatorios (163 trabajadores de 179 posibles) y consistió en el curso "on line" de la Consejería de Sanidad. El 30 de Mayo a efectos de realzar la importancia de esta medida se celebró el día de lavado de manos.

La verificación se efectuó mediante aportación documental de la Unidad de Formación.

### 3.b.9.- Utilización de la hoja de verificación quirúrgica.

- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra).....229
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada.....258
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones estudiadas\* 100).....88,76 %

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >80% de las intervenciones programadas deben disponer de LVQ.

**Verificación:** El sistema informático hospitalario, en la Hª. Clínica Electrónica, conlleva un registro del área quirúrgica donde se registran las intervenciones y, como parte de ellas, el LVQ. Estos datos se incorporan al cuadro de mandos hospitalario y se analizan mediante cortes periódicos, no aceptándose como válidos los que no están cumplimentados en su totalidad.

### 3.b.10.- Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.

Protocolo de UPP:

- Escala utilizada..... EMINA
- Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras .....100 %

- N° total de pacientes estudiados .....6.859
- Índice (pacientes riesgo/pacientes estudiados \* 100) .....100 %

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >90% de los pacientes ingresados deben tener una valoración del riesgo de UPP.

**Verificación:** Dentro del apartado "valoración de enfermería" de la Hª. Clínica Electrónica se recoge un apartado de obligado cumplimiento, ya que si no se rellena impide anotar más datos.

**3.b.11.- Existencia de protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios.**

- Está instaurado el protocolo para la prevención del TVP y TEP .....SI
- Está instaurado el protocolo de manejo del paciente con dolor .....SI
- Está instaurado el protocolo de prevención de caídas .....SI
- Índice (protocolos disponibles/protocolos establecidos\*100) .....100 %

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Deben tener implantados los tres protocolos.

**Verificación:** El HUIE tiene implantados los tres protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios, habiéndose puesto a disposición del equipo evaluador todos ellos para su análisis y verificación. En líneas generales son protocolos convencionales avalados por las propias sociedades científicas de la especialidad correspondiente, excepto el protocolo de manejo del paciente con dolor que se estructura en función de la edad del paciente, existiendo por tanto dolor neonatal, pediátrico...etc.

**3.b.12.- Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico**

- Está instaurado el Protocolo de prevención de conductas suicidas en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica ..... NA
- Se audita anualmente ..... NA
- Está instaurado un procedimiento normalizado de inmovilización terapéutica ..... NA
- Se audita bianualmente ..... NA
- Índice (protocolos disponibles/protocolos establecidos\*100) ..... NA
- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria.....No aplicable

Observaciones y Comentarios

**Objetivos:** Tener ambos protocolos disponibles y establecidos. El 100% de los pacientes con riesgo suicida tienen cita en el CSM en plazo máximo de una semana.

**Verificación:** El hospital no cuenta con Unidad de Hospitalización Psiquiátrica aunque tiene reservados dos boxes en urgencias para estas contingencias. Además se ha establecido un sistema para atender este tipo de urgencias durante el tiempo que hay consulta de psiquiatría.

### 3.b.13.- Objetivos de Modelo de Calidad:

Disponen de documentación relativa a previsiones de implantación de:

- Última Autoevaluación EFQM ..... 2011
- Número de planes de acción implantados derivados de EFQM..... 3

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Al menos tres.

**Verificación:** Se han definido tres planes de acción derivados del análisis del último EFQM:

1. MEJORAR EL ANÁLISIS DE LA IMAGEN EXTERNA DE LA ORGANIZACIÓN,
2. MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS PROFESIONALES A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO
3. MEJORAR LA INTERRELACIÓN ENTRE LOS PROCESOS Y SU GESTIÓN.

Todos los planes definen las áreas de mejora sobre la que van a interactuar, los objetivos que se pretenden alcanzar, la metodología aplicable y las acciones y actividades para conseguir los objetivos, el responsable del plan, los recursos disponibles, el cronograma previsto y los indicadores definidos.

En líneas generales los planes van cumpliéndose conforme al cronograma previsto excepto el primero, que sufre un ligero retraso.

### 3.b.14.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha ..... 3

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Al menos tres líneas de actuación.

**Verificación:** El Comité Perinatal, impulsado desde los servicios de pediatría y de obstetricia/ginecología, se ha reunido en cuatro ocasiones y se han definido tres líneas de actuación:

1. Elaboración de la Política y Manual de Lactancia Materna del Centro.
2. Plan de formación de profesionales, realización de dos acciones formativas
3. Mejoras en el registro de la Hª. Clínica Electrónica y en la comunicación con Atención Primaria.

Respecto a la constatación de las tres líneas, se ha comprobado la existencia documental del manual de lactancia materna, se ha verificado, mediante aportación documental de la Unidad de Formación, que se han realizado dos cursos de formación en esta materia y revisadas las actas del comité perinatal, en el que se engloba la lactancia, se aprecian las propuestas del punto tercero.

### 3.b.15.- Constitución de un Comité de Atención al Dolor.

- Se ha constituido un Comité de Atención al Dolor .....SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Tener constituido el Comité de Atención al Dolor

**Verificación:** En octubre de 2012 se constituyó el Comité de Atención al Dolor presidido por el Jefe de Servicio de Anestesia, habiéndose celebrado dos reuniones: la constituyente, en octubre, y otra en el mes de diciembre; en ambas reuniones se levantó acta de los asuntos tratados.

### 3.b.16.- Elaboración de un Plan de acogida a profesionales de nueva incorporación.

- Existe un plan de acogida para profesionales de nueva incorporación.....SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Disponer de un Manual de Acogida de nuevos profesionales.

**Verificación:** El centro dispone de un manual de acogida que se entrega, en formato papel, cuando se incorpora el nuevo profesional. Este mismo manual se encuentra en la intranet del HUIE. En el manual se recoge una descripción del centro, el estilo corporativo adecuado al del SERMAS, las dudas más comunes...etc.

## C. Información y Atención al Paciente

### 3.c.1.- Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.

- Número de acciones de mejora implantadas ..... 10

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Al menos tres acciones de mejora.

**Verificación:** Se constata, mediante aportación documental, que se han realizado nueve acciones de mejora que se agrupan en:

1. Promover la participación de los familiares de pacientes que han planteado una reclamación o queja en la resolución de las mismas.
2. Reestructuración de agendas de Servicios
3. Ampliación del número de puestos de atención directa al paciente del Servicio de Admisión
4. Revisión de los tiempos de demora para el diagnóstico en anatomía patológica.
5. Miscelánea.

No obstante cabe apuntar que algunas de estas acciones están ligadas al proceso de información para elegir las mismas y no a acciones de mejora propiamente dichas. Así, por ejemplo, la acción: "Se han llevado a cabo 3 reuniones con diferentes pacientes que, tras cursar reclamación, hemos considerado conveniente mantener de cara a ampliar la información sobre lo acontecido por parte del Hospital y por parte de los reclamantes. Estas reuniones se han llevado a cabo con el personal implicado en la misma de manera que ha sido muy enriquecedora de cara a posibles mejoras en nuestros circuitos de atención. A su vez se ha promovido la participación de los familiares y pacientes.", entendemos que forma parte del proceso de información previo a la implantación, y no es en sí una acción de mejora.

No obstante y a pesar de estos reparos, se evidencia la implantación de suficientes acciones de mejora

### 3.c.4.- Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Número de Guías de Acogida entregadas / pacientes ingresados ..... 100 %

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Entrega de la guía en el 100% de los ingresos, debe existir un registro.

**Verificación:** Existe un registro específico en la Historia Clínica Electrónica, en la valoración de enfermería, donde se registra la entrega de la Guía de Acogida. La responsabilidad de la entrega se asigna a la enfermera que recibe al paciente cuando ingresa y forma parte de la información que recibe el paciente al ser hospitalizado.

### 3.c.5.- Implantación de protocolos de información asistencial.



- Se ha implantado en todos los Servicios Médicos y Quirúrgicos de Hospitalización.....SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** *Estar implantados en todos los servicios asistenciales del hospital.*

**Verificación:** *En el HUIE existen tres protocolos de Información Clínica:*

- *Información Clínica en especialidades quirúrgicas que afecta a seis servicios.*
- *Información Clínica en especialidades médicas que afecta a ocho servicios.*
- *Información Clínica en especialidades pediátricas que afecta a tres servicios.*

*Los tres protocolos derivan de uno general que se elaboró en octubre de 2009 y que se ha readaptado para aplicarlo a cada uno de los bloques hospitalarios.*

### 3.c.6.- Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Número de Guías de Información al Alta / total de altas de hospitalización .....100 %

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** *Entregar en el 100% de la altas. Debe existir un registro.*

**Verificación:** *La Guía de Información al Alta se entrega por parte de la enfermería de planta cuando se produce el alta hospitalaria, se registra su entrega en un apartado específico en la Historia Clínica Electrónica. Su verificación se efectúa mediante cortes trimestrales informáticos en los que se evalúa la entrega del documento en los bloques hospitalarios y en CMA.*

### 3.c.7.- Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.

- Número de Guías de Atención al Duelo entregadas / total de éxitos ..... 97,99 %

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** *Entrega de la Guía en el 100% de los decesos. Debe existir un registro.*

**Verificación:** *Existe un registro específico para la entrega de Guías de Atención al Duelo. Se han registrado todas las guías entregadas, no llegándose al 100% ya que en ocho casos los fallecidos no tenían personas allegadas a las que hacer la entrega. Como salvedad apuntar que la entrega de las guías las efectúa la empresa funeraria sita en el HUIE, lo que no parece adecuarse al espíritu de la Guía de Atención al Duelo.*

## D.-Indicadores de comparación hospitalaria

### 3.d.1.- Infección nosocomial:

- Prevalencia de infección nosocomial .....6,10 %
- Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1 .....3,10 %

Observaciones y Comentarios

**Objetivos:** El HUIE se corresponde con el grupo hospitalario de referencia 1, cuya prevalencia no debe exceder el 5,4 % de infección nosocomial, ni el 2,7 de Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera.

**Verificación:** Según los datos aportados por el centro no se consigue cumplir con ninguno de los dos criterios de calidad, no obstante habría que valorar que el proceso de recogida de datos, al efectuarse mediante estudio y análisis de cortes, es muy susceptible ante el pequeño número muestral del corte (81 pacientes); por este motivo se está planteando el departamento de medicina preventiva modificar la dinámica de recogida de datos en el sentido de registrar la incidencia de forma continuada para establecer no una prevalencia de punto sino de periodo y referir ésta al año que corresponda.

# Conclusiones

---

## Calidad Percibida

- *El Hospital cumple los objetivos.*

## Seguridad del paciente y Gestión de Calidad (S.P.)

- *Aunque en líneas generales las actuaciones en esta área son apropiadas al pacto de objetivos, cabe apuntar salvedades en el epígrafe:*
- *Implantación de objetivos de seguridad del paciente: entendemos que ninguno de los objetivos de seguridad informe y/o promueva la participación del paciente.*

## Información y Atención al Paciente

- *Aunque, como en el apartado anterior, en líneas generales las actuaciones en esta área son apropiadas al pacto de objetivos, cabe apuntar salvedades en dos epígrafes:*
- **1. Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.:** *entendemos que se recogen acciones que, en puridad, no son de mejora, sino de proceso y por más precisar: ligadas al proceso de información para elegir las mismas. Todo ello tal y como se expone en el apartado 3.c.1.*
- **2. Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos:** *Es coherente el indicador de 97,99% de guías entregadas, al no poderse entregar a la totalidad de personas, pero la salvedad radica en que la entrega de las guías las efectúe la empresa funeraria, lo que parece vulnerar el espíritu de la norma.*

## **Indicadores de comparación hospitalaria**

- *Según los datos aportados por el centro no se consigue cumplir con ninguno de los dos criterios de calidad.*