

---

# **Evaluación Cumplimiento**

## **Objetivos de Calidad**

### **Información y Atención al Paciente**

#### **Hospitales**

---

Centro Sanitario

**HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA**

Fecha: Julio 2014

---

**Plan de Evaluación 2013/2015**

---

---

**Audidores:**

Eva Anguita Ruiz

Javier Morón Merchante

---

## Índice

	<u>Página</u>
Introducción.....	3
Justificación.....	3
Objetivos .....	4
Metodología y Actuaciones.....	4
Análisis de Áreas Estratégicas .....	8
Seguridad del Paciente .....	8
Indicadores de Comparación Hospitalaria .....	13
Calidad Percibida .....	14
Gestión de la Calidad .....	16
Información y Atención al Paciente.....	18
Conclusiones.....	22



# Introducción

---

## 1. Justificación

*El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección 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 2013, de acuerdo con los principios generales que ya se fijaron en el ejercicio anterior:*

- 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.*

*De acuerdo a ello se han establecido unos objetivos de actuación para los hospitales de la red pública que son de obligado cumplimiento.*

*Los citados objetivos se traducen en una serie de indicadores o metas, cuyo seguimiento efectúan las Subdirecciones de Calidad y de Información y Atención al Paciente, dependientes de la Dirección General de Atención al Paciente, conjuntamente con otras Unidades Directivas del SERMAS a este efecto competentes.*

*La verificación del cumplimiento de estas metas e indicadores, la realiza el Servicio de Evaluación Sanitaria conforme figura en los vigentes Planes de Inspección de Sanidad, 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 2013 establecidos para los hospitales.*

### Objetivos Específicos

- 1. Verificar el cumplimiento de los objetivos coordinados por la Subdirección de Calidad: Seguridad del Paciente, Indicadores de Comparación Hospitalaria, Calidad Percibida y Gestión de la Calidad.*
- 2. Verificar el cumplimiento de los objetivos coordinados por la Subdirección de Información y Atención al Paciente: Acciones de mejora, Entrega de Guías, Creación Registro documentos Informativos y Proceso de Atención al Paciente Oncológico.*

---

## 3. Metodología y Actuaciones

*El equipo evaluador se desplazó al Hospital Universitario Infanta Elena los días 14 y 15 de julio para realizar el trabajo de campo.*

### A. Entrevistas

- Directora Médico.*
- Directora de Enfermería.*
- Responsable de Calidad.*
- Jefa del Servicio de Admisión, Documentación Clínica y Atención al Paciente.*
- Responsable del Servicio de Medicina Preventiva y del programa de seguridad del paciente, y de higiene de manos.*
- Responsable de mantenimiento.*

- *Supervisores de Urgencias, UCI, Bloque Quirúrgico y Hospitalización.*
- *Director de Sistemas.*
- *Jefe del Servicio de Medicina Interna.*
- *Facultativo del Servicio de Pediatría.*
- *Jefe del Servicio de Cirugía General.*
- *Facultativo especialista de Psiquiatría.*
- *Coordinadora de matronas.*

## **B.Análisis Documental**

### ***Seguridad del paciente***

- *Resultados del corte observacional en relación con la conciliación de la medicación en pacientes hospitalizados en junio y diciembre 2013.*
- *Listado y nombramiento de responsables de seguridad del paciente de los servicios y unidades.*
- *Protocolos y procedimientos relacionados con la asistencia.*
- *Actas de las rondas de seguridad 2013.*
- *Higiene de manos: nombramiento de responsable e informes de evaluación de conocimientos sobre higiene de manos en profesionales sanitarios.*
- *Documentación sobre escuela de cuidadores.*
- *Análisis de registros clínicos y cumplimentación en una muestra de historias clínicas (HCE).*

### ***Indicadores de comparación hospitalaria***

- *Informes de infección hospitalaria.*

### **Calidad percibida**

- *Registro de las actuaciones de los estudios cualitativos con pacientes.*
- *Ficha de situación del Comité de Calidad Percibida.*
- *Ficha técnica del proyecto de voluntariado en consultas externas.*
- *Proyecto de trato y tratamiento.*
- *Documentos de información clínica de distintos procesos para pacientes de consultas externas.*
- *Correos electrónicos de difusión de las mejoras puestas en marcha desde el Comité.*

### **Gestión de la calidad**

- *Ficha resumen de planificación de autoevaluación EFQM.*
- *Informe de autoevaluación EFQM.*
- *Informe de evolución de consumos.*
- *Ficha de situación del Comité de Lactancia Materna.*
- *Ficha de situación del Comité de Atención al Dolor.*
- *Objetivos de Calidad 2013 de servicios y unidades.*

### **Información y atención al paciente**

- *Informe de acciones de mejora resultado de reclamaciones o sugerencias.*
- *Protocolos de información clínica.*
- *Registro de documentos informativos a pacientes.*
- *Acta de la Comisión de Documentación Clínica.*
- *Informe de acciones de mejora en el proceso oncológico.*

- *Documentos de información clínica a pacientes oncológicos.*
- *Encuestas de satisfacción a pacientes oncológicos.*
- *Folletos de talleres de ayuda y formación a pacientes oncológicos.*
- *Informe de actividades 2013 del voluntariado*

## **C.Observación Directa**

### ***En planta de hospitalización***

- *Procedimiento de entrega de las guías de acogida, alta y duelo.*
- *Carteles de información asistencial.*
- *Nuevos sillones de pacientes.*

### ***En Servicio de Admisión***

- *Huecos de agenda para pacientes con riesgo suicida.*
- *Tiempos de espera para pacientes atendidos en Urgencias y Radiodiagnóstico.*

### ***En Consultas Externas***

- *Servicio de voluntariado.*
- *Folletos informativos.*

### ***En sala de espera de CMA***

- *Existencia de T.V.*
- *Guías informativas a familiares.*

### ***En Urgencias***

- *Ampliación de la zona de atención.*







# Análisis de Áreas Estratégicas

## A. Seguridad del Paciente

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

- N° de objetivos implantados, de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente ..... 9

Objetivos Obligatorios:

- Uno de los objetivos se refiere al área de urgencias ..... Sí
- Se ha implantado un objetivo relativo a conciliación de la medicación ..... Sí
- Se ha implantado el LVP (Listado de Verificación del Parto) ..... Sí
- Todos los objetivos cuentan con responsable, indicador y meta ..... NO

Observaciones y Comentarios

**Meta:** *Implantar, al menos, cinco objetivos de seguridad del paciente con responsable, indicador y meta. (En el caso de no incluir la LV del Parto se debe de haber valorado y justificado su no inclusión)*

**Objetivos y Verificación:**

*Se verificaron los siguientes objetivos:*

1) *Seguridad en Urgencias: "Optimización de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en pacientes adultos no quirúrgicos ingresados desde urgencias".*

*Se comprueba el informe del hospital evaluando la indicación de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica con heparina de bajo peso molecular en los pacientes que ingresan desde urgencias al área médica.*

2) *Conciliación de la medicación en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna.*

*La historia clínica electrónica (HCE) dispone de un registro que indica "revisión de historia en HORUS", de cumplimentación no obligatoria. Se verifica asimismo la existencia del informe de las evaluaciones de conciliación realizadas por el hospital en junio y diciembre.*

3) *Listado de Verificación del Parto: está disponible en la historia clínica electrónica (HCE).*

4) *"Curso de Formación para todos los Responsables de Seguridad del Paciente (SP) del Hospital": Se comprobó el cronograma del curso.*

5) *Elaboración de un protocolo sobre "uso adecuado de guantes". Se comprueba la existencia del procedimiento.*

6) Promover la participación de los pacientes (higiene de manos): Se verifica la existencia de dípticos para pacientes de consultas externas y de pegatinas en baños públicos y habitaciones con la leyenda "Gracias por Lavarte las Manos".

*El despliegue de objetivos 2013 no cuenta en todos ellos con responsable, indicador y meta*

### 1.a.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/Unidades.

- Número de Servicios Clínicos con responsables de SP .....19
- Número Total de Servicios Clínicos ..... 19
- Índice SCRS/NTSC\*100 .....100%

SCRS= Servicios/Unidades con responsables de Seguridad del Paciente

NTSC= Número Total de Servicios Clínicos

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** 90% de Servicios Clínicos. Son obligatorios los priorizados en el 2012 (UCI, Urgencias, Cirugía, Anestesia, Obstetricia, Neonatología y Farmacia)

**Verificación:**

*El hospital aporta un listado de responsables de seguridad que forma parte del anexo 2 del procedimiento de análisis de incidentes/eventos adversos.*

*Se confirma la existencia de responsables de seguridad de los servicios, 21 médicos y 12 de enfermería. Cuenta con responsables en los servicios considerados obligatorios de los disponibles en la cartera del hospital.*

### 1.a.3.- Promover la seguridad clínica en los Servicios.

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....19
- Número Total de Servicios Clínicos..... 19
- Índice SCCS/NTSC\*100 .....100%

SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad

NTSC: Nº total de Servicios Clínicos

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** >75% de los servicios clínicos deben tener sesiones de Seguridad del Paciente.

**Verificación:**

*Se comprueba el registro de firmas de los asistentes al curso dado a los responsables de SP de los servicios y se contrasta en el portal SP de la intranet el cronograma de las sesiones impartidas por los responsables.*

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

- Se han realizado por el Equipo Directivo al menos cuatro visitas ..... Sí
- Se ha realizado, al menos, una visita a UCI ..... Sí
- Se ha realizado, al menos, una visita a Urgencias ..... Sí
- Número Total de Rondas de Seguridad realizadas ..... 4

Observaciones y Comentarios

**Meta:** Al menos cuatro rondas de seguridad, una de ellas en UCI y otra en Urgencias.  
Según el documento de recomendaciones deben participar gerente y/o directores. (miembros del Equipo Directivo)  
**Verificación:**  
Se confirma la existencia de actas de las rondas de seguridad celebradas en 2013 en los servicios de Urgencias, Cuidados Intensivos, Bloque Obstétrico y Unidad de Neonatología, en las que consta la participación de miembros del equipo directivo.

**1.a.6.- Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos.**

- Se ha realizado en 2013 la autoevaluación con herramientas OMS ..... Sí
- Número de planes de mejora implantados ..... 7
- Existe un coordinador responsable del programa ..... Sí

Observaciones y Comentarios

**Meta:** Implantar, al menos, dos planes de mejora de higiene de manos, uno de los cuales debe ser de formación.  
**Planes y Verificación:**  
Se revisaron los registros de firmas de los 121 asistentes a los cursos de HM impartidos en 2013.  
Se verificó el contenido y funcionamiento del portal de Higiene de Manos incluido en el portal SP de la intranet del hospital.  
Se examinaron los carteles con instrucciones sobre el uso correcto de los dispensadores de solución hidroalcohólica.  
Asimismo se comprobó la existencia del informe de evaluación del cumplimiento de la técnica, y la realización de dos sesiones generales del hospital para dar retroalimentación a los profesionales.

### 1.a.7.- Utilización de la hoja de verificación quirúrgica.

- Número de intervenciones quirúrgicas programadas..... 3.944
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada..... 3.374
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones programadas\* 100) ..... 85,55%

Observaciones y Comentarios

**Meta:** >85% de las intervenciones programadas deben disponer de LVQ.

**Verificación:**

Se comprueba la existencia de un registro de cumplimentación obligatoria en la HCE, y se evalúa su cumplimentación en una muestra aleatoria de diecinueve historias clínicas de altas quirúrgicas de Cirugía General, Urología, Traumatología y Ginecología (1 a 15 diciembre 2013) que no contradice el resultado que aporta el hospital en su cuadro de mando; no obstante, en el 42% de las historias la verificación prequirúrgica no está completa.

### 1.a.8.- 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 ..... 5.263
- Nº total de pacientes estudiados ..... 5.263
- Índice (pacientes riesgo/pacientes estudiados \* 100) ..... 100%

Observaciones y Comentarios

**Meta:** >95% de los pacientes ingresados deben tener una valoración del riesgo de UPP.

Escala Norton o validadas (Braden o Emina)

**Verificación:**

La valoración del riesgo UPP es un registro de enfermería de cumplimentación obligatoria. Se comprueba su cumplimentación en una muestra de 20 historias clínicas de pacientes hospitalizados de servicios tanto médicos como quirúrgicos, encontrando un porcentaje del 100%.

### 1.a.9.- Existencia de protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios.

Obligados:

- Disponen de Protocolo/normas para asegurar la comprensión de órdenes verbales ..... Sí
- Disponen de Protocolo de Profilaxis Antibiótica ..... Sí

Obligados si no se cumplieron en 2012:

- Disponen de protocolo de atención al dolor ..... Sí

- Disponen de de protocolo de prevención de TVP/TEP .....SÍ

Observaciones y Comentarios

**Meta:** Deben tener disponibles todos los protocolos citados, ya que tienen que contar con el del dolor y el de TVP/TEP en caso de que no los tuvieran en 2012. El de Profilaxis Antibiótica se refiere especialmente a profilaxis quirúrgica.

**Verificación:**

Se obtiene copia de todos los protocolos solicitados, y se comprueba la utilización de la profilaxis antibiótica quirúrgica en un muestreo de 15 historias clínicas de altas quirúrgicas (1 a 15 diciembre 2013) de procesos con indicación de la misma, resultando que su aplicación se encontraba registrada en 14 de los 15 casos revisados.

**1.a.10.- Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico**

- Disponen del protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave del adulto .....SÍ
- Disponen del protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenil .....SÍ
- Disponen del protocolo de evaluación del riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias.....SÍ
- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria.....100%

Observaciones y Comentarios

**Meta:** Disponer de los tres protocolos.

El 100% de los pacientes con riesgo suicida deben tener cita en el CSM en plazo máximo de una semana tras el alta hospitalaria (urgencias, UHB o interconsulta)

**Verificación:**

Se obtiene una copia de los tres protocolos y se comprueba la existencia de un código específico y la cita de pacientes con riesgo suicida en consultas externas en el plazo mencionado en el protocolo.

Se verifica el conocimiento del protocolo y el procedimiento de citación en entrevista con especialista de Psiquiatría

## B.-Indicadores de Comparación Hospitalaria

### 1.b.4.- Infección nosocomial:

- 1.b.4.1.- Prevalencia de infección nosocomial.....4,7%
- 1.b.4.2.- Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1 .....0%
- 1.b.4.3.- Bacteriemias por *Stafilococo aureus* resistente a metilicina/100.000 estancias .....2,92

Observaciones y Comentarios

#### **Meta:**

*Prevalencia de Infección Nosocomial (valor puntual con IC 95%) Metas por grupo. Fuente EPINE u otros estudios de prevalencia del Centro.*

*Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera: 2-2,7. Fuente VIRAS.*

*Bacteriemias por *Stafilococo aureus*: 7 bacteriemias/100.000 estancias: Cualquier episodio de bacteriemia adquirida en el hospital (1 episodio por paciente) cualquiera que sea el foco de origen, identificado por Microbiología.*

#### **Verificación:**

*La prevalencia de infección nosocomial (4,7%) se confirma con la información del EPINE 2013 referida al hospital, y es inferior a la media del grupo 1 de hospitales del SERMAS (5,41%).*

*El hospital cumple el sistema de registro VIRAS de vigilancia epidemiológica de la CM*

*El hospital no tuvo ningún paciente con ILQ, de 46 pacientes intervenidos de prótesis de cadera con riesgo NHSN 0-1, en el primer semestre 2013. Se verifican los registros de las intervenciones quirúrgicas de cadera y el procedimiento de clasificación del riesgo NHSN, así como el seguimiento específico de estos pacientes realizado por Medicina Preventiva. También se comprueba aleatoriamente en historias clínicas de estos pacientes la no existencia de complicaciones en su evolución.*

*En el primer semestre de 2013 se detectó un paciente con bacteriemia por *stafilococo aureus* resistente a metilicina (MRSA) entre las 34.192 estancias, el indicador resultante (2,92) es inferior a la media del grupo 1 de hospitales (3,2). Se comprueba la existencia de los registros y el seguimiento de bacteriemias MRSA realizados por Microbiología y Medicina Preventiva.*

## C.-Calidad Percibida

### 1.c.2.-Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2012

- Número de acciones de mejora implantadas..... 8

Observaciones y Comentarios

**Meta:** *Implantar, al menos, 5 acciones de mejora con la participación del Comité de Calidad Percibida y ratificadas por la D.G. de Atención al Paciente.*

#### **Acciones de Mejora y Verificación:**

*Se revisa el "proyecto de voluntariado en consultas externas" y se confirma la presencia de voluntarios en el hospital. También se examina la documentación de la "Escuela de cuidadores" vinculada al proyecto corporativo "Trato y tratamiento".*

*Se verifica la existencia de guías informativas para familiares y acompañantes en unidades de hospitalización y Neonatología.*

*Se comprueba la disponibilidad de documentación escrita para pacientes sobre patologías comunes (cefalea, hemorroides, fístula y fisura anal, acné, etc).*

*Se obtiene copia del "protocolo de alta del paciente quirúrgico en la C.M.A" para verificar que no se da un alta prematura".*

*Se observan directamente las mejoras de infraestructura y equipamiento de la C.M.A. y de Urgencias.*

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

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

#### Obligadas:

- Realización de técnicas cualitativas grupales a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria ..... Sí

#### Obligadas si no se cumplieron en 2012:

- Participación de profesionales de Atención Primaria en el Comité de Calidad Percibida..... Sí
- Mejorar satisfacción del usuario en el Servicio de Urgencias..... Sí

#### Optativas

- Difusión de actividades del Comité de Calidad Percibida ..... Sí
- Formación de profesionales en Calidad Percibida ..... Sí
- Colaboración/Participación con la Comunidad ..... Sí
- Mejora de la información a pacientes y/o familiares..... Sí



- Otras.....Sí

Observaciones y Comentarios

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

**Líneas de Actuación y Verificación:**

Con respecto a la participación de profesionales de Atención Primaria en el Comité, fue objetivo cumplido en 2012, al igual que mejorar la satisfacción del usuario en el servicio de Urgencias.

En cuanto a los objetivos 2013:

- Se verificó documentalmente la realización de un estudio cualitativo sobre valoración de los pacientes del Hospital en octubre-noviembre 2013.

- La difusión de las actividades del Comité se comprobó documentalmente con diversos correos electrónicos, donde además de informar de distintas acciones de mejora puestas en marcha, se notificaba la creación de una carpeta compartida de calidad percibida, cuya existencia se verificó mediante observación directa.

- El programa de formación se verificó mediante la relación de diplomas acreditativos de los talleres de formación a profesionales.

- La colaboración y participación con la Comunidad se comprobó con el programa de las charlas impartidas en el Ayuntamiento de Valdemoro.

- La mejora de la información a pacientes y familiares se verificó con la aportación de los folletos informativos realizados para Neonatología y C.M.A. y mediante correo electrónico notificando nuevos turnos de información de tarde a los familiares de pacientes de C.M.A.

## D.-Gestión de Calidad

### 1.d.1.- Realización de la autoevaluación de acuerdo al modelo EFQM

- Se ha realizado el informe de planificación de la autoevaluación para llevar a cabo en 2014.....Sí

Observaciones y Comentarios

**Meta:** *Planificación de autoevaluación realizada*

**Verificación:**

*La autoevaluación se realizó entre octubre y noviembre de 2013 con la ayuda de una consultora. Se verifica la existencia de un informe de autoevaluación según el modelo EFQM de fecha 13 de enero de 2014.*

### 1.d.3.- Monitorización de indicadores de gestión ambiental

- Consumo de agua (m<sup>3</sup>/semestre/estancia).....0,86008423
- Consumo de electricidad (Kwh/semestre/m<sup>2</sup>).....93,52286657

Observaciones y Comentarios

**Meta:** *<P75. Que el valor de los consumos corresponda al percentil 75 de los obtenidos en el grupo de hospitales certificados por el SERMAS.*

**Verificación:**

*Se constata la existencia de informes con la evolución anual e interanual de consumos de energía eléctrica y de agua que confirman la información facilitada por el hospital.*

*El denominador del indicador de electricidad (46.662 m<sup>2</sup>) se refiere a superficie útil.*

### 1.d.4.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna

- N° de líneas de actuación puestas en marcha ..... 6

Observaciones y Comentarios

**Meta:** *Al menos cuatro líneas de actuación. Contempladas en el documento "Recomendaciones implantación de Comités del SERMAS".*

**Líneas de Actuación y Verificación:**

- Se comprueba la realización de un curso de actualización en lactancia materna (LM) del 7 al 14 de junio de 2013.

- Se verifica la existencia de un informe sobre la aplicación en el hospital de los indicadores de LM en 2013, que incluye una propuesta de nuevos indicadores en 2014.

- Se visita la nueva sala de lactancia disponible en el hospital las 24 horas.

Se obtiene copia de:

- Guía de actuación de control de peso y valoración de la lactancia en la Unidad de Neonatos y Materno-Infantil

- Folletos informativos realizados: "beneficios de lactar", "posiciones para amamantar" y "técnica Marmet (extracción manual de la leche)".

#### 1.d.5.-Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Atención al Dolor

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha ..... 6

##### Obligadas:

- Evaluación del Dolor ..... Sí
- Atención al Dolor Agudo ..... Sí
- Atención al Dolor Crónico ..... Sí

##### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Al menos cinco líneas de actuación. Tres obligadas

##### **Líneas de Actuación y Verificación:**

Se obtiene copia de los protocolos "Control del dolor en hospitalización y "Ningún niño con dolor (Sedoanalgesia en Pediatría)".

Se comprueba la existencia de informes presentados en la Comisión del Dolor sobre:

- Evaluación de pacientes con dolor intenso.

- Resultados de la evaluación telefónica del dolor en las llamadas posquirúrgicas de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Se comprueba documentalmente la disponibilidad de presentaciones con los "Criterios de derivación a la Unidad del Dolor".

## E.-Información y Atención al Paciente

### 2.1.- 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 ..... 6

Observaciones y Comentarios

**Meta:** Al menos tres acciones de mejora en activo durante 2013, ratificadas por la D.G. de Atención al Paciente

**Acciones de Mejora y Verificación:**

Se constata directamente y se aporta la justificación documental del actual sistema informático de control de los tiempos de atención en la Urgencia y de las demoras en Radiodiagnóstico.

Se verifica la existencia de:

- dietas pediátricas para menores intervenidos.
- facturas de adquisición de sillones para hospitalización.
- cubiertos embolsados en cafetería.

Se comprueba la organización de turnos de matronas responsables de la cesárea humanizada

### 2.4.- Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Índice (Nº de Guías de Acogida entregadas / pacientes ingresados x 100)..... 95,16%

Observaciones y Comentarios

**Meta:** Entrega de la guía en el 95% de los ingresos. Debe existir un registro específico realizado por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización.

**Verificación:**

La entrega de esta guía debe anotarse en un registro que forma parte de la valoración al ingreso de enfermería, y cuyo porcentaje de cumplimentación se obtiene directamente de la explotación de la historia. Se verificó la cumplimentación del registro en la totalidad de las 17 historias seleccionadas por muestreo.

### 2.5.- Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información clínica ..... 3

- Número Total de Servicios Médicos y Quirúrgicos..... 3
- Índice (SMQP/NTS x 100) .....100%

SMQP= Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos

NTS: N° total de Servicios Médicos y Quirúrgicos.

Observaciones y Comentarios

**Meta:** *Estar implantados en el 95%*

**Verificación:**

*El hospital dispone de un informe de implantación de los protocolos de información clínica, que incluye los tres disponibles (especialidades quirúrgicas, especialidades médicas y especialidades pediátricas) en los que se especifica responsable, ubicación y horarios de información.*

**2.6.- Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.**

- Índice (N° de Guías de Información al alta entregadas / total altas hospitalización x 100).....100%

Observaciones y Comentarios

**Meta:** *Entregar en el 95% de la altas. Debe existir un registro específico realizado por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización*

**Verificación:**

*Existe un registro específico en la historia clínica electrónica para anotar la entrega de la guía de información al alta. Se verificó que este registro estaba cumplimentado en el 100% de las historias revisadas.*

**2.7.- Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.**

- Índice (N° de Guías de Atención al Duelo entregadas / total de éxitus x 100) ..... 97,93%

Observaciones y Comentarios

**Meta:** *Entrega de la Guía en el 95% de los decesos. Debe existir un registro específico realizado por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización*

**Verificación:**

*Se verificó la existencia de un registro específico en la historia, que nunca es del 100% debido a que hay pacientes que fallecen sin familiares en el hospital.*

*En este hospital la entrega de las guías las efectúa la empresa funeraria que presta servicio en el hospital.*

**2.8.- Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (pósteres, folletos, guías, etc...)**

- Se ha creado el Registro ..... Sí
- Figura en el Registro el nombre del documento ..... Sí
- Constan los objetivos del documento ..... Sí
- Figura el tipo de soporte (póster, folleto, ..tríptico, etc...) ..... Sí
- Consta el servicio promotor ..... Sí
- Tiene el Visto Bueno de la Comisión Técnica de Coordinación de la Información\* ..... NO
- Figura la fecha del Visto Bueno ..... NO
- Figura la fecha de inicio de difusión ..... Sí
- Figura, en su caso, la fecha de retirada o revisión ..... Sí

*\* La Comisión Técnica de Coordinación de la Información tiene que constituirse en el año 2013, puede incluirse en la Comisión de Calidad Percibida, o ser independiente (según decida el Centro).*

Observaciones y Comentarios

**Meta:** Tener creado el registro con las características que se recogen en los ítems precedentes.

**Verificación:**

*Se confirma la constitución del Registro y se constata en las actas 2013 de la Comisión de Documentación Clínica, el procedimiento para incorporar nuevos documentos con recomendaciones a pacientes y la necesidad de su aprobación en la "Comisión técnica local de coordinación de la información"; aprobación que no consta explícitamente.*

**2.9.- Implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención al Paciente Oncológico (PAIPO)**

- Número de acciones de mejora implantadas ..... 8
- En las acciones de mejora consta el problema detectado ..... Sí
- Figura el objetivo de la acción de mejora ..... Sí
- Consta explícitamente como se va a evaluar la acción de mejora ..... Sí
- Las acciones de mejora se refieren a los ámbitos señalados\* ..... Sí

Observaciones y Comentarios

**Meta:** Al menos tres acciones de mejora, que en cuanto a la atención al paciente oncológico deben referirse a:

- 1.- Gestión de citas
- 2.- Consejos nutricionales
- 3.- Continuidad asistencial
- 4.- Autocuidado

5.- *Voluntariado, etc...*

**Acciones de Mejora y Verificación:**

Se obtiene copia de:

- *Recomendaciones nutricionales específicas para el paciente oncohematológico y de las encuestas de satisfacción de los pacientes sobre las mismas.*

- *Programa del taller "Cuestiones y vivencias de la sexualidad en procesos de cáncer ginecológico y de mama", con ocho sesiones impartidas en los meses de octubre y noviembre 2013.*

- *Programa de los talleres de Reiki impartidos.*

- *Informe del Servicio de Paliativos "Más allá del hospital" con los resultados del modelo de cobertura global al anciano oncológico institucionalizado.*

*Se comprueban las relaciones de asistentes y las encuestas de satisfacción de los talleres impartidos por voluntarios (Fundación Sauce y AECC) a pacientes oncológicos (relajación, recetas de cocina)*



# Conclusiones

---

## **A.-Seguridad del Paciente**

- *El hospital cumple los objetivos establecidos.*

## **B.- Indicadores de Comparación Hospitalaria**

- *Los indicadores de comparación hospitalaria tienen un valor inferior a la media o rango de su grupo de hospitales.*

## **C.- Calidad Percibida**

- *El hospital cumple los objetivos establecidos.*

## **D.- Gestión de la Calidad**

- *El hospital cumple los objetivos establecidos.*

## **E.- Información y Atención al Paciente**

- *El hospital cumple los objetivos establecidos.*