
Evaluación Cumplimiento
Objetivos de Calidad
Información y Atención al Paciente
Hospitales

Centro Sanitario
Hospital Universitario Infanta Elena

Fecha: marzo 2015

Plan de Evaluación 2013/2015

Audidores:

Manuel Coca Gradín

M^a Ángeles Sánchez Pradel

Índice

	<u>Página</u>
Introducción.....	3
Justificación.....	3
Objetivos	3
Metodología y Actuaciones	4
Análisis de Áreas Estratégicas.....	6
Seguridad del Paciente	6
Indicadores de Efectividad	16
Calidad Percibida	18
Gestión de la Calidad	21
Información y Atención al Paciente	23
Conclusiones.....	29

1. Justificación

Establecidos para el 2014 en los diferentes hospitales de la red pública los objetivos de Calidad y de Información y Atención al Paciente, que coordinan la Subdirección de Calidad y la Subdirección de Información y Atención al paciente respectivamente.

Se trata de objetivos de obligado cumplimiento, al igual que los que establezcan los propios Planes de Calidad de los Hospitales, en su caso.

Los citados objetivos se traducen en una serie de indicadores o metas, cuyo cumplimiento verifica 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 2014 establecidos para los hospitales.

Objetivos Específicos

- 1. Verificar el cumplimiento de los objetivos coordinados por la Subdirección de Calidad: Seguridad del Paciente, Indicadores de Efectividad, 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, Porcentaje de documentos Informativos incluidos en el registro específico, Proceso de Atención al Paciente Oncológico y aplicación de la resolución de acompañamiento en el servicio de urgencias.*
-

3. Metodología y Actuaciones

El equipo evaluador se desplazó al Hospital Universitario Infanta Elena los días 20, 23, 24 y 25 de marzo para realizar el trabajo de campo.

A. Entrevistas

Responsable de calidad.

Jefe de Servicio de Atención al Paciente.

Directora de Enfermería.

Subdirectora de enfermería.

Responsable de Seguridad al paciente, facultativo de Medicina Preventiva.

Jefe de Servicio de UCI.

Coordinador del Servicio de Urgencias.

Facultativos de las Áreas de hospitalización médica y quirúrgica

Responsable del Servicio de Psiquiatría.

Presidente del Comité de Atención al dolor.

Supervisor de Urgencias.

Enfermeras, Auxiliares y celador de hospitalización quirúrgica.

Enfermeras de hospitalización médica.

Enfermero de Bloque quirúrgico.

Enfermero de UCI.

Administrativos del Servicio de Admisión.

Encargada de la empresa funeraria concesionaria del hospital.

B. Análisis Documental

Intranet e Historias clínicas electrónicas.

C. Observación Directa

Visita al Servicio de Urgencias, UCI, Bloque Quirúrgico, Planta de hospitalización Médica, Planta de Hospitalización Quirúrgica, Área de Obstetricia, Área de Consultas Externas y Servicio de Admisión.

A. Seguridad del Paciente

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

- Nº de objetivos implantados, de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente..... 13

Objetivos Obligatorios:

- Uno de los objetivos se refiere a seguridad en el área de urgencias Sí
- Existe un objetivo relativo a seguridad en el área de pediatría..... Sí
- Se han establecido prácticas para reducir la infección en tracto urinario Sí
- Se ha implantado el LVP (Listado de Verificación del Parto)..... Sí
- Todos los objetivos cuentan con responsable, indicador y meta Sí

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:

1. *Optimización del Sondaje Vesical (SV) en el Área de Urgencias.*

1.1. *Indicaciones, técnica y manejo SV. Elaboración de protocolo.*

1.2. *Corte observacional inicial de indicadores del protocolo SV.*

1.3. *Difusión de protocolo SV e intervención sobre profesionales.*

1.4. *Evaluación comparación SV con situación inicial de indicadores.*

- *Verificación: Entregan el modelo de test previo a su implantación, dos actas de la reuniones del grupo de trabajo y del protocolo elaborado por el Grupo de Mejora Médico y de Enfermería y aprobado por la UFGRS.*

2. *Checklist de verificación del proceso de ingreso de pacientes desde Urgencias.*

2.1. *Elaboración de Checklist de verificación de ingreso desde Urgencias.*

2.2. *Análisis de cumplimentación con conclusiones del Checklist de verificación de ingreso desde Urgencias.*

- *Verificación: Aportan el protocolo elaborado y aprobado por la UFGRS*

3. *Homogeneizar la pauta y preparación de las medicaciones de administración intravenosa más utilizadas en situaciones de urgencia en Pediatría.*

3.1. *Elaboración y difusión de una tabla con las medicaciones de uso intravenoso más usadas en pediatría en situaciones de urgencia.*

- Verificación: Se nos hace entrega del poster sobre medicación i.v. en urgencias neonatales y pediátricas y se ve que está expuesto en el Área de Urgencias.

4. Mejorar cumplimiento de estrategia de identificación de riesgos en la UCI en 2013.

4.1. Aumentar en un 10% el grado de cumplimentación de la Hoja de Seguridad en UCI con respecto a los resultados obtenidos en el último trimestre de 2013.

- Verificación: objetivo no alcanzado en 2015.

5. Acciones para la mejora del manejo del paciente crítico en UCI.

5.1. Desarrollo conjunto servicios UCI-Rehabilitación de una guía de práctica clínica para la rehabilitación de los pacientes en estado crítico.

5.2. Reducción en un 10% de las UPP registradas en la UCI de origen intrahospitalario.

- Verificación: Nos aportan la "Guía de práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico" y el estudio de disminución de UPP.

6. Mejora de la seguridad de pacientes con alergia al látex en bloque quirúrgico.

6.1. Realizar actuaciones para garantizar la disponibilidad de un quirófano libre de látex las 24hs.

- Verificación: Existencia del Protocolo de Quirófano libre de látex aprobado por la UFGRS. También se visita el quirófano.

7. Elaboración de un protocolo para el manejo preoperatorio de pacientes antiagregados.

- Verificación: Protocolo del manejo preoperatorio de pacientes antiagregados aprobado por la UFGRS.

8. Elaboración de un protocolo para el manejo preoperatorio de pacientes anticoagulados.

- Verificación: Protocolo del manejo preoperatorio de pacientes anticoagulados aprobado por la UFGRS.

9. Mejorar la seguridad asociada a la punción lumbar en Neurología.

9.1 Detección sistemática de factores de riesgo de paciente con indicación de punción lumbar.

- Verificación: en Hª. Clínica

10. Mejorar formación en inmovilizaciones de lesiones osteomusculares del personal que las atiende en Urgencias.

10.1. Sesiones teórico-prácticas sobre inmovilizaciones impartidas por servicio de COT para personal de Urgencias.

- Verificación: se nos aporta listado de participantes (26) y firmas de asistencia.

11. Prevención de la infección en Cirugía Dermatológica.

11.1. Elaboración de protocolo de profilaxis de la infección en Cirugía Dermatológica.

- Verificación: Disponen del Protocolo de profilaxis de la infección en Cirugía Dermatológica; es de uso interno y no está aprobado por la UFGRS.

12. Prevención del Síndrome Confusional en Geriatría.

12.1. Modificación de factores precipitantes del Sínd. confusional.

- Verificación: Son acciones para prevenir el síndrome confusional mediante la modificación de factores precipitantes (existencia de reloj de pared y calendario en las habitaciones de estos pacientes...), pero no consta evidencia escrita.

13. *Prevención en caídas en Rehabilitación.*

13. 1. *Creación de protocolo para prevenir caídas en Rehabilitación.*

- *Verificación: Se nos hace entrega del Protocolo para prevenir caídas en Rehabilitación que no consta que esté aprobado.*

Respecto al Listado de Verificación Parto, LVP, nos refieren que están implantados al 100%. Se revisan 10 historias clínicas de partos de la primera semana de junio de 2014. Se verifica el check-list del parto que consta de tres apartados:

- *Exploración al Ingreso (ítems: Pulsera identificativa, Analítica primer trimestre, Consentimiento Informado, Dr/matrona, fecha, hora, paridad, grupo y rh, fyr, Ek, gestación, presentación, posición, bolsa, prematura, rotura, líquido amniótico, tonos fetales, SBH, serología, lues, vhc, ...rubeola).*

- *Partograma (parto, hora dilatación, planos cervix.).*

- *Postparto (Terminación parto, alumbramiento, duración, Rh, puerperio inmediato).*

En las 10 historias revisadas se comprueba el 100% de utilización y están cumplimentadas en todos sus apartados

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

- Número de Servicios Clínicos con responsables de SP23
- Número Total de Servicios Clínicos 23
- Índice SCRS/NTSC*100 100 %

SCRS= Servicios/Unidades con responsables de Seguridad del Paciente

NTSC= Número Total de Servicios Clínicos

Observaciones y Comentarios

Meta: 95% de Servicios Clínicos. Se consideran servicios prioritarios, los servicios clínicos

Verificación: Aportan relación de facultativos responsables de Seguridad del Paciente objetivándose que cada servicio tiene su responsable. Además, en muchos casos, existe también un responsable de Seguridad del Paciente de enfermería.

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

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....22
- Número Total de Servicios Clínicos.....23
- Índice SCCS/NTSC*100 22/23 = 95,65 %

SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad

NTSC: Nº total de Servicios Clínicos

Observaciones y Comentarios

Meta: 80% de los servicios clínicos deben tener sesiones de Seguridad del Paciente. Tienen que ser sesiones de seguridad en cada uno de los servicios clínicos.

Verificación:

1. El servicio que no ha efectuado sesiones de seguridad es Oftalmología.
2. En el año 2013 se realizaron diversos cursos de formación de formadores para los responsables de seguridad de los distintos servicios. En 2014 han sido los responsables de seguridad los que han impartido la formación a sus servicios.
3. En 2014 se ha impartido formación en dos áreas: identificación del paciente según protocolo de actuación y verificación de comprensión de ordenes verbales.
4. Se verifica la actividad realizada mediante la existencia de hojas de asistencia donde constan nombres y firmas de los asistentes a los distintos cursos. Los registros están diferenciados por servicios.

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 han realizado, al menos, dos visitas a UCI..... Sí
- Se ha realizado, al menos, una visita a Urgencias..... Sí
- Se ha realizado, al menos, una visita al Bloque Quirúrgico Sí
- Número Total de Rondas de Seguridad realizadas 6

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cuatro rondas de seguridad, dos de ellas en UCI, una en Urgencias y una en el Bloque Quirúrgico.

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Tres rondas.

Según el documento de recomendaciones deben participar gerente y/o directores. (miembros del Equipo Directivo).

Verificación: Se analizan las Actas de las Rondas de Seguridad. Se deduce que se preparan con antelación y se realizan conforme a un Orden del Día, se especifican las personas convocadas o que asisten, si bien ésta es una relación nominal, por lo que se les indica mejor registren cargos y/o puestos de trabajo, siempre consta personal del equipo directivo. En algunas actas solo aparecen los convocados. Cada Ronda de seguridad genera tres Actas y es la segunda acta la que corresponde con la visita que giran. En la entrevista se les indica que es recomendable en las actas figuren los asistentes.

Constan la siguientes Actas: UCI 19 febrero, 22 octubre y 03 de noviembre del 2014. Neonatos 27 marzo y 11 junio del 2014, Urgencias febrero, junio y octubre del 2014. Bloque Quirúrgico, primera acta falta fecha, refiren sería a finales de junio y 14 de octubre 2014. Paritorio, 26 febrero y 27 marzo.

En la visita efectuada a UCI, Urgencias, Bloque Quirúrgico y plantas de hospitalización médica y quirúrgica, los profesionales (enfermeros y auxiliares) sí refieren que se efectuan rondas de seguridad en su servicio, aunque no pueden precisar las fechas ni la cadencia de las mismas.

1.a.5.- Prevención de las Infecciones relacionadas con la atención sanitaria en pacientes críticos:

- Se han desarrollado las actuaciones previstas en el proyecto Resistencia Zero Sí

Observaciones y Comentarios

Meta:

Desarrollar el 100% de las actuaciones previstas (actuaciones realizadas/actuaciones previstas):

- Existencia de nombramientos de responsable médico y enfermería del proyecto Resistencia Zero.
- Presentación del proyecto en cada Unidad.

Planes y Verificación: El Hospital participa en el proyecto "Resistencia Zero", se sigue el decálogo elaborado por el grupo rector de Resistencia Zero. Los responsables son la Jefe de Servicio de UCI y una enfermera de la Unidad. La formación es vía on line. El estudio se desarrolla desde junio de 2014 hasta abril de 2016 es de manera voluntaria. Mantiene reuniones a nivel nacional una al año y a nivel de Comunidad, coordinados por UCI de Fuenlabrada encuentros trimestrales.

En el ámbito del HUIE, se reúnen aproximadamente una vez al mes con los Servicios de Microbiología, Preventiva y Farmacia, aunque no se levanta acta de las reuniones, (con microbiología y preventiva se reúnen con más frecuencia a demanda).

La dinámica de trabajo consistente es que a cada paciente que ingresa en UCI con más de 5 días de hospitalización (bien procedente de planta, instituciones o en la unidad) se le toman muestras para buscar BMR (bacterias multirresistentes), se hacen cultivos de exudado nasal, cutáneo, faringeo y rectal tal y como se especifica para el proyecto zero. independientemente un día a la semana, los martes, se hace extracción de cultivos a todos los pacientes de la UCI.

El proyecto no se ha presentado a las otras Unidades del hospital dado que "externalizar" la resistencia zero fuera de UCI no se puede hacer hasta que no se finalice el estudio y se produzca su presentación oficial, aunque oficiosamente lo conocen todos los servicios. Todo ello según refiere la Jefe de Servicio de UCI.

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

- Se ha realizado en 2014 la autoevaluación con herramientas OMS Sí
- Número de planes de acción desarrollados conforme las áreas de mejora detectadas 10
- 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 han seguido las indicaciones de la OMS sobre higiene de manos (HM) agrupándose en tres componentes básicos y en cada uno de ellos la acción numerada, siendo estas las siguientes:

FORMACIÓN Y APRENDIZAJE

1) Ofertadas e impartidas 15 sesiones para recordatorio anual de todas las categorías y nuevas incorporaciones de 2014. Se comprueba listado de asistentes a los cursos con nombre y firmas.

2) Elaboración de folleto sobre uso de guantes: el folleto está terminado y se nos muestra, pero no está impreso.

3) Elaboración de folleto sobre indicaciones, 5 momentos de higiene de manos: el folleto está terminado y se nos muestra, pero no está impreso.

4) Entrenamiento y validación de los observadores encargados de monitorizar el cumplimiento de la higiene de las manos: se nos muestran distintos informes elaborados por los observadores desconocidos.

EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN

5) Observación directa del cumplimiento de HM al menos trimestral en diferentes unidades. Corte observacional a finales de año de 2014: se nos aporta el corte realizado y sus conclusiones.

6) Corte observacional a finales de año de 2014 en todas las unidades de hospitalización y urgencias: nos muestran el corte realizado y sus conclusiones.

7) Participación en Cuestionario Mundial de la OMS sobre MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES en la atención sanitaria campaña HM 2014: facilitan el listado de asistencias y la presentación posterior que se realizó en el HUIE.

8) Participación en Cuestionario de prevalencia mundial de la OMS sobre PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA campaña HM 2014: aportan el listado de asistencias y la presentación posterior que se realizó en el HUIE. Este y el objetivo anterior se realizaron de forma conjunta, si bien se diferenciaron por el contenido.

9) Difusión de los resultados estudios observacionales y de los cuestionarios de la OMS de higiene de manos a los profesionales sanitarios y equipo directivo durante la jornada de HM de mayo 2014: Se nos muestra la presentación que se realizó.

CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD

10) Informar a pacientes y familiares de la importancia de la higiene de las manos mediante banner en monitores de la sala de espera: no se pudo constatar ya que en la visita girada al HUIE no se vieron los monitores.

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

- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... pendiente de resultados
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada..... pendiente de resultados
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones estudiadas* 100).pendiente de resultados

Observaciones y Comentarios

Meta: >85% de las intervenciones programadas deben disponer de LVQ. Verificarlo a través de un "corte" o estudio muestral de historias clínicas

Verificación: En marzo 2015, la "Central" ha realizado un corte observacional 2015 con datos de de 2014. No disponen de los resultados.

Se evalúan 10 historias clínicas de manera aleatoria y estratificada por servicios correspondientes a 2014 para valorar el LVQ, éste consta de tres apartados:

1. Sala Prequirófano (antes de la entrada) con los siguientes epígrafes:

- Verificación anestésica.
- Confirmación de paciente.
- Consentimiento informado.
- Verificación anestésica y verificación quirúrgica.

2. Pausa quirúrgica dentro del quirófano (antes del comienzo de la intervención):

- Confirmación del paciente.
- Verificación de enfermería.
- Verificación anestésica y verificación quirúrgica.

3. Finalización (antes de la salida) con los siguientes ítems:

- Confirmación contaje gasas, agujas, instrumental.
- Validación identificación y número de muestras biológicas.
- Confirmación y registro del procedimiento realizado.
- Complicaciones (quirúrgicas, anéstesicas y del aparataje utilizado).

Incidencias observadas en la muestra: en la Sala Prequirófano en cuatro casos falta cumplimentar la verificación anestésica, en uno la verificación tromboembólica y en otro falta la confirmación del paciente. En la Pausa quirúrgica en un caso falta la verificación quirúrgica completa y en un caso no se cumplimentó ningún ítem en ninguno de de los tres apartados.

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 100 %
- Nº total de pacientes estudiados 100 %
- 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: Han realizado un estudio evolutivo que, en síntesis, informa de una disminución interanual en la aparición de UPP (39 en 2013 y 35 en 2014).

En la Hª Clínica Electrónica de enfermería, recoger los riesgos de UPP es un dato obligado, una vez consignados estos, el programa informático establece la valoración del riesgo de padecer UPP.

Se revisan 21 historias de hospitalización médica y quirúrgica, todos los pacientes tienen la escala cumplimentada.

En entrevistas a enfermera y auxiliar de planta de hospitalización quirúrgica y médica se confirma que se sigue el protocolo. Al ingreso la enfermera de planta cumplimenta la historia, cliqueea y cumplimenta todos los ítems de riesgo y por defecto sale valorado el riesgo de úlceras por presión. Si >8 se le pone un clip verde en la pulsera identificativa, tomándose medidas específicas: cambios posturales, taloneras, colchones, colchonetas, almohadillas e hidratación.

Disponen también de protocolo para caídas, ponen un clip rojo y barandillas, sujección de miembros, cama pegada a pared, cama más baja y timbre cerca, luces..etc.

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

Obligados:

- Disponen de Protocolo de medicamentos de alto riesgoSÍ
- Protocolo para el control y mantenimiento del carro de paradasSÍ

Obligados si no se cumplieron en 2013:

- Disponen de Protocolo/normas para asegurar la comprensión de órdenes verbalesSÍ

Observaciones y Comentarios

Meta: 2 (ó 3).

Verificación: Se nos aportan los tres protocolos. Todos están aprobados por la Comisión de Seguridad del Paciente y ratificados por la Dirección.

1. Protocolo de medicamentos de alto riesgo: aprobado en abril de 2012, revisado en marzo de 2015.

2. Protocolo para el control y mantenimiento del carro de paradas: aprobado en abril de 2009, revisado en mayo de 2013.

3. Protocolo para verificar la comprensión de ordenes verbales: aprobado en enero de 2014.

Se comprueba que los protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios se aplican en la práctica diaria en la visita realizada al centro.

En el Protocolo de comprensión de órdenes verbales en la visita a UCI y a Urgencias se pregunta al personal de enfermería y refieren que en la práctica siempre se hace y que antes de dos horas se cumpimenta por escrito.

CARRO DE PARADAS: Existe un protocolo y en las visitas realizadas a las diferentes áreas manifiestan:

En hospitalización médica diariamente se pone la tira del desfibrilador y una vez al mes se revisa el material fungible y la medicación.

En hospitalización quirúrgica diariamente, por la mañana, se pone la tira del desfibrilador y quincenalmente, en el turno de noche, se revisa la caducidad de los medicamentos y del material fungible.

En el Área Quirúrgica se pone la tira del desfibrilador diariamente y se revisa la caducidad de los medicamentos y del material fungible tres veces al mes.

En el Área de Urgencias una vez al día el desfibrilador y el material fungible y la medicación se revisa cada vez que se abre.

En UCI, con la misma periodicidad que en Urgencias, una vez al día el desfibrilador y el material fungible y la medicación se revisa cada vez que se abre, que suele ser dos o tres veces a la semana.

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

- Está implantado el protocolo de continuidad de cuidados (PCC) en el trastorno mental grave del adulto Sí
- Disponen del protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenil NA
- Disponen del protocolo de evaluación del riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias Sí
- Se ha incluido en el protocolo de evaluación de riesgo suicida un Listado de Verificación con los siguientes ítems:
 - Número de intentos de suicidio previos Sí
 - Ideación suicida reciente Sí
 - Planificación suicida reciente Sí
 - Grado de daño médico como resultado del intento actual Sí
 - Información sobre intentos previos Sí
 - Historia familiar de intentos de suicidio Sí
 - Apoyo social o familiar Sí
- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria 85 %

Observaciones y Comentarios

Meta: *Implantados 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).

PCC trastorno mental grave adulto: Ver informes de implantación con la descripción de la actividad del Programa (número de pacientes incluidos, número de consultas de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social vinculados al mismo).

PCC trastorno mental grave infantojuvenil: Ver informe de implantación con la descripción de la actividad

Verificación: *Se nos entregan los tres protocolos que han sido consensuados y dirigidos por la Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y que, según se nos refiere, son idénticos a los de otro hospital en lo esencial.*

1. Programa de continuidad de cuidados (PCC) de pacientes con trastorno mental grave del adulto: hay 139 pacientes incluidos en el programa. Todos estos pacientes son entrevistados y revisados por la trabajadora social, previa derivación por el psiquiatra con quién está en seguimiento. Posteriormente, cada uno de estos pacientes son derivados a algunos de los recursos psicosociales de los que dispone la comunidad de Madrid.

2. Protocolo de continuidad de cuidados (PCC) en trastorno mental grave infantojuvenil: no se ha llevado a cabo, se dispone del protocolo pero no se implementó en 2014.

3. Protocolo de evaluación de riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas: se ha incluido un Checklist con ítems específicos a incluir en la Historia clínica en el caso de tentativa suicida. De un total de 94 pacientes que han realizado tentativa suicida, han sido atendidos en el plazo de una semana o menos a 80 (85 %). De los 14 pacientes restantes, la mayoría se vieron entre 8 y 10 días y tan solo dos pacientes se atendieron en un plazo de 14 días desde la tentativa.

Se va a aumentar la disponibilidad de consultas psiquiátricas específicas para pacientes que realizan tentativa suicidas, introduciendo en la cita un código específico (código 100) que habilite huecos en la agenda de citaciones. Se nos muestra cual es el mecanismo informático de inclusión.

B.-Indicadores de Efectividad

1.b.1.- Infección nosocomial:

- Prevalencia de infección nosocomial 4,46

Observaciones y Comentarios

Meta:

Infección Nosocomial:

Prevalencia de Infección Nosocomial (valor puntual con IC 95%) Metas por grupo: rango a determinar según informe EPINE 2013 u otros estudios de prevalencia del Centro.

Verificación: *El dato obtenido se corresponde con el corte realizado para el EPINE y está por debajo del valor exigido (6,6) y por debajo de la media de su grupo (5,19). Su verificación se evidencia al estar el Centro adherido al programa VIRAS (Vigilancia de la Infección Resultante de la Asistencia Sanitaria) de la Subdirección de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.*

1.b.2.- Revisión Observatorio de Resultados:

- El Hospital ha elaborado el informe de revisión.....SÍ
- Los resultados del Centro han alcanzado los niveles suficientes.....NO
- Ha sido necesario establecer áreas de mejora.....SÍ
- Las áreas de mejora cuentan con responsable, actuaciones y cronograma.....NC

Observaciones y Comentarios

Meta:

Observatorio de Resultados: Disponer del informe elaborado por el hospital, tras reunión del equipo directivo para revisar los resultados del Observatorio. Si en el apartado de efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan los obtenidos a nivel del SERMAS, se tienen que revisar conjuntamente con los profesionales implicados, para establecer las áreas de mejora, con designación de responsables, actuaciones y cronograma.

Verificación: *La Dirección ha elaborado un Informe en el que se expone que se han analizado los datos del Observatorio y en función de ellos, la puesta en marcha de medidas, priorizando aquellos indicadores en los que tenía mayor margen de mejora.*

Se han formado tres grupos de trabajo con el objetivo de revisar todos los pacientes incluidos en los indicadores del año 2013 para valorar acciones de mejora:

- 1. grupo de trabajo de neumonías.*
- 2. grupo de trabajo en.I. cardiaca.*
- 3. grupo de trabajo de EPOC.*

Sin embargo sólo en el grupo de trabajo de EPOC se designó al responsable y en ningún caso consta que se definiese un cronograma.

C.-Calidad Percibida

1.c.2.-Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2013:

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

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Implantar cinco acciones de mejora (al menos una en cada segmento) con la participación del Comité de Calidad Percibida y ratificadas por la D.G. de Atención al Paciente.

Hospitales de apoyo y Media estancia: Tres acciones

Hospitales de Psiquiatría: Dos acciones

Acciones de Mejora y Verificación: *Las acciones de mejora, englobadas por áreas, que se propusieron, aunque no todas se realizaron, son:*

CONSULTAS EXTERNAS

1. Facilidad para conseguir la cita: Puesta en marcha de cita center. El paciente tras la consulta no pasa por admisión sino que recibe su cita mediante e-mail o SMS.

2. Señalización: bloque obstétrico.

3. Información: Mejora de la información de las pantallas de Nemoq. Instalación de Nemoq en bloque obstétrico y en cc. ee. de hospital de día. (no realizada)

4 y 5: Infraestructuras: rebajar acera de acceso del Servicio de rehabilitación (no realizada) y revistas en salas de espera.

HOSPITALIZACIÓN

6. Restauración: nuevos menús calibrados.

7. Comodidad y confort: mejoras en neonatología y hospitalización pediátrica.

URGENCIAS

8. Comodidad y confort: disposición de más mantas y almohadas para el paciente y familiar, reforma de la sala de espera y observación en las urgencias pediátricas y revegetación de la entrada de urgencias (no realizada).

9. Tiempos de espera: proyecto 30 minutos.

CIRUGIA AMBULATORIA

10. Mejora del circuito de preanestesia: consulta de alta resolución en preanestesia (en una misma consulta se realiza la extracción y el electrocardiograma y en la sala contigua la Rx).

11. Comodidad y confort: aumento temperatura de la sala de espera de pacientes previa a la cirugía.

12. Información: información escrita previa a la cirugía de las intervenciones más comunes.

TODO EL HOSPITAL

13. Control del ruido: Acciones dirigidas a sensibilizar e informar del nivel de ruido en todas las áreas. y. a conseguir un hospital silencioso. Instalacion sonómetros en diferentes áreas del hospital (no realizada). Cartelería.

Fuentes de evidencia, análisis y valoración:

Se comprobaron, mediante observación directa, las líneas 2 y 5.

No se pudieron comprobar, aunque se vieron "in situ", aquellas líneas que se refieren a mejoras, al desconocerse la situación anterior, líneas 7, 8 y 11.

Se comprobaron documentalmente las líneas 6 (nuevos menús calibrados), 12 (información escrita previa a la cirugía de las intervenciones más comunes en CGD y Urología) y 13 (acciones dirigidas a sensibilizar e informar del nivel de ruido en todas las áreas y a conseguir un hospital silencioso). Se visualizan carteles específicos recordando el silencio.

Se constató mediante observación directa y demostración del procedimiento las líneas 1 (cita center), 9 (proyecto 30 minutos en el área de urgencias) y 10 (consulta de alta resolución en preanestesia).

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 4

Obligadas:

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

Optativas

- Difusión de actividades del Comité de Calidad Percibida NO
- Formación de profesionales en Calidad Percibida NO
- Colaboración/Participación con la Comunidad NO
- Mejora de la información a pacientes y/o familiares Sí
- Otras Sí

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cuatro líneas de actuación.

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Tres líneas

Líneas de Actuación y Verificación:

Las cuatro líneas que a continuación se refieren son las elegidas para el año 2014 por lo que se consigna NO en los anteriores apartados de difusión y formación que fueron objetivos en anteriores años. Asimismo, se nos hace énfasis, por parte de nuestros interlocutores, que la colaboración con la Comunidad es un objetivo estratégico del HUIE, pero que no se encomienda al CCP.

Línea 1: Conocer la opinión de pacientes y/o familiares sobre aspectos de la atención sanitaria a través de la realización de técnicas cualitativas (línea obligatoria).

Se ha desarrollado un estudio cualitativo de pacientes del área de hospitalización para analizar el ruido (diurno y nocturno) y la comida. Esta línea es coincidente con la recogida en el apartado anterior, siendo el CCP el responsable de su estudio e implantación. Se verificaron documentalmente los menús calibrados y los documentos tendentes a formalizar un hospital sin ruido que se inician con el informe que se realizó a la Dirección del Centro para implantarlo donde obra el estudio/análisis cualitativo que se realizó para conocer la opinión de pacientes hospitalizados y las acciones que se han efectuado (reubicación del personal en los cambios de turno, reuniones de sensibilización...etc.). Mediante observación directa se constató la existencia de cartelería al efecto.

Línea 2: Mejora de la estancia en Hospitalización Pediátrica.

Proyecto tenis, en el que un monitor acude semanalmente a jugar al tenis con los pacientes pediátricos, adaptándose a la situación clínica e infraestructura. Se constata mediante el convenio firmado entre las partes.

Cuenta cuentos para pacientes pediátricos, un voluntario acude semanalmente a relatar cuentos o realizar actividades lúdicas con los niños hospitalizados como globoflexia o papiroflexia.

Little E, libro de entretenimiento para los pacientes pediátricos en el que al ingreso se le facilita al niño, con pasatiempos infantiles e información clínica adaptada. Se vieron los ejemplares.

Línea 3: Desarrollo de mejoras de cara a incrementar la calidad percibida

Mejoras de señalización (renumeración de las habitaciones de nuevas consultas)

Mejora en las infraestructuras (continuación del retapizado y reposición de sillones, cortinas en sala de lactancia, nuevos ambientadores en áreas pediátricas, incremento en el número de bancadas, disposición de tv en sala de tratamientos, ...)

En ambas acciones, aunque se vieron "in situ", no se pudo comprobar la mejora al desconocerse la situación anterior.

Enunciar Línea 4: Mejora en el proceso de citación

Puesta en marcha de CITA CENTER: Sistema mediante el cual el paciente al finalizar su consulta evita tener que acudir a ventanilla de admisión para ser citado. El paciente elige el canal por el que quiere ser informado de sus citas o posibles reprogramaciones. Se comprobó mediante observación directa y demostración del procedimiento simulando un caso.

D.-Gestión de Calidad

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 4
- Han desarrollado una línea de Coordinación con Atención Primaria.....NO
- Se celebran reuniones semestrales con Atención PrimariaSÍ

Observaciones y Comentarios

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

Una de estas líneas debe ser de Coordinación con Atención Primaria, e incluir una reunión por semestre.

Líneas de Actuación y Verificación: Se han propuesto cuatro (4) líneas. Cada línea cuenta con distintas acciones:

Línea 1: Coordinación con Atención Primaria. Se proponían tres acciones:

1.a: Formación de profesionales de atención Primaria: Queda pendiente la formación de personal de atención primaria.

1.b: Acceso a carpeta informática desde Atención primaria: en implantación.

1.c: Participación en las Jornadas de actualización en Lactancia Materna de la zona suroeste de Madrid: Asistencia a la 1º jornada de LM por parte del Presidente de la Comisión de LM en calidad de Moderador, y de otros miembros de la Comisión en calidad de Oyentes.

Línea 2: Formación de Profesionales del Hospital.

2.a: Curso elemental: se realiza en octubre de 2014 para personal de quirófano.

2.b: Curso de Actualización en LM (acreditado): retrasado por necesidades asistenciales.

Línea 3: Indicadores de Lactancia materna.

3.a: Desarrollo de nuevos indicadores en el puerperio inmediato y su aplicación en el último trimestre del año:

3.a.1.:Tiempo de piel con piel

3.a.2.:Inicio de lactancia materna en primera hora de vida: se han empezado a tomar datos desde marzo 2014.

Línea 4: Mejora de infraestructuras

4.a. Sala de lactancia en área de Urgencias Pediátricas: se procede al acondicionamiento de un espacio en urgencias destinado a la atención del lactante que acude a urgencias.

Fuente de evidencia, análisis y valoración:

1ª línea. Coordinación con Atención Primaria: la única acción completada es la participación en las Jornadas de Actualización en Lactancia Materna, de la que se nos aporta el programa de las jornadas donde consta el presidente de la Comisión de LM en calidad de moderador, el resto de acciones, según informa el HUIE, no se han implementado en 2014. A nuestro juicio es una acción demasiado inespecífica como para entender que con ella se cumple el objetivo. 2ª línea. Formación de Profesionales del Hospital: se aporta la relación y firma de asistencia de personal de quirófano (son los mismos que están en el paritorio) que asistieron al mismo. Entendemos que la acción es válida y queda documentada.

3ª línea. Desarrollo de nuevos indicadores en el puerperio inmediato: se nos aporta copia de los indicadores. Entendemos que la acción es válida y queda documentada.

4ª línea. Sala de lactancia en área de Urgencias Pediátricas: se constata su existencia mediante visita a la misma.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 4

Obligadas:

- Evaluación del Dolor Sí
- Atención al Dolor Agudo Sí
- Atención al Dolor Crónico Sí
- Coordinación con Atención Primaria* NO

*(Para Hospitales de los grupos 1,2 y 3)

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cinco líneas de actuación (una de coordinación con Atención Primaria)

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Tres líneas de actuación

Líneas de Actuación y Verificación:

Línea 1: Evaluación del dolor (línea obligatoria): El sistema informático recoge como ítem obligado la valoración del dolor. Siendo esta evaluación del 100% en el área de hospitalización y en CMA, en el área de urgencias se aproxima a esta cifra.

Línea 2: Atención al dolor agudo (línea obligatoria): Se han desarrollado protocolos para el tratamiento del dolor en el Triage de urgencias, dolor postoperatorio, dolor en el paciente pediátrico y protocolo de tratamiento del dolor al paciente hospitalizado.

Línea 3: Atención al dolor crónico (línea obligatoria): Se han establecido unos criterios de derivación hacia las consultas de dolor crónico.

Línea 4: Coordinación con Atención Primaria (línea obligatoria para hospitales de grupos 1,2 y 3): Se han realizado reuniones "no formales" con algunos centros de primaria, sobre todo para valoración y tratamiento de dolor crónico.

Línea 5: Existe un proyecto corporativo la "e-consulta" que va hacer posible la comunicación a través de la red entre profesionales de Atención Primaria y Especializada. En los pacientes que han sido intervenidos de forma ambulante, les realizan una llamada a las 24 horas en la que se les hacen una serie de preguntas y una de ellas es el dolor.

Fuente de evidencia, análisis y valoración:

Línea 1: Evaluación del dolor (línea obligatoria): Se nos muestra el programa informático, en la valoración de enfermería se aprecia el ítem 5ª constante que se refiere al dolor. Entendemos que la acción es válida y queda documentada.

Línea 2: Atención al dolor agudo (línea obligatoria): Aportan los protocolos para el tratamiento del dolor en el Triage de urgencias, dolor postoperatorio, dolor en el paciente pediátrico y protocolo de tratamiento del dolor al paciente hospitalizado. Entendemos que la acción es válida y queda documentada.

Línea 3: Atención al dolor crónico (línea obligatoria): Se han establecido unos criterios de derivación hacia las consultas de dolor crónico. Se nos aporta documentalmente los criterios de derivación, algoritmos de decisión, señales de alarma...etc., estos documentos son conocidos por todos los servicios y se encuentran en la intranet del hospital. Entendemos que la acción es válida y queda documentada.

Línea 4: Coordinación con Atención Primaria (línea obligatoria para hospitales de grupos 1,2 y 3): Se han realizado reuniones "no formales" con algunos centros de primaria, sobre todo para valoración y tratamiento de dolor crónico. No existe ningún documento que acredite las reuniones a las que se alude. A nuestro juicio es una acción demasiado inespecífica y no está documentada como para entender que con ella se cumple el objetivo.

Línea 5: Proyecto e-consulta: En los pacientes que han sido intervenidos de forma ambulante, se les realiza una llamada a las 24 horas en la que se les hacen una serie de preguntas y una de ellas es el dolor. No se aporta constancia documental de las llamadas ni registro de las mismas. A nuestro juicio no se cumple el objetivo.

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 10

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos tres acciones de mejora en activo durante 2014, ratificadas por la D.G. de Atención al Paciente

Acciones de Mejora y Verificación: Se han implantado 12 acciones de mejora que se relacionan a continuación:

1. Revisión del Protocolo de úlceras por presión: verificación en seguridad del paciente
2. Disposición de productos sin gluten: verificación en calidad percibida (menús calibrados)
3. Formación en trato y tratamiento al personal del HUIE: verificación en seguridad del paciente (formación)
4. Revisión diaria de jabón en los WC.
5. Incremento del retén en la urgencia para pacientes.
6. Mejora del área WIFI.
7. Incremento de bancadas en el Servicio de Extracciones.
8. Mejora del circuito de extracciones con el seguimiento diario de incidencias.
9. Solicitud a los Centros de Salud para que no deriven analíticas solicitadas por AP a nuestro centro con objeto de no colapsar el Servicio de Extracciones..
10. Teléfono directo para realizar cambio de citas.
11. Cambio del circuito de custodia de objetos personales de los pacientes en la urgencia.
12. Quirófano libre de latex: verificación en seguridad del paciente

Muchas de estas acciones se repiten en otros apartados constando en ellos la verificación efectuada (líneas 1,2, 3 y 12), en otros la verificación no es procedente (Revisión diaria de jabón en los WC, Mejora del área WIFI). Por otro lado, los cambios organizativos y las propuestas de mejora son difícilmente valuables ya que se desconoce la situación de partida (líneas 5,7,8 y 11) por lo que la documentación aportada, que sólo hace referencia a la situación instaurada, no permite la comparación con la anterior.

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)..... 5108/5204= 98,16%

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 la Guía de Acogida se registra en la Hª Clínica Electrónica en un apartado específico, se nos refiere que se entrega por el personal de enfermería que recibe al paciente cuando ingresa en planta.

Se gira visita a las plantas de hospitalización médica y quirúrgica, viéndose tres y dos habitaciones respectivamente, se comprueba la existencia de la Guía de Acogida en todas las habitaciones. En el área quirúrgica el personal de enfermería hace entrega de la guía (enfermera o auxiliar), quien recibe al paciente hace entrega al los familiares y/o paciente de dicha guía. En la planta de hospitalización médica refieren que al preparar la habitación la auxiliar deja en la mesilla la guía.

La Guía de Acogida va firmada por el anterior Consejero de Sanidad, Javier Fernández - Lasquetty.

No se evidenció un registro específico diferenciado en las plantas de hospitalización para registrar la entrega de este documento.

Como mejora se efectúan cortes observacionales de periodicidad trimestral. La observación se efectúa el mismo día en todas las plantas de hospitalización y sin avisar de que se va a hacer el corte, los resultados, aunque difieren de los oficiales, no representan un desvío importante de los oficialmente aportados (371 evaluados, 318 con guía comprobada, 29 no se pudo evaluar y 24 manifestaron no haberla recibido) ya que representa una entrega comprobada del 93,6.

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)..... $3/3 = 100\%$

SMQP= Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos

NTS: Nº total de Servicios Médicos y Quirúrgicos.

Observaciones y Comentarios

Meta: Estar implantados en el 95%

Verificación: Se nos hace entrega de los distintos protocolos que están refundidos en un único documento. Los protocolos se realizaron por el Grupo de Mejora y Dirección Médica y se aprobaron por la Comisión de Calidad y la Gerencia del Hospital en Octubre de 2009, se han actualizado en Diciembre de 2012.

En la visita a las plantas de hospitalización médica y quirúrgica manifiestan que la información del proceso, en ambas áreas, se suele dar a pie de cama en el tiempo de visita. Si algún familiar requiere información, bien fuera de ese tiempo reservada, ésta se produce en el despacho médico que está habilitado en cada bloque. Habiéndose constatado la existencia de estos espacios.

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

- Índice (Nº 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: Se efectuaron cortes observacionales de periodicidad trimestral en pacientes que eran dados de alta, encontrándose en el cien por cien de los casos Guía de Información al Alta.

Se gira visita a las plantas de hospitalización médica y quirúrgica, entrevistando a enfermeras y facultativos objetivándose que no hay un método reglado para la entrega de la Guía, si bien el procedimiento más común es que el facultativo entregue la Guía de Información al Alta cuando procede a la misma, incluyendo en ella todos los items que se relacionan en la misma y especialmente el informe de alta médico, la hoja de medicación, las recetas necesarias y la cita para consultas externa. Posteriormente, al saber la enfermera que el paciente se va de alta introduce el informe de enfermería al alta y verifica si lleva la documentación necesaria. Esta sistemática nos fue referida por los profesionales de ambos bloques.

No se evidenció un registro específico diferenciado en las plantas de hospitalización para hacer constar la entrega de este documento, estando previsto que en la Hª Clínica Electrónica conste un apartado específico para este ítem.

Para mejor proveer, respecto a la cita para consultas externas, se comprueban en el Servicio de Admisión, de manera aleatoria, diez (10) pacientes dados de alta la semana anterior a nuestra visita, encontrando que todos tienen cita ya programada en Consultas Externas.

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

- Índice (Nº de Guías de Atención al Duelo entregadas / total de éxitus x 100) 100

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: La Guía de Atención al Duelo se entrega por la empresa funeraria concesionaria del HUIE, llevándose un registro personalizado de todos los éxitus.

Refiere la representante de la empresa funeraria concesionaria del HUIE que en dos casos no se ha podido entregar por ser pacientes sin familiares, pero que no se han contabilizado al no ser posible su cumplimiento.

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 promotorSí
- Tiene el Visto Bueno de la Comisión Técnica de Coordinación de la Información*Sí
- Figura la fecha del Visto BuenoSí
- Figura la fecha de inicio de difusiónSí
- Figura, en su caso, la fecha de retirada o revisiónSí
- Porcentaje de documentos informativos*90/90 = 100%

**(Nº de documentos informativos incluidos en registro/Nº de documentos aprobados por la Comisión)*

Observaciones y Comentarios

Meta: Que el registro incluya el 95% de los documentos informativos relacionados que circulan en el hospital.

Verificación: El registro es responsabilidad de la Jefatura de Admisión y recoge todos los documentos que han sido difundidos en el Hospital desde que se creó el registro. En 2014 se incluyeron trece (13) documentos de los cuales cuatro (4) fueron aprobados y difundidos por la Comisión de Documentos y ratificados por la Dirección del Centro, cinco (5) venían autorizados por la Dirección de Atención al Paciente y los cuatro (4) restantes eran folletos del Ayuntamiento de Valdemoro y de asociaciones de enfermos. Se verificó mediante observación directa del registro informatizado.

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

- Número de acciones de mejora implantadas 5
- 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 han realizado cinco (5) acciones. Cada una de ellas incluida en uno de los apartados anteriores. Se verificó con la Jefa del Servicio de Admisión las acciones de mejora implantadas constatándose la realización de todas ellas. Se expone a continuación cada una de las líneas y su verificación:

1. Gestión de citas:

Creación de una agenda de pruebas de laboratorio para pacientes oncológicos con el objetivo de disminuir las esperas de este tipo de pacientes.

Verificación: documental, de pacientes oncológicos que precisaban pruebas de laboratorio y que se citaron sin espera.

2. Consejos nutricionales y 4. Autocuidado:

Realización de un taller de nutrición el día 2 de diciembre para incrementar la información nutricional relacionada con su proceso patológico.

Verificación: documental, de pacientes oncológicos que acudieron al taller.

3. Continuidad asistencial: dos acciones

3.a. Reporte informativo diario de los pacientes oncológicos hospitalizados a los voluntarios de la AECC.

Verificación: muestra de correos remitidos a la AECC.

3.b. Encuentro-café entre profesionales, pacientes oncológicos y voluntarios el 24 de septiembre con el objetivo de tener un momento lúdico y de encuentro fuera de su proceso asistencial.

Verificación: documental, de pacientes oncológicos que acudieron al Encuentro-café.

5. Voluntariado:

5.a. Servicio de Reiki diario en hospital de día con voluntarios de la Fundación Sauce para disminuir el estado de ansiedad del paciente en el hospital de día.

Verificación: documental, del acuerdo firmado con la Fundación Sauce.

5.b. Taller de risoterapia para pacientes oncológicos, en colaboración con la AECC, en noviembre 2014 para olvidarse por un tiempo de su enfermedad.

Verificación: documental, de pacientes oncológicos que acudieron al taller.

2.10.- Aplicación de la Resolución 30/2013 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de acompañamiento de familiares y allegados en el Servicio de Urgencias

- Se aplica la resolución..... Sí
- Porcentaje de áreas en las que se aplica* 4/5 = 80 %
**(nº de áreas del Servicio de Urgencias donde se aplica/nº de áreas del Servicio)*

Observaciones y Comentarios

Meta:

Se debe aplicar en el 50% de las áreas.

La gerencia del centro tiene que disponer de un informe que especifique en qué áreas del servicio de urgencias no ha sido posible aplicarla y por qué motivos.

Acciones de Mejora y Verificación: *En visita realizada al Servicio de Urgencias se evidencia que dos pacientes desorientados se encontraban acompañados de sus familiares en los boxes.*



Conclusiones

A.-Seguridad del Paciente

- ✓ *El hospital cumple los Objetivos excepto:*
- ✓ *El Protocolo de continuidad de cuidados (PCC) en trastorno mental grave infantojuvenil está elaborado pero no se implantó en 2014.*
- ✓ *El porcentaje de pacientes que habiendo realizado tentativa suicida, han sido atendidos en el plazo de una semana o menos ha sido del 85 %, por debajo de la meta del 95%.*

B.- Indicadores de Efectividad

- ✓ *El hospital cumple los Objetivos salvo:*
- ✓ *La Dirección ha elaborado un Informe en el que se expone que se han analizado los datos del Observatorio, pero no se han definido cronogramas y sólo en un caso de tres se nombró responsable.*

C.- Calidad Percibida

- ✓ *El hospital cumple todos los Objetivos.*

D.- Gestión de la Calidad

- ✓ *El hospital cumple los Objetivos excepto:*
- ✓ *En la Lactancia Materna no se ha implantado ninguna línea de coordinación con Atención Primaria, la única acción completada es demasiado inespecífica, jornada de lactancia materna, como para entender que con ella se cumple el objetivo.*
- ✓ *En la Atención al dolor, como en el caso anterior, no se ha implantado ninguna línea de coordinación con Atención Primaria.*

E.- Información y Atención al Paciente

- ✓ *El hospital cumple los Objetivos excepto:*
- ✓ *La Guía de Acogida va firmada por el anterior Consejero de Sanidad, Javier Fernández - Lasquetty. No se evidencia un registro específico diferenciado en las plantas de hospitalización para registrar la entrega de este documento.*
- ✓ *En relación a la Guía de Información al Alta no existe un registro específico en las plantas de hospitalización para hacer constar la entrega de este documento.*
- ✓ *La Guía de Atención al Duelo se entrega por la empresa funeraria concesionaria del HUIE. .*