
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Información y Atención al Paciente Hospitalares

Centro Sanitario
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

Fecha: Marzo - Abril 2016

Plan de Evaluación 2015-2016

Equipo de Evaluación

CARMEN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ
M^a LUZ TRILLA SUÁREZ

Índice

	<u>Página</u>
1. Introducción.....	4
1.1. Justificación.....	4
1.2. Objetivos.....	4
1.3. Metodología y Actuaciones	5
2. Indicadores de Seguridad y Calidad	7
2.1. Seguridad del Paciente.....	7
2.2. Indicadores de Resultados	17
2.3. Calidad Percibida.....	18
2.4. Gestión de la Calidad	20
2.5. Información y Atención al Paciente	24
3. Conclusiones	31

1. Introducción

1.1. Justificación.

La Subdirección General de Calidad Asistencial, la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria y la Subdirección General de Información y Atención al Paciente, dependientes de la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, coordinan los Objetivos de Calidad y de Información y Atención al Paciente, que con carácter anual se establecen para los diferentes hospitales de la red pública.

Se trata de objetivos que se traducen en una serie de indicadores o metas, cuyo cumplimiento verifica el Área de Evaluación Sanitaria, conforme figura en los vigentes Planes de Inspección de Sanidad, de la Dirección General de Inspección y Ordenación de la Consejería de Sanidad.

1.2. Objetivos del Programa.

- 1. Verificar el cumplimiento de los objetivos coordinados por la Subdirección General de Calidad: Seguridad del Paciente*, Indicadores de Resultados, Calidad Percibida y Gestión de la Calidad.*
- 2. Verificar el cumplimiento de los objetivos coordinados por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria: Entrega de Guías, Protocolos de Información Asistencial, 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. Verificar el cumplimiento de los objetivos coordinados por la Subdirección General de Información y Atención al Paciente: Acciones de mejora derivadas de las reclamaciones, Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria*

**Los objetivos de Seguridad del Paciente, en lo que se refieren a Salud Mental, están coordinados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.*

1.3. Metodología y Actuaciones.

El equipo evaluador se desplazó al Hospital Infanta Elena de Valdemoro los días 31 de marzo y 1 de abril de 2016 para realizar el trabajo de campo.

1.3.1. Entrevistas.

Se llevaron a cabo las siguientes:

- 1.- Coordinadora de Calidad.
- 2.- Coordinador Asistencial del Área Médica.
- 3.- Directora y Subdirectora de Enfermería.
- 4.- Supervisores de Enfermería del Área de Urgencias y Consultas Externas.
- 5.- Jefa de Área de Atención al Paciente.
- 6.- Responsable de Salud Mental y Trabajadora Social Programa Continuidad de Cuidados (PPC).
- 7.- Responsable del Comité de Atención al Dolor.
- 8.- Responsable de Seguridad del Paciente en el año 2015 y nueva Responsable en el 2016.
- 9.- Responsable de Seguridad del Paciente en Anestesiología y de Enfermería en el Bloque Quirúrgico.
- 10.- Responsable de Seguridad del Paciente en Radiodiagnóstico.
- 11.- Coordinador de Urgencias.

1.3.2. Análisis Documental.

- Historias clínicas para Lista de Verificación Quirúrgica.
- Historias clínicas de Salud Mental: Programa de continuidad de Cuidados en el Trastorno Mental grave Infanto-juvenil y Programa detección y continuidad asistencial de pacientes con riesgo suicida.
- Historia clínicas para evaluar implantación de escalas de dolor.
- Listados de cursos de formación.
- Actas de reuniones.

1.3.3. Observación Directa.

- Visita al Área de Urgencias.
- Visita a las plantas de hospitalización médica y quirúrgica.
- Visita al área de consultas externas.
- Visita al Hospital de Día Oncohematológico.

2. Indicadores de Seguridad y Calidad

2.1. Seguridad del Paciente.

2.1.1. Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro.

- Nº de objetivos implantados, de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente.....24

Objetivos Obligatorios:

- Uno de los objetivos se refiere a seguridad en el área de urgenciasSí
- Uso de radiaciones ionizantesSí
- Se han establecido prácticas para reducir la infección en tracto urinarioSí

Observaciones y Comentarios

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

Verificar los tres obligatorios, mediante visita, protocolos, registros, material, etc., según proceda.

Objetivos y Verificación:

Se evaluaron los siguientes objetivos:

1.- Uso seguro de radiaciones ionizantes.

Se verifican las hojas de firmas de:

- Una sesión de una hora de duración, impartida por el Servicio de Protección Radiológica de la Fundación Jimenez Díaz para el personal del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital.

- Una sesión de una hora de duración, impartida por el médico Responsable de Seguridad en Radiagnóstico para los facultativos del Servicio.

- Una sesión de una hora de duración impartida por el Técnico Responsable de Seguridad en Radiodiagnóstico para los TER del Servicio.

Se constata la existencia de protocolos para la optimización de la dosis de radiación recibida por los pacientes en el TC. Los protocolos están disponibles desde el año 2015 en cada uno de los equipos.

2.- Prácticas para reducir la infección en el tracto urinario:

- Se constata la existencia del protocolo que incluye instrucciones en relación con la indicación y la técnica a realizar. Fue elaborado en febrero y revisado en julio 2015.

La difusión se realizó mediante sesiones clínicas a los médicos y al personal de enfermería de los servicios con más utilización del procedimiento.

3.-Seguridad en el área de Urgencias:

3.1.- Elaboración y uso de un protocolo de indicaciones adecuadas de TC en traumatismo craneal leve.

Se verifica la existencia de dicho protocolo confeccionado en septiembre de 2015 y en noviembre de 2015 se difundió incluyéndolo en la carpeta compartida. Está prevista la realización de una evaluación o estudio de la aplicación del mismo a lo largo del año 2016.

3.2.- Elaboración y uso de un listado de verificación en el cambio de turno médico matinal.

Se constata la existencia de una hoja de verificación confeccionada al efecto, en ella figura la relación de pacientes del área médica que permanecen en urgencias tras el cambio de turno, es firmada por el médico entrante y el saliente.

La relación de pacientes viene recogida por áreas e incluye los datos clínicos más relevantes de cada uno de ellos.

3.3.- Implantación del uso de la pulsera identificativa con un clip para los pacientes con riesgo de caídas.

En el momento de la visita al área de urgencias no había pacientes susceptibles de llevar la pulsera de caídas. Sí se pudo comprobar el procedimiento, que consiste en adosar un clip de color rojo a la pulsera de identificación que llevan los pacientes. No obstante, en la visita a las plantas de hospitalización pudo verificarse la existencia del clip en la pulsera de una paciente que estaba ingresada.

2.1.2. Despliegue de los objetivos de seguridad del paciente en los Servicios o Unidades.

- Número de Servicios o Unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente, uno de los cuales, debe ser impartir como mínimo una sesión22
- El Servicio o Unidad cuenta con responsable de seguridad nombrado, que participa en la elaboración de esos objetivosSÍ
- Número Total de Servicios o Unidades26
- Índice SCU2S/NTSU*10084,62

SUC2S= Servicios/Unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente

NTSU= Número Total de Servicios o Unidades

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si >80% de Servicios o Unidades. No alcanzada si <70%, en cuyo caso han de elaborar propuesta de mejora.

Los objetivos deben ser propios del servicio o unidad, no es válida una sesión general hospitalaria sobre seguridad, ni tampoco las que en el servicio en cuestión, imparta otra unidad ajena, como por ejemplo la UFGR.

Verificar por medio de actas, nombramientos, registros, correos, presentaciones y contenido de la sesión, etc., según proceda.

Verificación:

Verificados los objetivos de tres servicios: Medicina Interna, UCI y Cirugía General.

En la entrevista con el Responsable de Seguridad del Paciente, informa de la metodología para la confección de los objetivos, siendo necesariamente uno de ellos una acción formativa y el otro dirigido a suprimir una acción innecesaria. Se enumeran a continuación:

UCI

0. Evitar una intervención innecesaria (línea 7 estrategia del SERMAS). Se ha dejado de hacer la Rx simple de tórax a todos los pacientes de rutina.

1. Aumentar la cumplimentación de la Hoja de Seguridad en UCI. El objetivo consiste en aumentar en un 10% el grado de cumplimentación de la misma con respecto a los resultados obtenidos en el último trimestre de 2014.

2. Disminuir úlceras de grado II de origen intrahospitalario de los pacientes ingresados en UCI.

3. Aumento de un 10% de cumplimentación del listado de verificación de Objetivos.

4. Implantación de Proyecto de Analgesia y Sedación en UCI. Objetivo creado con el fin de establecer un procedimiento para reducir la incidencia de agitación y delirio en los pacientes ingresados. Consiste en elaborar, difundir e implantar un protocolo de analgesia y sedación.

Se comprobaron los documentos que recogen la descripción de los objetivos. Además se verificaron las hojas de firmas de los asistentes a las sesiones realizadas.

Cirugía General

1.- Verificación médica de la situación clínica antes del alta de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica, hemitiroidectomía y paratiroidectomía en régimen de CMA.

2.- Eliminación de la profilaxis antibiótica en la hernioplastia inguinal laparoscópica.

Se comprobaron los documentos que recogen la descripción de los objetivos. Además se verificaron las hojas de firmas de los asistentes a las sesiones realizadas.

Medicina Interna

El control de la anticoagulación oral en pacientes ingresados.

Se comprobaron los documentos que recogen la descripción de los objetivos. Además se verificaron las hojas de firmas de los asistentes a las sesiones realizadas.

2.1.3. Realización de Rondas de Seguridad.

- Número de Rondas realizadas 6
- Las Rondas están documentadas Sí
- Se han realizado, al menos, dos visitas UCI Sí
- Se ha realizado, al menos, una visita a Urgencias..... Sí
- Se ha realizado, al menos, una visita al Bloque Quirúrgico Sí
- Participaban miembros del equipo directivo Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: *Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cuatro rondas de seguridad documentadas y con temáticas vinculadas a seguridad del paciente. 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 debe participar algún miembro del equipo directivo (gerente, directores, subdirectores o similares).

Hospitales grupos 1,2 y 3: Verificar las realizadas en Bloque Quirúrgico, Urgencias y UCI.

Resto: Las rondas realizadas.

Verificación:

Rondas realizadas:

- urgencias
- paritorio
- bloque quirúrgico
- neonatología
- UCI (2)

Para cada ronda se realizan tres reuniones con sus correspondientes actas. Se comprueba mediante la revisión de las mismas.

Se verifica que se llevan a cabo en el Servicio correspondiente y acuden miembros del equipo directivo, así como, que el contenido de las mismas hace referencia a temas de seguridad del paciente.

2.1.4. Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos.

- Se ha realizado en 2015 la autoevaluación con herramientas OMS..... Sí
- Número de planes de acción desarrollados conforme las áreas de mejora detectadas 11
- Uno de los planes se refiere a formación de profesionales de nueva incorporación Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: *Implantar, al menos, dos planes de mejora de higiene de manos, uno de los cuales debe ser de formación a profesionales de nueva incorporación.*

Verificar únicamente la formación a los profesionales de nueva incorporación: mediante firmas de asistencia, controles, presentaciones, correos, programaciones, etc.

Planes y Verificación:

Se han desarrollado 11 planes de acción, siendo uno de ellos la formación a profesionales de nueva incorporación.

- Se realizan sesiones semanales dirigidas a los diferentes servicios para personal médico y de enfermería.

- Se organiza también una sesión para personal no sanitario (mantenimiento, seguridad, etc.)

- En verano se imparte una edición extra dirigida especialmente al personal de suplencias.

- A final de año se realiza otra para todo el personal interesado que no pudo acudir a las anteriores.

Se verifica mediante revisión de las hojas de firmas. A las sesiones acuden tanto el personal de nueva incorporación como cualquier miembro del servicio que lo desee

2.1.5. Utilización de la hoja de verificación quirúrgica (intervenciones programadas).

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas* 100)..... 92%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra).....58
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nº total intervenciones muestra)..... 100%

Observaciones y Comentarios

Meta: *Alcanzada si >85%, no alcanzada si <70%, en cuyo caso se ha de elaborar propuesta de mejora.*

Verificar los registros de todas las intervenciones programadas el 19 de noviembre de 2015.

Verificación:

Se solicitó un listado con los pacientes incluidos en el parte quirúrgico del día 19 de noviembre de 2015, que eran 92. De éstos, se seleccionó inicialmente una muestra de 60 pacientes, estratificada por servicios de la siguiente manera: oftalmología 8, ginecología 9, cirugía general 8, cirugía pediátrica 10, traumatología 11 y urología 14. Dos de las intervenciones quirúrgicas programadas se suspendieron por lo que se excluyen de la muestra.

La metodología para la cumplimentación del LVQ es que se recogen en papel los items correspondientes a la fase "anterior a la entrada a quirófano", que según manifiestan se firma por el cirujano, anestesista y enfermera. Posteriormente, el personal de enfermería lo transcribe en el programa Casiopea y después se destruye el documento.

Se verifica, mediante revisión en el programa de historia clínica, la existencia y cumplimentación correcta de la muestra seleccionada.

Todos los pacientes intervenidos tienen el LVQ correctamente cumplimentado.

2.1.6. Implantación del sistema de identificación inequívoca mediante pulse-ras en Urgencias.

- Índice dado por hospital (nº de pacientes con pulsera/nº total pacientes es-tudiados*100) 100%
- Observación directa: nº de pacientes con pulsera/nº de pacientes verifica-dos*100..... 100%

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada $\geq 90\%$. No alcanzada si $< 80\%$, en este caso elaborar propuesta de mejora.

Se verifica a través de la observación directa del equipo evaluador en el Ser-vicio de Urgencias.

Verificación:

Se realiza visita al Área de Urgencias, verificándose que todos los pacientes llevan la pulsera identificativa.

2.1.7. Mejora de la continuidad asistencial en el trastorno mental grave infanto-juvenil.

- Se ha elaborado el Informe de ImplantaciónSÍ
- El informe recoge:
 - Número de pacientes incluidosSÍ
 - Número de Consultas de Psiquiatría.....SÍ
 - Número de Consultas de Psicología.....SÍ
 - Número de Consultas de Enfermería..... NO
 - Número de Consultas de Trabajo SocialSÍ

Observaciones y Comentarios

Meta: Informe de implantación, que debe describir la actividad del Programa.

Ver informe de implantación y comprobar si existen fichas de continuidad de cuidados cumplimentadas.

Verificación:

En la entrevista mantenida con la responsable de salud mental y la trabajadora social del PCC se analiza el informe correspondiente al Protocolo de Continuidad de Cuidados en trastorno mental grave infanto-juvenil y se comprueba que coincide el número de consultas que consta en el informe con el registrado en la historia clínica.

Se constata que se cumplimentan las fichas de continuidad, que posteriormente archiva la trabajadora social. No se incorpora en la historia clínica toda la información contenida en la misma. Como consecuencia de ello, en las historias no se recoge explícitamente la inclusión del paciente en el PCC.

Según consta en el informe, no existe consulta de enfermería en el PCC, aunque el responsable expone que se va a incorporar un enfermero de salud mental en 2016.

2.1.8. Mejora de la detección y la continuidad asistencial de los pacientes con riesgo suicida.

- Disponen de protocolo de evaluación del riesgo suicida en urgencias psiquiátricas.....SÍ
- Está implantado el Checklist en el protocolo de evaluación de riesgo suicida.....SÍ
- Porcentaje de pacientes con Checklist de riesgo suicida64,83%

- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en un Servicio de Salud Mental en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria94,50%

Observaciones y Comentarios

Metas: Informe de implantación del Checklist de riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas: Debe contener la descripción de las actividades realizadas y el número de pacientes en los que se utiliza el Checklist con respecto al total atendido en urgencias con tentativa suicida.

Se verifica a través de la revisión de los listados de verificación cumplimentados (registros, historias clínicas, etc.)

Seguimiento: 100% de los pacientes con potencial riesgo suicida deben tener cita en el Centro de Salud Mental, en el plazo máximo de una semana desde el alta hospitalaria.

Se verifica a través de muestra significativa de historias clínicas (informes de alta) y fechas de cita de los pacientes (agendas ARSUIC) del último trimestre del año 2015. Si no fuera posible comprobar con ese carácter retroactivo, verificar las agendas ARSUIC en vigor en el momento de la evaluación.

Verificación:

Existe un protocolo de suicidio aprobado en junio de 2015, que incluye todos los items del listado.

En la documentación evaluada (historia clínica electrónica de psiquiatría) se observa que la cumplimentación del listado se realiza en la primera consulta.

El Hospital Universitario Infanta Elena no tiene guardia de Psiquiatría. Los psiquiatras acuden a la urgencia sólo si se solicita su asistencia dentro de su jornada laboral. Por este motivo, muchos de los pacientes con intento de suicidio proceden de la urgencia de otros centros o bien han sido atendidos en la urgencia del hospital, sin existir en todos los casos una valoración realizada por el psiquiatra, por lo que no se puede cumplimentar el listado por el especialista.

Se verifica mediante la revisión de 10 historias clínicas la fecha de cita de consulta, que en todos los casos es menor de 7 días. La selección de historias se ha hecho entre los pacientes que han realizado tentativas de suicidio con items de riesgo suicida de junio a diciembre de 2015, que son 18 casos. Se descartaron los meses de enero a mayo porque, según informa el centro, en mayo se realizó el cambio de programa informático de historia clínica (Casiopea) y la información no se ha migrado completamente.

Los porcentajes recogidos en el informe corresponden a los que el centro facilitó a la SGC.

2.1.9. Actualización del Protocolo de inmovilización terapéutica (en salud mental).

Disponen de protocolo de inmovilización terapéuticaSí
Fecha de la última actualizacióndiciembre 2015

Observaciones y Comentarios

Meta: Disponer de protocolo actualizado

Verificación:

Se comprueba la existencia de protocolo de inmovilización terapéutica, realizado en 2009 y actualizado en diciembre de 2015.

Se trata de un documento conjunto para los 4 hospitales del grupo.

La actualización ha consistido básicamente en la incorporación al mismo de un diagrama de actuación en urgencias y la definición de quién debe dirigir el proceso y autorizarlo.

2.2. Indicadores de Resultados.

2.2.1. Revisión Observatorio de Resultados.

- El equipo directivo del hospital se ha reunido para revisar los resultados del ObservatorioSÍ
- Los resultados del Centro han alcanzado los niveles suficientes NO
- En caso negativo, se han revisado conjuntamente con los profesionales implicados.....SÍ
- Ha sido necesario establecer áreas de mejoraSÍ
- Las áreas de mejora cuentan con responsable, actuaciones y cronogramaSÍ
- Se han revisado con la participación de Medicina Preventiva, los resultados del Observatorio sobre los indicadores de infección relacionada con la asistencia sanitaria.....SÍ

Observaciones y Comentarios

Metas: Informe de revisión disponible, en el formato preestablecido desde la Subdirección General de Calidad Asistencial

Informe de revisión de indicadores de infección relacionada con la asistencia sanitaria, o bien prevalencia de infección nosocomial en caso de hospitales de media estancia:

Se verifican: constatando que se ha llevado a cabo la reunión de revisión por parte del equipo directivo y que se ha realizado una reunión de revisión con la participación de Medicina Preventiva.

Verificación:

Se verifica mediante las actas, la realización de reuniones de revisión de resultados del Observatorio, por parte de la Dirección con la presencia de la Responsable de Calidad y de Medicina Preventiva.

Las acciones de mejora tienen definido responsable y cronograma.

2.3. Calidad Percibida.

2.3.1. Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2014.

- Número de acciones de mejora implantadas26

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

Se verifica in situ, en una acción seleccionada por el equipo evaluador, y en la relativa al área de urgencias.

Acciones de Mejora y Verificación:

Se verifican mediante visita a las áreas y revisión de los documentos acreditativos, diversas acciones de mejora entre las que se encuentran:

- Mejoras en el área de consultas: Instalación de NEMO Q en sala de espera G1 y en Oncología. Habilitación de nueva sala de espera en G1, sala de espera de Radiodiagnóstico separada para adultos y niños, agrupación de consultas de salud mental en planta 0.

- Mejora de los documentos de información escrita para entregar a los padres, en la urgencia pediátrica para patologías específicas, resaltando la información más relevante.

- Ampliación del número de boxes en urgencias.

- Control de las demoras para primera consulta por debajo de 20 días. Se realiza un informe diario de huecos libres y cuando se acerca a los 20 días se abren nuevas agendas o se reconvierten huecos de sucesivas a primeras, si hubiera disponibles.

2.3.2. Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida.

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 8
- Se han realizado técnicas cualitativas a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria.....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.

Verificar si se han llevado a cabo técnicas cualitativas de opinión (grupos focales, de discusión, entrevistas semiestructuradas, observación, etc.).

Líneas de Actuación y Verificación:

Se verifica mediante entrevista con la Responsable de Información y Atención al Paciente y revisión de la correspondiente documentación, la realización de un estudio cualitativo, mediante la constitución de un grupo de discusión en el año 2015. Estaba previsto para un máximo de 12 participantes, asistiendo finalmente tres personas, a pesar de que se realizaron 255 llamadas.

El grupo seleccionado correspondía a pacientes atendidos en la unidad de CMA.

Los resultados mostraron como posibles áreas de mejora: el circuito de citación, necesidad de mantas en área postquirúrgica y la conveniencia de aumentar la intimidad en la unidad.

2.4. Gestión de Calidad.

2.4.1. Consolidación del modelo EFQM.

- Número de planes de acción implantados 4

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos, tres planes de acción para las áreas priorizadas en la autoevaluación EFQM.

Se verifica comprobando in situ uno de los tres planes de acción puestos en marcha.

Planes de acción y Verificación:

De los 4 planes de acción presentados, uno tenía previsto su inicio en mayo de 2014 y tres en diciembre de 2015.

Se revisan las acciones del plan de acción "benchmarking del sector sanitario a nivel internacional". Mediante entrevista con la Coordinadora de Calidad y revisión de la documentación aportada, se comprueba que se han iniciado actividades con una consultora, que han consistido, hasta la actualidad, en reuniones y recogida de documentación de ámbito internacional.

Se ha comenzado el análisis de indicadores de OCDE y otras instituciones para éste y los restantes planes.

2.4.2. 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 Sí
- Se celebran reuniones semestrales con Atención Primaria..... Sí
- Han desarrollado una línea de actuación para conocer la situación de la lactancia materna en el centro..... Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos cuatro líneas de actuación.

Una de estas líneas debe ser de Coordinación con Atención Primaria, e incluir una reunión por semestre, y la otra, relativa a conocer la situación de la lactancia materna en el Centro (mediante estadísticas, encuestas al alta, etc.)

Verificar únicamente estas dos líneas de actuación.

Líneas de Actuación y Verificación:

En la Comisión de Lactancia hay 5 representantes de Atención Primaria y han mantenido 6 reuniones en el año 2015. Como mejora de la coordinación con Atención Primaria se ha permitido el acceso de los miembros del Comité a la documentación de éste.

El Servicio de Pediatría y la Comisión de Lactancia, en colaboración con Atención Primaria, han planteado un estudio titulado "Lactancia al alta hospitalaria y su seguimiento en Atención Primaria" que estaba previsto iniciarse en 2015, pero que se desarrollará en 2016 por la dificultad en la explotación informática de los datos debido al cambio de programa.

Se ha desarrollado también la línea de actuación para conocer la situación de la lactancia materna en el centro. El formulario de recogida de datos se realiza por enfermería y se introducen en Casiopea. Se comprueba la existencia de una tabla resumen con los datos de marzo a diciembre de 2015.

Entre los datos, cabe destacar el porcentaje de recién nacidos que inician lactancia materna en primera toma, 84,84%. El porcentaje de recién nacidos que inician lactancia materna al alta, 88,26%. El porcentaje de recién nacidos con lactancia artificial al alta es de 10,05%.

2.4.3. Implantación de las escalas de valoración del dolor en los servicios/unidades clínicas.

- Número de servicios/unidades con implantación escalas de valoración del dolor 11
- Número Total de Servicios o Unidades 11
- Índice SUCED/NTSUC*100 100%

SUCED= Servicios/Unidades con escalas dolor

NTSUC= Número Total de Servicios o Unidades Clínicas

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si >75%. No alcanzada si <40%, en cuyo caso han de elaborar propuesta de mejora.

Verificar en un servicio quirúrgico y otro médico, la implantación de la escala.

Verificación:

La valoración del dolor está implantada como 5ª constante en todo el hospital, se utiliza el sistema EVA. Se recoge una vez por turno de enfermería.

Se verifica la implantación de las escalas de valoración del dolor en las unidades de medicina, de especialidades quirúrgicas y en urgencias. También se revisa la unidad de neonatología, en la que se usa una escala específica.

Solo es de cumplimentación obligatoria en urgencias.

Se revisa una muestra de 30 pacientes ingresados en el momento de la evaluación, de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, comprobándose además la cumplimentación obligatoria en urgencias. Se verifica que en todos los casos se recoge la valoración.

2.4.4. Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Atención al Dolor.

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 5

Obligadas:

- Atención al Dolor Agudo.....SÍ
- Atención al Dolor Crónico.....SÍ
- Coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGR), para establecer línea centrada en la seguridad del tratamiento del dolorSÍ
- Coordinación con Atención Primaria*SÍ

**(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, al menos, Atención al dolor agudo, al dolor crónico, y coordinación con las UFGR.

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

Verificar sólo las líneas de coordinación (UFGR y Atención Primaria).

Líneas de Actuación y Verificación:

Se verifican las siguientes líneas:

Coordinación con la UFGR:

- Se ha implantado como campo obligatorio, un formulario para alergia a analgésicos y otros fármacos, en cardiología y preanestesia en 2015. Está previsto que se complete en 2016 en el resto de los servicios.

- El sistema consiste en una marca de alerta que aparece en la historia del paciente, así como la advertencia de la alergia en el momento de la prescripción.

Línea de coordinación con Atención Primaria:

- Se han realizado sesiones de una hora de duración sobre el dolor crónico, con cada uno de los centros, lo que se comprueba mediante revisión de las hojas de firmas.

- Se ha establecido en octubre de 2015 la e-consulta, que es un correo electrónico con la unidad del dolor y cuyas consultas se contestan en menos de 24 horas. Se verifica mediante comprobación de la recepción de correos en la Unidad.

- Se han confeccionado folletos sobre el tratamiento del dolor, elaborados por el Servicio de Anestesiología, comunes para los hospitales del grupo, dirigidos a los médicos y que se han difundido tanto en Atención Primaria como en el Hospital.

2.5. Información y Atención al Paciente.

2.5.1. Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según los cinco motivos de reclamación más frecuentes.

- Número de acciones de mejora implantadas 14

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos cinco acciones de mejora en activo durante 2015, ratificadas por la D.G. de Atención al Paciente. Alcanzado si ≥ 5 acciones. No cumplido si < 3 , en cuyo caso se ha de elaborar propuesta de mejora.

Verificar conforme proceda según el área de mejora: visita, documentación, etc.

Acciones de Mejora y Verificación:

El centro eligió como una de las acciones de mejora derivadas de las reclamaciones y sugerencias, la mejora en el trato y la información a pacientes y familiares.

Se evaluaron las actividades formativas, que consistieron en:

- Actividad formativa de 7.30 horas de duración, relativa al trato con pacientes, dirigida a personas que han sido objeto de reclamación, para las que es obligatoria, y abierta al resto de los profesionales del centro. Se realizan 4 ediciones, una para médicos, una para jefes de servicio, 2 para enfermería y celadores y otra para personal administrativo y de atención al paciente. Se verifica mediante las hojas de firmas.

- Jornadas formativas (tres ediciones) dirigidas al personal de enfermería y admisión de nueva incorporación, que tratan de comunicación, manual de estilo, trato e información general del centro. Se revisan hojas de firmas.

- Se revisa el Manual de Acogida para facultativos de nueva incorporación elaborado en diciembre de 2015 y difundido en 2016. Contiene información sobre circuitos asistenciales, servicios no presenciales, etc

- Mejora de los documentos de información escrita para patologías específicas que se entrega a los padres, en la urgencia pediátrica, resaltando la información más relevante.

- Acceso de los dos progenitores a la consulta de pediatría en el área de urgencias.

2.5.2. Porcentaje de habitaciones que disponen de la Guía de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Índice (Nº de Guías de Acogida disponibles / Nº pacientes ingresados x 100)..... 97,16%

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si $\geq 95\%$ de los ingresos. No cumplida si $< 85\%$, en cuyo caso se ha de elaborar propuesta de mejora.

Debe existir un registro específico o Checklist por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. Verificar el registro y visitar algunas habitaciones. Ver edición de la guía (debe figurar genéricamente "El Consejero de Sanidad").

Verificación:

Mediante visita a las áreas de hospitalización médica y quirúrgica, se comprueba que existen ejemplares de la Guía de Acogida del SERMAS, versión actualizada, disponibles para su entrega en el momento del ingreso.

Se dejan en las habitaciones tras la limpieza de las mismas, previamente a la llegada del paciente o se entregan en mano en el momento de la acogida. Se incorporan folletos del propio centro que incluyen, entre otros aspectos, los horarios de información.

Existe registro específico en la historia clínica y se comprueba su cumplimentación, que es obligatoria.

2.5.3. Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información asistencial* 26
- Número Total de Servicios Médicos y Quirúrgicos..... 26
- Índice (SMQP/NTS x 100)..... 100%

SMQP= Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos

NTS: Nº total de Servicios Médicos y Quirúrgicos.

* Se refiere a documentos relativos a ubicación y horarios para ofrecer información asistencial fuera del pase de visita médica.

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si $\geq 95\%$. No cumplida si $< 85\%$, en cuyo caso se ha de elaborar propuesta de mejora.

La Gerencia debe contar con un informe en el que conste, por cada servicio médico y quirúrgico con hospitalización, el procedimiento para facilitar la información asistencial fuera del pase de visita.

Verificar la existencia del informe y visitar un servicio médico y otro quirúrgico para constatar la disponibilidad de la información.

Verificación:

Existe un protocolo de información clínica revisado en septiembre de 2015 dirigido a todo el personal asistencial.

Se revisa el informe de implantación del protocolo.

En la visita realizada a las áreas de hospitalización médica y quirúrgica, se comprueba la existencia de una hoja tamaño A4, colocada en la pared lateral del control de enfermería. Junto con la guía de acogida se entrega un folleto del Hospital en el que se recoge el horario de información de cada servicio.

El lugar de información es la habitación del paciente, que es individual.

2.5.4. 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: Alcanzada si $\geq 95\%$. No cumplida si $< 85\%$, en cuyo caso se ha de elaborar propuesta de mejora.

La Gerencia debe tener un registro específico de la entrega de la Guía. El registro ha de especificar si se incluyen en la carpeta, al menos, el Informe de Alta Médica, recetas de medicamentos de nueva prescripción, Hoja de medicación y próxima cita para revisión; dependiendo del caso, deberá contener Informe de Enfermería y/o de Trabajo Social.

Verificar en Gerencia la existencia y contenido del registro y en una planta médica y otra quirúrgica, la entrega y contenido de la carpeta, al alta del paciente.

Verificación:

Existe un registro específico en la historia clínica de la entrega de la Guía de Información al Alta, de cumplimentación obligatoria.

En la visita realizada a las plantas de hospitalización médica y quirúrgica se solicitan las carpetas de alta preparadas para ese día. En Medicina Interna se comprueba que hay una sola carpeta que incluye el informe de alta médico, el informe de alta de enfermería, las recetas y la siguiente cita.

En la planta de Cirugía, en la carpeta se incorpora el informe de alta de enfermería y la "hoja del portal web del paciente". No se incluye la información médica, ni la cita para revisión, ni las recetas; documentos que entrega el facultativo personalmente.

2.5.5. 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) 98,15%

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si $\geq 95\%$. No cumplida si $< 85\%$, en cuyo caso se ha de elaborar propuesta de mejora.

Debe existir un registro específico o Checklist realizado por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. Verificar su existencia y cumplimentación.

Verificación:

La Guía de Atención al Duelo se entrega por parte de la empresa de servicios funerarios. La empresa realiza un registro en excel de los pacientes que fallecen y a los que se entrega la Guía, incluyendo el motivo de que no se entregue.

Se revisa el listado correspondiente al mes de noviembre de 2015.

2.5.6. Porcentaje de documentos informativos dirigidos a pacientes incluidos en el registro específico:

- Se ha creado el RegistroSÍ
- Figura en el Registro el nombre del documento.....SÍ
- Constan los objetivos del documentoSÍ

- 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*Sí
- Figura la fecha del Visto BuenoSí
- Figura la fecha de inicio de difusión.....Sí
- Figura, en su caso, la fecha de retirada o revisiónSí
- Porcentaje de documentos informativos* 97,50%

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

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si =95%. No cumplida si < 85%, en cuyo caso se ha de elaborar propuesta de mejora.

Verificar expresamente que figure en el registro: nombre del documento, autor, fecha del visto bueno de la Comisión y fecha de retirada o revisión.

Verificación:

Se revisa el registro comprobándose que en el mismo figuran todos los items.

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

- Número de acciones de mejora implantadas 7
- En las acciones de mejora consta el problema detectado.....Sí
- Figura el objetivo de la acción de mejoraSí
- Consta explícitamente como se va a evaluar la acción de mejoraSí
- 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

Verificar tres acciones, in situ, documentalmente, historias clínicas, etc., según corresponda.

Acciones de Mejora y Verificación:

Se comprueba la existencia de la Guía de Acogida en el Hospital de Día Oncohematológico.

Se visita el local de la consulta de cuidados de la piel, que se realiza en colaboración con la Roche Posai, 2 días por semana voluntarios de la AECC (cuidados de la piel y pañuelos) y un día una auxiliar de dermatología.

Se revisa el programa y otros documentos del encuentro-café entre profesionales, pacientes y voluntarios realizado en septiembre de 2015, para resolver dudas, reforzar la relación entre pacientes y profesionales sanitarios.

Se muestran los documentos gráficos relativos a los talleres de diversa temática (manualidades, pañuelos, adornos navideños) celebrados en septiembre y noviembre de 2015.

2.5.8. 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* 84%
- *(nº de áreas del Servicio de Urgencias donde se aplica/nº de áreas del Servicio)

Observaciones y Comentarios

Meta: Se debe aplicar en el 75% de las áreas. Si <50% se considera objetivo no cumplido, en cuyo caso se debe elaborar propuesta de mejora.

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.

Verificar, visitando el Servicio de Urgencias.

Acciones de Mejora y Verificación:

Mediante visita al Área de Urgencias se verifica que los pacientes están acompañados por un familiar en todas las zonas (consultas, boxes y hospitalización) en cumplimiento de la Resolución de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria.

2.5.9. Reuniones mantenidas por el Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del centro o institución:

- Número de reuniones mantenidas.....10

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si ≥ 10 reuniones/año. No cumplida si < 5 reuniones, en este caso elaborar propuesta de mejora.

Verificar mediante actas, registros, citaciones miembros, etc.

Acciones de Mejora y Verificación:

Se verifica mediante revisión de las actas, la existencia de 10 reuniones del Comité.

3. Conclusiones

3.1. Seguridad del Paciente

- ✓ SE CUMPLEN TODOS LOS OBJETIVOS CON LAS SIGUIENTES ACLARACIONES:
- ✓ EL LISTADO PARA VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA SE CUMPLIMENTA EN LA PRIMERA CONSULTA AL NO EXISTIR GUARDIAS DE PSIQUIATRIA EN EL CENTRO.
- ✓ EN PACIENTES CON POTENCIAL RIESGO SUICIDA CON CITA EN EL PLAZO MÁXIMO DE UNA SEMANA, EL VALOR FACILITADO POR EL CENTRO ES DEL 94,51% INFERIOR AL 100%. EN LA MUESTRA OBJETO DE EVALUACIÓN EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SÍ FUE DEL 100%. HAY QUE TENER EN CUENTA QUE EN EL PROPIO INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO ELABORADO POR EL CENTRO, SE RECOGE UNA JUSTIFICACION PARA LAS CITAS QUE NO CUMPLEN EL PLAZO, LAS CAUSAS ERAN AJENAS AL SERVICIO (DEMORA POR EL PROPIO PACIENTE, NO ASISTENCIA,ETC.)

3.2. Indicadores de Resultados

- ✓ SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS.

3.3. Calidad Percibida

- ✓ SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS. SE HAN VERIFICADO LAS ACCIONES DE MEJORA ESTRUCTURALES Y ORGANIZATIVAS DE LAS ÁREAS DE: CONSULTAS EXTERNAS Y URGENCIAS.

3.4. Gestión de la Calidad

- ✓ LA ACCION SELECCIONADA DE CONSOLIDACION DEL MODELO EFQM "BENCHMARKING DEL SECTOR SANITARIO A NIVEL INTERNACIONAL"SE ENCUENTRA EN FASE INICIAL.
- ✓ LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA: LA DIRIGIDA A CONOCER LA SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO CUMPLE EL OBJETIVO.

- ✓ LA LÍNEA DE COORDINACIÓN DEL COMITÉ DE LACTANCIA CON ATENCIÓN PRIMARIA TIENE SÓLO UN DESARROLLO PARCIAL.
- ✓ LA IMPLANTACIÓN DE ESCALAS DE DOLOR Y LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR CUMPLEN LOS OBJETIVOS, CON UN IMPORTANTE DESARROLLO DE ACTIVIDADES TANTO EN EL CENTRO COMO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

3.5. Información y Atención al Paciente

- ✓ SE CUMPLEN TODOS LOS OBJETIVOS. SEÑALAR QUE EN LO REFERENTE A LA GUIA DEL DUELO LA ENTREGA Y REGISTRO DE LA MISMA LO LLEVA A CABO LA EMPRESA DE SERVICIOS FUNERARIOS.