
Evaluación Cumplimiento

Objetivos Continuidad Asistencial

Centro Sanitario

Hospital Universitario Infanta Elena
Avda. Reyes Católicos 21
28340, Valdemoro (Madrid)

Plan de Evaluación 2015/2016

Fecha: julio 2015

Equipo Evaluador:

Rosa María Sanz Maroto

María del Rosario Polo Rodríguez

Índice

	<u>Página</u>
Introducción.....	2
Metodología	4
Cumplimiento de Objetivos de Continuidad Asistencial	6
Conclusiones.....	11

A

Introducción

1. Justificación

Desde la entrada en vigor en 2010 de la Libertad de Elección y del Área Sanitaria Única en la Comunidad de Madrid, la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria propició la puesta en marcha de una estrategia en continuidad asistencial, que contempló la creación de la figura de Director de Continuidad Asistencial (DCA) ubicada en hospitales con dependencia orgánica de las Direcciones Gerencias, y la inclusión de indicadores vinculados a este área de interés en el Contrato Programa de Hospitales.

Pasado el tiempo, la implantación de los objetivos de continuidad asistencial va formando parte de los contratos de gestión con las diferentes áreas.

La verificación del cumplimiento de los indicadores de estos objetivos, la realiza el Servicio de Evaluación Sanitaria, conforme figura en los vigentes Planes de Inspección de Sanidad, de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.

2. Objetivos del Programa

Objetivo General

Evaluuar los procedimientos de continuidad asistencial en los Hospitales y Direcciones Asistenciales del SERMAS.

Objetivos Específicos

Verificar el cumplimiento de los objetivos de continuidad asistencial tanto hospitalarios como en Atención Primaria.

*Nota: Las respuestas que figuran en el protocolo corresponden a: Si, No, NA (No aplicable), NV (No Verificable), NC (No constatable), * (Cuando no se pueda consignar ninguna de las anteriores).*

Metodología y Actuaciones

A. Entrevistas

- ✓ Subdirector Médico de Coordinación Asistencial.
- ✓ Enfermera de enlace.
- ✓ Especialista consultor de Medicina Interna.
- ✓ Servicio de Admisión.
- ✓ Coordinadora médica y Responsable de enfermería del C.S. Valdemoro.

B. Análisis Documental

- ✓ Memoria de Continuidad Asistencial 2014.
- ✓ Procedimiento de Continuidad Asistencial y Circuito de derivación de pacientes procedentes de Atención Primaria a Especializada.
- ✓ Modelo Informe de Enfermería al Alta.
- ✓ Historias Clínicas en soporte informático.
- ✓ Actas de reuniones del Equipo de Enfermería del Hospital.
- ✓ Actas de Comisión de Cuidados de Enfermería de Atención Primaria y Especializada.
- ✓ Actas Comisión de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia.

C. Observación Directa

- ✓ Visita al Hospital y al C.S. de Valdemoro.



Cumplimiento de Objetivos de Continuidad Asistencial. Análisis de áreas estratégicas

C. 1. Especialista Consultor

Nº especialidades en la cartera de servicios del Hospital	24
Nº especialidades con especialista consultor	9

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Se considera alcanzado cuando conste registro $\geq 25\%$ de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor.

Metodología de verificación: Comprobar en el Servicio de Admisión del Hospital y en un Centro de salud del área. Entrevista con algún facultativo especialista consultor.

Verificación: Se comprobó en el Servicio de Admisión del Hospital Infanta Elena (HIE) y en la entrevista con la Coordinadora del Centro de Salud de Valdemoro, las especialidades que tienen abierta su Agenda a Atención Primaria constatando que el Hospital oferta las siguientes 24 especialidades tanto para Atención Primaria como para Libre Elección:

Alergología, Angiología y C. Vascular, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía General y Ap. Digestivo, Cirugía Maxilofacial, Dermatología, Endocrinología, Ginecología y Obstetricia,, Hematología, Medicina interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Rehabilitación, Reumatología, Traumatología y Urología. Además también están abiertas a AP las especialidades de Psiquiatría, Geriatría y Diagnóstico por la Imagen.

Con especialista consultor están: Cirugía General y Ap. Digestivo, Pediatría, Diagnóstico por la Imagen, Geriatría, Ginecología, Medicina interna, Neurología, Psiquiatría y Traumatología.

El porcentaje encontrado sería de 37,50%.

En la entrevista con los responsables del C.S. de Valdemoro se confirmaron las actividades realizadas:

- Visitas de los especialistas del Hospital, al Centro de Salud, mayoritariamente de Psiquiatría, Medicina Interna y Geriatría (que se desplaza diariamente a los centros geriátricos para atender allí mismo a los pacientes).

- Realización de sesiones formativas e informativas conjuntas en relación con temas de interés, por ej. sobre hemopatías, codificación, uso responsable de la medicación etc.

- Elaboración de un Protocolo para la derivación de pacientes "complejos".

C. 2. Enfermera de Enlace

Número de altas anuales del Centro	7.935
Implantación de una enfermera de enlace	Sí
Número de enfermeras de enlace	1

Observaciones y Comentarios

Objetivo: 100% de cumplimiento. Si una enfermera por cada 15.000 altas.

Metodología de verificación: Identificación y entrevista con enfermera de enlace. Dependiendo del procedimiento (si se refiere a A.P.), contrastar en Centro de Salud.

Verificación: El equipo evaluador se entrevistó con la enfermera de enlace que era la supervisora de enfermería del Hospital, quien aportó escrito de novación de su nombramiento en enero de 2013 y actas del año 2014 que lo ratifican.

Se contrastó en el Centro de Salud la disponibilidad de la misma.

C. 3. Procedimiento de continuidad de cuidados enfermeros

¿Está implantado el procedimiento de continuidad de cuidados enfermeros?	Sí
En caso afirmativo, fecha de implantación	junio de 2013
Revisión y actualización del procedimiento de continuidad de cuidados enfermeros	Sí
Fecha de Revisión y actualización del procedimiento de continuidad de cuidados enfermeros	28/01/2014

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Alcanzado con registro de documento. Fuente: Informe del Centro.

Metodología de verificación: Revisión documental. Contrastar en Centro de Salud.

Verificación: Han aportado varias actas del equipo de enfermería en las que consta que se revisa la implantación y mejora de la continuidad de Cuidados, existiendo un Procedimiento General de Continuidad Asistencial redactado en octubre de 2012.

Con fecha 28 de enero de 2014, la Comisión de Continuidad de los Cuidados en la Dirección Asistencial SUR (DASUR) y HIE, establecieron los criterios del paciente que precisa continuidad asistencial de enfermería, estandarizando la comunicación entre los dos niveles asistenciales de enfermería, tanto en el momento del Alta como de Ingreso del paciente.

En la entrevista con los responsables del C.S. de Valdemoro se confirmó esta comunicación, mediante alertas en la historia clínica, reuniones periódicas, (de las que hay actas) y comunicación telefónica o vía e-mail.

C. 4. Informe de alta de enfermería

¿Está implantado el informe al alta de enfermería?	Sí
¿Se ha definido el procedimiento de envío?	Sí
Número total de unidades de enfermería del centro	4
Número de unidades de enfermería con informe de alta implantado	4
En caso de cumplimiento >80%, ¿existe Plan de Mejora?	Sí

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Alcanzado si=100% o cumplimiento > 80% con propuesta de Plan de Mejora.
Fuente: informe del centro.

Metodología de verificación: Auditar una muestra de 25 historias clínicas. Si procede, confirmación de la existencia del Plan de Mejora.

Verificación: Han aportado varias actas del equipo de enfermería en las que consta que se revisa la implantación y mejora del Informe de Alta de Enfermería.

El Informe se envía mediante buzón informático AP- Madrid generándose automáticamente una cita en la agenda de enfermería de cada Centro. En casos especiales se realizan llamadas telefónicas advirtiendo del envío de dicho Informe de Alta.

Han aportado diversas actas en la que se plantean acciones de mejora para aumentar el porcentaje de cumplimentación de estos Informes.

En Atención Primaria según acta de 29 de abril de 2014 tienen establecido que se revise dos veces al día la recepción de dichas altas.

Durante la evaluación se verificaron 18 historias de las cuales el 100% contaban con Informe de Alta de enfermería. Por motivos informáticos, en ese día, la muestra no se pudo ampliar hasta las 25 solicitadas.

C. 5. Coordinación Asistencial en Farmacoterapia

Consolidación del Grupo de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia:

¿Se han definido los objetivos 2014 y registro de reuniones? SÍ

¿Existen documentos que justifiquen las reuniones realizadas? SÍ

¿Se ha elaborado un Protocolo del área de interés seleccionada? NO

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Alcanzado con registro de reuniones y protocolo del área de interés seleccionada.
Fuente: informe del centro.

Metodología de verificación: Revisión documental.

Verificación: Han aportado copia de las actas de las reuniones que ha mantenido el Grupo de Comisión de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia, durante el año 2014, constando en ellas:

- La composición de la citada Comisión: Presidentes (en años alternos), varios Vocales y
- Seguimiento de indicadores de prescripción en recetas (Hospital y AP).

C. 6. Plan de mejora de la entrega y registro de medicación al alta en la urgencia.

Plan de mejora de la entrega y registro de medicación al alta en la Urgencia, según normas

establecidas SÍ

¿Existe documentación que justifique la entrega de medicación al alta en la Urgencia? SÍ

¿El Hospital ha realizado alguna verificación de la entrega de medicación al alta en la Urgencia? NO

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Alcanzado con registro de documento y auditoría interna de muestreo de casos.
Fuente: Informe del Centro

Metodología de verificación: Revisión documental.

Verificación: Según nos manifiesta el Responsable de Continuidad Asistencial, tienen establecido en el Informe de Alta de la Historia informática, un campo de obligado cumplimiento que recoge si al paciente se le hace entrega de medicación.

No obstante lo anterior, en la evaluación efectuada durante esta auditoría, se pudo comprobar que en el 50% de los Informes no constaba el registro de dicha entrega. Esta circunstancia fue justificada por el Responsable debido al cambio de la aplicación informática que se realizó durante el año 2014 y que motivó que dicho campo de entrega de medicación no fuera de registro obligatorio.

C

Conclusiones.

ESPECIALISTA CONSULTOR

- ✓ *En relación con el objetivo propuesto de alcanzar un registro >25% de las especialidades con agendas abiertas a Atención Primaria y Libre Elección, este Hospital cumple con el mismo, ya que de las 24 especialidades abiertas, nueve (37, 50%) cuentan con especialista consultor.*

ENFERMERA DE ENLACE

- ✓ *En este apartado en que se exige 1 enfermera por cada 15.000 altas, se ha encontrado el 100% de cumplimiento ya que durante el año 2014 hubo 7.935 altas y contaron con una enfermera de enlace*

PROCEDIMIENTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS

- ✓ *Se ha alcanzado el cumplimiento de este apartado ya que han redactado un Procedimiento de comunicación entre los dos niveles asistenciales para la continuidad de Cuidados que ha quedado registrado dentro de la Comisión de Continuidad de Cuidados establecida en la DASUR y HIE.*

INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

- ✓ *Cumple con el objetivo del 100% ya que en esta evaluación todas las historias revisadas contaban con Informe de Alta de Enfermería.*
- ✓ *El Informe se envía al Centro de Salud mediante buzón informático, generándose automáticamente una cita en la agenda de enfermería de cada Centro.*

COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN FARMACOTERAPIA

- ✓ *En este apartado de Farmacoterapia, cumple en cuanto al necesario registro de las actas de las reuniones de la Comisión de Coordinación, pero no consta la elaboración de un protocolo de seguimiento del área de interés seleccionada.*
- ✓ *Según nos manifiesta el Responsable de Continuidad Asistencial, el Informe de Alta contiene un campo de obligado cumplimiento que recoge si al paciente se le hace entrega de medicación.*
- ✓ *No obstante, en la evaluación efectuada durante esta auditoría, se puso de manifiesto que en el 50% de los Informes no constaba el registro de dicha*

entrega. Esta circunstancia fue justificada por el Responsable debido al cambio de la aplicación informática que se realizó durante el año 2014 y que motivó que dicho campo no fuera de registro obligatorio.