
Evaluación Cumplimiento
Objetivos de Calidad
Información y Atención al Paciente
Hospitales

Centro Sanitario
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Junio 2014

Plan de Evaluación 2013/2015

Audidores:

Eva Anguita Ruiz

Javier Morón Merchante

Índice

	<u>Página</u>
Introducción	3
Justificación	3
Objetivos.....	4
Metodología y Actuaciones.....	5
Análisis de Áreas Estratégicas	8
Plan de Calidad del Hospital.....	8
Seguridad del Paciente.....	10
Indicadores de Comparación Hospitalaria	15
Calidad Percibida	16
Gestión de la Calidad	18
Información y Atención al Paciente	20
Conclusiones	24



Introducción

1. Justificación

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

Para hacer efectivas dichas funciones en sus centros hospitalarios, se establecen un conjunto de objetivos de actuación para el año 2013, de acuerdo con los principios generales que ya se fijaron en el ejercicio anterior:

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

De acuerdo a ello se han establecido unos objetivos de actuación para los hospitales de la red pública que son de obligado cumplimiento, al igual que, los que en su caso, establezcan sus propios Planes de Calidad.

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

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

2. Objetivos del Programa

Objetivo General

Verificar el cumplimiento de los objetivos de 2013 establecidos para los hospitales.

Objetivos Específicos

- 1. Verificar el cumplimiento de los objetivos coordinados por la Subdirección de Calidad: Seguridad del Paciente; Indicadores de Comparación Hospitalaria; Calidad Percibida y Gestión de la Calidad.*
- 2. Verificar el cumplimiento de los objetivos coordinados por la Subdirección de Información y Atención al Paciente: Acciones de mejora; Entrega de Guías; Creación del Registro de documentos Informativos y Proceso de Atención al Paciente Oncológico.*
- 3. Verificar el cumplimiento de algunos objetivos del Plan de Calidad del Hospital: modelos de calidad, gestión de procesos, cultura y formación, e infraestructura de calidad.*

3. Metodología y Actuaciones

Para la cumplimentación de este protocolo se ha seguido la siguiente sistemática:

1.- *Análisis de la documentación remitida por el SERMAS en relación con los objetivos de calidad y actuaciones de mejora implementadas, así como de la documentación adicional y registros obtenidos en el hospital.*

2.-*Entrevistas con los responsables y personas implicadas en el cumplimiento de los objetivos para revisar con ellos la documentación justificativa, que en su mayoría se grabó en soporte informático, y realizar in situ las pruebas de verificación pertinentes.*

A. Entrevistas

Se mantuvo entrevista con los siguientes responsables y profesionales:

- *Director Gerente.*
- *Directora Asistencial.*
- *Directora y Subdirectora de Enfermería.*
- *Responsable de Calidad y Procesos.*
- *Responsable del Servicio de Atención al Paciente.*
- *Responsable del Servicio de Medicina Preventiva y del programa de seguridad del paciente, y de higiene de manos.*
- *Presidente del Comité de Lactancia Materna.*
- *Presidente del Comité del Dolor.*
- *Responsable del Servicio de Admisión.*
- *Adjuntos de hospitalización de Medicina Interna y Psiquiatría.*
- *Personal sanitario de Urgencias y unidades de hospitalización.*

B. Análisis Documental

Como documentos de verificación se recabaron los siguientes:

Seguridad del paciente

- *Acta de la Comisión de Calidad Percibida y de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios tratando de los resultados de la encuesta de cultura de seguridad de los profesionales.*
- *Informe justificativo de la no implantación del listado de verificación del parto (LVP).*
- *Informe de cumplimentación del listado de verificación quirúrgica.*
- *Protocolo de identificación del paciente e informe de la evaluación realizada sobre este tema.*
- *Procedimiento para la conciliación de la medicación en Urgencias y Medicina Interna.*
- *Procedimiento de gestión de notificación de incidencias en seguridad del paciente (SP).*
- *Listado de responsables de SP de los servicios y unidades.*
- *Calendario de sesiones de SP en los servicios.*
- *Protocolos y procedimientos relacionados con la asistencia.*
- *Actas de las rondas de seguridad efectuadas en 2013.*
- *Informe de autoevaluación de higiene de manos, y nombramiento de su responsable.*
- *Relación de asistentes a los cursos de formación.*
- *Documentación sobre escuela de cuidadores.*
- *Información para la Comisión de Historias Clínicas sobre los registros de conciliación de la medicación en Medicina Interna.*

- *Análisis de registros clínicos y cumplimentación en una muestra de historias clínicas (HCE).*

Indicadores de comparación hospitalaria

- *Informes de infección hospitalaria.*

Calidad percibida

- *Registro de las actuaciones de los estudios cualitativos con pacientes.*
- *Actas y ficha de situación del Comité de Calidad Percibida.*

Gestión de la calidad

- *Ficha de situación del Comité de Lactancia Materna.*
- *Actas e informe de líneas de actuación 2013 del Comité de Atención al Dolor.*

Información y atención al paciente

- *Informe de acciones de mejora resultado de reclamaciones o sugerencias.*
- *Protocolos de información asistencial.*
- *Informe de acciones de mejora en el proceso oncológico.*
- *Informe de actividades del voluntariado 2013.*
- *Objetivos de calidad 2013 de servicios y unidades.*

C.Observación Directa

Algunos de los objetivos y acciones de mejora se comprobaron mediante observación directa:

- *Portales de la intranet del hospital: seguridad del paciente, higiene de manos, calidad...).*
- *Visita a servicios y unidades: sala de lactancia materna, hospitalización de Traumatología y de Pediatría, Hospital de Día y Urgencias.*
- *Gestión de citas en Admisión*



Análisis de Áreas Estratégicas

A.-Plan de Calidad del Hospital

PCH.1.- Cumplimiento de los siguientes objetivos del Plan: modelos de calidad, gestión de procesos, cultura y formación e infraestructura de calidad.

Modelos de Calidad:

Disponen de documentación relativa a previsiones de implantación de:

- Calendario Responsabilidad Social Corporativa (RSC).....SI

Observaciones y Comentarios

Se verifica y comprueba documentalmente la existencia y puesta en marcha de las actividades descritas por el hospital:

- Certificación ISO 14001:14, obtenida por el hospital el 18 de febrero de 2014.
- Sesiones realizadas por especialistas del HURJC en Centros de Salud.
- Colaboración con Asociaciones de Pacientes.
- Apertura de Centros de Especialidades de Navalcarnero y Villaviciosa de Odón.

El Gerente del Hospital informa de la elaboración, por un grupo de directivos, de un proyecto RSC corporativo de IDC para sus centros, denominado "Código ético", que está en fase de borrador, con un contenido avanzado pero todavía no concluido.

Se verifica en el ordenador del Gerente la existencia del documento, ya maquetado. Contiene un cronograma que preveía su presentación y difusión a partir del primer trimestre de 2014.

Gestión de procesos:

- Número de guías, protocolos o vías realizadas 2013..... 5

Observaciones y Comentarios

Se verifica la aprobación y nueva disponibilidad en 2013 de los siguientes protocolos:

- Síndrome nefrótico (septiembre).
- Rotura prematura de membranas (septiembre)
- Cuidados fractura de cadera y PTC (septiembre)
- Politrauma (diciembre)
- Diagnóstico y tratamiento para pacientes ingresados con ictus (noviembre)

Cultura y formación:

- Se ha cumplido el Programa de Formación Anual de Calidad.....SI
- Se promueve la participación de profesionales en comisiones.....SI
- Se promueve la participación de profesionales en la programación y seguimiento de los objetivos de calidad propios.....SI

Observaciones y Comentarios

Se comprueba documentalmente (memoria anual y registros de asistentes) la inclusión en el programa de formación continua anual del hospital de los siguientes cursos:

- Introducción al modelo EFQM de Excelencia (on line, 1 curso de 35 horas dirigido a 14 profesionales)

- Aplicación del modelo EFQM en Sanidad (1 curso de 14 horas dirigido a 13 profesionales)

Se verifica la constitución y disponibilidad de actas de las 23 Comisiones Clínicas y Comités declarados por el Hospital en el Registro de Actividad de Calidad facilitado a la Subdirección de Calidad del SERMAS.

Se ha confirmado el establecimiento de objetivos anuales de calidad a los profesionales cuyo resultado se vincula a la parte variable de las retribuciones.

Infraestructura de Calidad:

- Cuentan con Cuadro de Mando Integral.....NO

Observaciones y Comentarios

El hospital dispone de un Procedimiento de Acceso a Información (PAI) con información accesible a los responsables de procesos clave. También dispone de indicadores de hospitalización, urgencias, quirófano y consultas externas.

Existe asimismo un panel de indicadores de enfermería y otras aplicaciones que permiten la obtención de los indicadores de la AHRQ (ALCOR) o de calidad percibida (NPS)

No obstante, no disponen de un Cuadro de Mando Integral que posibilite el seguimiento de los objetivos estratégicos por los directivos de la organización. El Gerente informa que se está elaborando con 22 o 23 indicadores, (y en torno a 10 para la Alta Dirección).

B.-Seguridad del Paciente

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

- N° de objetivos implantados, de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente 12

Objetivos obligatorios:

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

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:

Objetivo 1: “Evaluación de la cultura de seguridad en el hospital”.

Se llevó a cabo una encuesta corporativa al personal en octubre de 2013, verificándose el análisis de resultados mediante acta de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Objetivo 2: “Evaluación de la identificación del paciente en urgencias”.

Se comprueba el informe del estudio observacional realizado por el hospital en diciembre 2013.

Objetivo 3: “Valoración del listado de verificación al parto”.

Se verifica la existencia de informe justificativo de su no implantación por la migración del actual sistema de historia clínica electrónica a Casiopea.

Objetivo 4: “Actualización del protocolo de identificación del paciente”.

Se comprueba la disponibilidad del protocolo actualizado con fecha de aprobación y el estudio observacional realizado por el hospital en diciembre de 2013.

Objetivo 5: “Protocolo de traslado de pacientes de urgencias a hospitalización”.

Se contrasta la existencia del protocolo con código y fecha de aprobación.

Objetivo 6: “Conciliación de la medicación en los servicios de Urgencias y Medicina Interna”.

Se verifica la existencia del protocolo de conciliación aprobado para pacientes de Medicina Interna y del registro específico en las historias clínicas muestreadas; se confronta su cumplimentación en entrevista con médico internista y se revisa el análisis realizado para la Comisión de Historias Clínicas.

Objetivo 7: “Escuela de cuidados del paciente”.

Se comprueba la documentación de la presentación del proyecto.

Se registra la participación en la historia clínica.

Objetivo 8: “Creación del portal de seguridad del paciente”.

Se verifica mediante observación directa en la intranet del hospital.

Objetivo 9: “Elaboración del protocolo de uso adecuado de guantes”.

Se constata la existencia del protocolo con código y fecha de aprobación.

Objetivo 10: “Protocolo de traslado del paciente de UCI a hospitalización”.

No se aporta protocolo.

Objetivo 11: “Circuito de traslado del paciente quirúrgico a UCI.

Se aporta el procedimiento de traslado intrahospitalario, que incluye los traslados internos desde cualquier unidad, con código y fecha de aprobación

Objetivo 12: “Implantación del sistema informático de notificación de incidencias”.

Se comprueba la existencia del procedimiento escrito situado en el portal de seguridad, y se realiza observación directa del sistema y de la explotación de la información.

No en todos los objetivos consta de forma expresa el responsable y la meta.

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

- Número de Servicios Clínicos con responsables de SP36
- Número Total de Servicios Clínicos 36
- Índice SCRS/NTSC*100100%

SCRS= Servicios/Unidades con responsables de Seguridad del Paciente

NTSC= Número Total de Servicios Clínicos

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

Verificación:

Se comprueba la existencia de un listado nominal de responsables médicos y de enfermería de SP en todos los servicios y unidades clínicas, incluidos los priorizados en 2012, con excepción de Neonatología que no existe como servicio. Se constata la información que está asimismo disponible en el portal de seguridad.

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

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....36
- Número Total de Servicios Clínicos.....36
- Índice SCCS/NTSC*100100%

SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad

NTSC: Nº total de Servicios Clínicos.

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

Verificación:

En 2013, todos los servicios clínicos realizaron sesiones de seguridad dedicadas a la formación en SP; se comprueba el calendario y aleatoriamente los registros de firma de los asistentes.

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

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

Meta: Al menos cuatro rondas de seguridad, una de ellas en UCI y otra en Urgencias.

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

Verificación:

Se verifica la existencia de actas de las seis visitas a UCI, tres a Urgencias y tres a Paritorio en 2013. Cada ronda de seguridad ha implicado tres visitas, por tanto se han efectuado dos a UCI, una a Urgencias y una a Paritorio.

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

- Se ha realizado en 2013 la autoevaluación con herramientas OMS Sí
- Número de planes de mejora implantados 9
- Existe un coordinador responsable del programa Sí

Meta: Implantar, al menos, dos planes de mejora de higiene de manos, uno de los cuales debe ser de formación.

Planes y Verificación:

Se verifica:

- *La existencia de un portal de higiene de manos en la intranet del hospital.*
- *La realización de un estudio observacional sobre higiene de manos en profesionales de UCI y Urgencias en noviembre y diciembre 2013.*
- *La elaboración de un estudio transversal de tolerabilidad de la solución hidroalcohólica en uso.*
- *La ejecución de un estudio transversal sobre conocimiento y actitudes en higiene de manos del personal del hospital.*

- La incorporación en la guía del paciente que se entrega al ingreso, de recomendaciones sobre higiene de manos, y la existencia de talleres de formación de pacientes.

- La realización de talleres de formación para personal de nueva incorporación.

También se comprueba la disponibilidad del informe de la autoevaluación que se realizó de 15 de noviembre a 15 de diciembre de 2013, así como los informes de evaluación de las distintas acciones de mejora implantadas.

1.a.7.- Utilización del listado de verificación quirúrgica (LVQ).

- Número total de intervenciones quirúrgicas programadas..... 14.373.
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada..... 12.694
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones programadas * 100)88.32%

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

Verificación:

Se comprueba la existencia de un informe de evaluación procedente de la explotación de la historia clínica electrónica (Casiopea), donde este listado es un registro obligatorio, y se verifica su existencia y cumplimentación en una muestra aleatoria de diez historias clínicas de altas quirúrgicas (1 a 15 diciembre 2013) que confirma el resultado.

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 úlceras9.735
- Nº total de pacientes estudiados9.735
- Índice (pacientes riesgo/pacientes estudiados * 100)100%

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

Escala Norton o validadas (Braden o Emina)

Verificación:

La valoración del riesgo UPP es un registro de cumplimentación obligatoria en la valoración de enfermería de la historia clínica; se comprueba su cumplimentación en una muestra de cinco historias clínicas de pacientes hospitalizados de Medicina Interna y Cirugía General, que confirma el porcentaje.

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

Obligados:

- Disponen de Protocolo/normas para asegurar la comprensión de órdenes verbalesSí
- Disponen de Protocolo de Profilaxis AntibióticaSí

Obligados si no se cumplieron en 2012:

- Disponen de protocolo de atención al dolorSí
- Disponen de de protocolo de prevención de TVP/TEPSí

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

Verificación:

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

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

- Disponen del protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave del adultoSí
- Disponen del protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenilSí
- Disponen del protocolo de evaluación del riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias.....Sí
- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria.....(1)

Meta: Disponer de los tres protocolos.

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

Verificación:

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

(1) Se aplica a todos los pacientes en estas condiciones, pero no hay procedimiento ni información que permita determinar el numerador y denominador para calcular el porcentaje.

C.-Indicadores de Comparación Hospitalaria

1.b.4.- Infección nosocomial:

- 1.b.4.1.- Prevalencia de infección nosocomial..... 5.23
- 1.b.4.2.- Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1(2)
- 1.b.4.3.- Bacteriemias por *Stafilococo aureus* resistente a meticilina/100.000 estancias 6.5

Meta:

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

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

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

Verificación:

La prevalencia de infección nosocomial se confirma con la información del EPINE 2013 referida al hospital.

El hospital cumplimenta el sistema de registro VIRAS de vigilancia epidemiológica de la CM

(2) Se detectaron 2 pacientes con ILQ, de 79 pacientes intervenidos de prótesis de cadera con riesgo NHSN 0-1, en el primer semestre 2013. Se verifican los registros de la totalidad de las intervenciones quirúrgicas de cadera y el procedimiento de clasificación del riesgo NHSN y de seguimiento específico de estos pacientes realizado por Medicina Preventiva. También se comprueba aleatoriamente en historias clínicas de estos pacientes la no existencia de complicaciones en su evolución.

*En el primer semestre de 2013 se detectaron 13 pacientes con bacteriemia por *stafilococo aureus* resistente a meticilina (MRSA) entre las 61.986 estancias. Se comprueba la existencia de los registros y el seguimiento de bacteriemias MRSA realizados por Microbiología y Medicina Preventiva.*

D.-Calidad Percibida

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

- Número de acciones de mejora implantadas..... 14

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

Verificación:

Se verifica, a través de las actas del Comité de Calidad Percibida de 2013, que las acciones de mejora se han aprobado, tratado y seguido en el mismo.

Se comprueba la existencia de: nueva señalética, folletos informativos en unidades de hospitalización, la sala de lactancia, el proyecto "con sentido" de Pediatría y registros de la Escuela de Cuidadores.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 11

Obligadas:

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

Obligadas si no se cumplieron en 2012:

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

Optativas

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

Meta: Al menos cuatro líneas de actuación.

Líneas de Actuación y Verificación:

Se coteja el desarrollo de las líneas de información con la siguiente documentación y observación directa:

- 1.- Actas del Comité de Calidad Percibida (CCP) (22/03,26/07,06/09,17/09).
- 2.- Informe de la investigación cualitativa realizada por el grupo focal el 20/11.
- 3.- Informe de formación continuada y registros de firmas de asistentes de los cursos realizados en 2013.
- 4.- Folletos divulgativos de información a pacientes hospitalizados y familiares.
- 5.- Procedimiento de información clínica de septiembre de 2013.
- 6.- Visita a la nueva sala de lactancia ya la nueva sala de espera de familiares de C.M.A
- 7.- Revista del Hospital Rey Juan Carlos nº 1.

E.-Gestión de Calidad

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

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

Observaciones y Comentarios

Meta: *Planificación de autoevaluación realizada*

Verificación:

La autoevaluación EFQM se ha efectuado en 2013. Se obtiene el informe realizado por el hospital con el apoyo de una consultora, que ha sido presentado en febrero de 2014.

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

- Consumo de agua (m³/semestre/estancia).....0.57
- Consumo de electricidad (Kwh/semestre/m²).....108.38

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

Verificación:

La responsable de estos indicadores en el hospital confirma que los datos aportados proceden de las facturas de consumo de agua y electricidad. En el caso de la electricidad, el denominador se refiere a superficie construida. Los valores de este hospital son inferiores al percentil 75 de su grupo de hospitales.

El hospital realizó en 2013 una auditoría medioambiental, previa a la obtención del certificado ISO 14001:14, obtenido por el hospital el 18 de febrero de 2014.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 8

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

Líneas de Actuación y Verificación:

Se confirman los siguientes aspectos:

1.- Existencia de registro en papel del envío electrónico a los profesionales de la normativa de lactancia materna.

- 2.- Existencia de documento resumen de la normativa.
- 3.- Registros de asistencia a los cursos de formación a pediátras, obstetras y personal de enfermería.
- 4.- Disponibilidad de información básica y formulario de valoración de lactancia en la intranet del hospital.
- 5.- Disponibilidad de sala de lactancia materna en la planta baja del hospital.
- 6.- Existencia de dípticos con la información para contactar con los grupos de apoyo (multi-lacta en Móstoles y besos y brazos en Navalcarnero)

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 7
- Obligadas:
- Evaluación del Dolor Sí
- Atención al Dolor Agudo Sí
- Atención al Dolor Crónico Sí

Meta: Al menos cinco líneas de actuación. Tres obligadas

Líneas de Actuación y Verificación:

Se comprobó la existencia de:

- Evaluación del dolor como 5º variable en Urgencias, en el propio servicio de Urgencias , en los registros abiertos de los pacientes que estaban siendo atendidos.
- El desarrollo de tres protocolos:
 - 1.- Dolor agudo postoperatorio (aprobado en octubre 2013).
 - 2.- "Nningún niño con dolor" (sedo analgesia en pediatría) (aprobado en julio 2013).
 - 3.- Tratamiento del dolor en paciente con demencia (aprobado en diciembre 2013).

Se realizó entevista con el presidente del Comité de Atención al Dolor, y se comprobó la cumplimentación de registros del dolor en una muestra aleatoria de historias clínicas.

F.-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 11

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

Acciones de Mejora y Verificación:

Por observación directa se verifica lo siguiente:

1.- Existencia de dos salas de espera e información a pacientes quirúrgicos con informadores en las dos.

2.- Existencia de vinilos en las puertas de acceso a la cafetería para evitar accidentes contra el cristal transparente.

3.- Colocación de pantallas de T.V en el Hospital de Día.

4.- El horario de donaciones está ampliado de 9 a 17.30.

5.- Se ha mejorado la climatización del atrio principal al incorporar puertas giratorias de acceso y suelo radiante.

6.-En Admisión se comprueba:

-La información automatizada que se aporta a los pacientes que solicitan cita para una prueba.

-El informe del cambio de locución efectuado en centralita para mejorar los tiempos de atención.

-La existencia de 6 agendas nominativas en Obstetricia para seguimiento del embarazo por la misma ginecóloga.

El "check list" de verificación de las condiciones de la habitación, previo al ingreso del paciente, no se ha incluido todavía como registro en CASIOPEA, y por tanto no se verificó.

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)..... 94,71%

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

Verificación:

La entrega de esta guía es un registro que forma parte de la valoración al ingreso de enfermería, y cuyo porcentaje de cumplimentación se obtiene directamente de la explotación de la historia. Se verificó su cumplimentación, positiva en 9 de 10 de historias seleccionadas por muestreo.

2.5.- Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información clínica 18
- Número Total de Servicios Médicos y Quirúrgicos..... 26
- Índice (SMQP/NTS x 100) 69.23%

SMQP= Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos

NTS: N° total de Servicios Médicos y Quirúrgicos.

Meta: *Estar implantados en el 95%*

Verificación:

Se comprueba la existencia de un protocolo escrito, codificado y con fecha de aprobación, con el procedimiento a aplicar en el proceso de información clínica en las diferentes unidades asistenciales, y en su anexo 1 los horarios para 18 de los servicios.

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

- Índice (N° de Guías de Información al alta entregadas / total altas hospitalización x 100)..... 98.89%

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

Verificación:

Existe un registro específico en Casiopea para la entrega de la guía de información al alta. Se verificó su cumplimentación en un muestreo de historias clínicas y mediante observación directa en dos controles de enfermería y se comprobó que contenía toda la documentación precisa en entrevista con un paciente hospitalizado que se iba de alta.

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

- Índice (N° de Guías de Atención al Duelo entregadas / total de éxitus x 100) 98,71%

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

Verificación:

:Se contrasta la existencia de un registro específico.

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

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

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

Verificación:

El hospital asimiló la Comisión Técnica de Coordinación de la Información al Comité de Calidad Percibida.

Se verificó la existencia y cumplimentación del citado registro.

El registro se generó en una hoja de cálculo en marzo de 2012. Constan los destinatarios del documento, pero no otros objetivos. Las fechas de inicio de difusión, o de retirada o revisión, no están cumplimentadas en todos los casos.

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

- Número de acciones de mejora implantadas 6
- En las acciones de mejora consta el problema detectado.....NO
- Figura el objetivo de la acción de mejora.....NO
- Consta explícitamente como se va a evaluar la acción de mejora.....NO
- Las acciones de mejora se refieren a los ámbitos señalados*Sí

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:

Mediante observación directa se comprueba:

- En Admisión la gestión de las citas para consultas y pruebas a pacientes oncológicos (tres casos), que se agrupan para evitar desplazamientos.
- En hospital de día las extracciones al paciente oncológico en tratamiento se le hacen en el mismo, sin tener que desplazarse al área de extracciones del hospital.
- Se ha habilitado una consulta de enfermería en el Hospital de Día para consejos nutricionales y autocuidados entre otras actividades.
- La existencia de un despacho para las actividades del voluntariado, que se verifican en su memoria anual

Conclusiones

A.- Objetivos del Plan de Calidad del hospital

- *El hospital ha desarrollado las actividades RSC declaradas y la Gerencia participa en la elaboración de un proyecto corporativo todavía no disponible.*
- *El hospital cumple con los objetivos anuales previstos en Gestión de Procesos y Cultura y Formación.*
- *El hospital dispone de un Procedimiento de Acceso a la Información (PAI) con múltiples indicadores, pero todavía no cuenta con un Cuadro de Mando Integral.*

B.- Seguridad del Paciente

- *El Hospital cumple los objetivos establecidos.*

C.- Indicadores de Comparación Hospitalaria

- *Los indicadores de comparación hospitalaria están dentro del rango de su grupo de hospitales.*

D.- Calidad Percibida

- *El hospital cumple los objetivos establecidos, salvo el porcentaje de implantación de protocolos de información que solo alcanza el 69% de los servicios.*

E.- Gestión de la Calidad

- *El hospital cumple los objetivos establecidos.*

F.- Información y Atención al Paciente

- *El hospital cumple los objetivos establecidos.*