
Evaluación Cumplimiento
Objetivos de Calidad
Información y Atención al Paciente
Hospitales

Centro Sanitario
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: marzo 2015

Plan de Evaluación 2013/2015

Auditores:

Rosa Sanz Maroto

Lourdes Pallarés Velarde

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	13
Calidad Percibida	14
Gestión de la Calidad	16
Información y Atención al Paciente	18
Conclusiones.....	23

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 Rey Juan Carlos los días 20, 23 y 24 de marzo para realizar el trabajo de campo.

A. Entrevistas

Responsable Calidad y Procesos

Responsable Atención al Paciente

Directora Asistencial

Jefe de Servicio de Medicina Preventiva

Responsable de Bloque Quirúrgico

Jefe de Servicio de Psiquiatría

Presidente Comité Lactancia Materna

Subdirectora Enfermería

Supervisora Enfermería planta de hospitalización

B. Análisis Documental

*Toda la documentación soporte para la justificación del cumplimiento de objetivos.
Historias Clínicas electrónicas.*

Acceso a Internet

C. Observación Directa

Visitas a plantas de hospitalización.

Visita a Área de Extracción de muestras.

Visita al Servicio de Atención al Paciente.

Visita al Servicio de Urgencias.

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 7
- 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) NO
- 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: *La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) y las Direcciones de Enfermería han impulsado que todos los servicios hospitalarios hayan definido un objetivo de seguridad y elaborado a final de año un informe de resultados. Todos los objetivos cuentan con responsable, indicador y meta y han sido aprobados por la UFGR..*

Los principales objetivos implantados han sido:

- Manejo en la Urgencia del paciente mayor de 75 años con fractura de cadera
- Actuación ante el paciente politraumatizado en la Urgencia.
- Mejorar el mantenimiento de catéteres epidurales en la UCI
- Técnica y manejo del Sondaje Vesical
- Definición e implantación de un registro de caídas en el servicio de Rehabilitación.
- Pediatría: creación de forma periódica de recordatorios en el sistema informático con frases que estén en relación con la Seguridad del paciente, (premio IDC Salud).
- Definición e implantación de un Listado de Verificación antes de la realización de la broncoscopia.

Todos los procedimientos y están disponibles en la INTRANET del hospital y se muestran al Equipo Auditor

El Listado de Verificación del Parto se diseñó en 2013 pero durante el año 2014 no se ha implantado y tampoco disponen de informe que lo justifique.

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

- Número de Servicios Clínicos con responsables de SP38
- Número Total de Servicios Clínicos 38
- Índice SCRS/NTSC*100100%

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: Se muestra al Equipo Auditor listado de nombramientos: 36 de personal médico, 2 de farmacéuticos y 9 de personal de enfermería.

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

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....38
- Número Total de Servicios Clínicos..... 38/
- Índice SCCS/NTSC*100100%

SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad

NTSC: N° 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: Se facilita al Equipo Auditor cuadro de las 79 sesiones de Seguridad del Paciente celebradas durante el año 2014 y las firmas de asistentes.

Los temas principalmente tratados han sido identificación de pacientes, higiene de manos y protocolo de órdenes verbales.

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 5

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 facilita al Equipo Auditor listado de las Rondas de Seguridad realizadas durante el año 2014 (2 en UCI, 2 en Bloque Quirúrgico y 1 en Urgencias).

Se mantiene entrevista con la la Directora de Enfermería y con el responsable del bloque quirúrgico que nos confirman la realización de las rondas en turnos de mañana y tarde. También se muestran las Actas, en las que se comprueba la participación en las mismas de la Gerencia, la Dirección de Enfermería, el Jefe del Servicio correspondiente y el Responsable de Medicina Preventiva (secretaria de la UFGR).

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: *Los nombramientos de responsable médico y enfermería son asignados de forma verbal por el Jefe de Servicio, por lo que no existe constancia documental de los mismos. Se facilita al equipo auditor listados de asistencia de los cursos celebrados y presentación en Power Point del proyecto Resistencia Zero.*

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: *El coordinador responsable del programa es la Jefe del Servicio de Medicina Preventiva.*

Durante el año 2014 se han desarrollado las siguientes acciones:

- Celebración de 15 sesiones de formación en higiene de manos dirigidas a los profesionales del centro, incluyendo todas las categorías y nuevas incorporaciones. Se muestran listados de asistencia al Equipo Auditor

- Elaboración de folletos sobre uso de guantes. Se muestran folletos al equipo auditor.

- Elaboración de folletos sobre indicaciones, 5 momentos de higiene de manos. Se muestran folletos al equipo auditor.

- Entrenamiento y validación de observadores encargados de monitorizar el cumplimiento de la higiene de manos.

- Observación directa trimestral del cumplimiento de higiene de manos en diferentes unidades, se muestra cronograma.

- Corte observacional de higiene de manos en todas las unidades de hospitalización y en Urgencias, en diciembre de 2014, se facilita informe de corte al equipo auditor.

- Participación en cuestionario mundial de la OMS sobre microorganismos multiresistentes

- Participación en cuestionario mundial de la OMS sobre profilaxis antibiótica quirúrgica.

- Celebración de Jornada en mayo de 2014 para la difusión a los profesionales sanitarios y equipo directivo de los resultados observacionales de higiene de manos. Se muestra tríptico informativo al equipo auditor.

- Información a pacientes y familiares de la importancia de la higiene de manos mediante mensajes en los monitores de las salas de espera. Se comprueba en visita a salas de espera de Urgencias.

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

- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 18.627
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada..... 16.242
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones estudiadas* 100)..... 87,2%

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: *Utilizan el modelo de la OMS añadiendo un cuarto apartado para la infección de herida quirúrgica.*

Se muestra al equipo auditor el estudio realizado en diciembre de 2014. Se analiza la utilización y cumplimentación del LVQ en una muestra aleatoria de 10 intervenciones quirúrgicas de diferentes especialidades realizadas durante el año 2014, comprobando su cumplimentación en todos los casos.

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 11.488
- Nº total de pacientes estudiados 11.488
- 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: El riesgo de UPP es un campo obligatorio en la hoja de enfermería de la historia clínica informatizada, por lo que su cumplimentación alcanza el 100% de los pacientes hospitalizados.

Por el equipo evaluador se analizó asimismo una muestra de 10 historias clínicas de pacientes ingresados en una planta Cirugía General en la fecha de actuaciones, localizando la valoración del riesgo de UPP en todos los pacientes.

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

Obligados:

- Disponen de Protocolo de medicamentos de alto riesgo Sí
- Protocolo para el control y mantenimiento del carro de paradas Sí

Obligados si no se cumplieron en 2013:

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

Observaciones y Comentarios

Meta: 2 (ó 3).

Verificación: Se facilitan al equipo auditor protocolos de Cumplimiento de Órdenes Verbales de fecha enero 2014, de medicamentos de alto riesgo de fecha diciembre 2012 y de dotación y mantenimiento de carro de paradas.

Se visita una planta de hospitalización comprobando el cumplimiento del protocolo de dotación y mantenimiento del carro de paradas y mediante entrevista con la supervisora de planta se confirma la utilización del protocolo de órdenes verbales.

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 infantojuvenil Sí
- 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 100%

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 facilitan al equipo evaluador los protocolos de "Continuidad de Cuidados en el Trastorno Mental Grave del Adulto" y en el Trastorno Mental grave Infantojuvenil " ambos de diciembre de 2013 y el protocolo de "Evaluación del Riesgo Suicida en la Atención de Urgencias" vigente desde junio de 2014, todos actualizados en enero de 2015. Asimismo se facilita el informe de acciones realizadas para la implantación del indicador de pacientes con potencial riesgo suicida con cita en SSM en plazo máximo de una semana tras el alta hospitalaria.

Cada psiquiatra tiene reservados dos huecos diarios de consultas de agenda (código100) para poder desarrollar esta actividad. Se muestra la agenda de citas, donde se comprueba que todos los pacientes ingresados en la UHB (Unidad de Hospitalización Breve) que han realizado tentativa suicida son citados en plazo inferior a una semana desde el alta hospitalaria.

También se facilita al equipo auditor el informe sobre el grado de implantación del protocolo de Continuidad de Cuidados en Trastorno Mental Grave del Adulto y de Continuidad de Cuidados en Trastorno Mental Grave Infanto Juvenil durante el año 2014 y el Listado de Verificación de Riesgo Suicida que incluye los ítems establecidos por el SERMAS.

B.-Indicadores de Efectividad

1.b.1.- Infección nosocomial:

- Prevalencia de infección nosocomial2,91%

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: *Se muestra Informe EPINE que corresponde a mayo de 2014.*

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.....SÍ
- Ha sido necesario establecer áreas de mejora.....NO
- Las áreas de mejora cuentan con responsable, actuaciones y cronograma.....SÍ

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: *Se facilita al Equipo Auditor el Informe de Resultados presentado a la Comisión de Dirección y a los Jefes de Servicio en noviembre de 2014. De acuerdo a dicho Informe el Hospital alcanzó el nivel de resultados fijados por el SERMAS, no obstante se formaron grupos de trabajo para analizar los indicadores en los que existía margen de mejora: Cirugía de Rodilla, Complicaciones quirúrgicas y Ambulatorización de pacientes de Cirugía Anal y Amigdalectomía.*

Las acciones de mejora implantadas han sido:

- Análisis y propuestas de mejora de todos los casos de infección de prótesis de rodilla que ha habido.

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de Enfermedad Tromboembólica y revisión y difusión del protocolo de profilaxis ETV en intervenciones quirúrgicas.

Los responsables de cada Área de Mejora no tienen nombramiento por escrito, se facilita al Equipo Auditor un archivo Excel con el cronograma de actuaciones.

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.....20

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: *Han puesto en marcha 20 acciones de mejora de las cuales destacan las siguientes:*

- *Celebración de Cursos dirigidos a 67 facultativos (profesionales médicos y jefes de servicio) y 17 supervisores de enfermería sobre " Habilidades de relación, trato y tratamiento" impartidos en junio y julio de 2014. Se facilita al equipo auditor Programa del Curso y partes de firmas de asistencia. Este curso se va ampliar a otros colectivos (enfermería, celadores y personal de Atención al Paciente). Se muestra al equipo auditor partes de firmas de asistencia.*

- *Creación del Portal del Paciente para fomentar la comunicación del paciente con el médico y la enfermera. Se asigna una clave al paciente para acceder a su Información Clínica y para cambio de citas en consulta. Para obtener dicha clave se debe cumplimentar un formulario que garantice la confidencialidad. Esta previsto habilitar una vía de consulta telemática con el médico y con la enfermera. Se visualiza en Internet.*

- *Renovación de la señalética en Urgencias, Bloque Quirúrgico y CMA. Se asigna un color diferente a cada una de las áreas y se entrega a los acompañantes, una tarjeta con el color correspondiente a la Unidad en la que se encuentre el paciente. En Urgencias también se les facilita un plano de dicho Servicio. Se verifica en visita al Área de Urgencias.*

- *Diseño de una aplicación para móvil que permite el traslado inequívoco de pacientes por parte del celador. En el momento de la comprobación todos los celadores estaban prestando este servicio.*

- *Revisión de menús y mejora de de sabores en dietas basales. Se muestran al Equipo Auditor los nuevos menús implantados.*

- *Diseño de pasatiempos en pediatría con consejos saludables ("Little JC"). Se muestra al Equipo Auditor un tríptico de juegos.*

- *Proyecto APAD: Acompañamiento para personas Discapacitadas que previamente lo acrediten. Se está cumplimentando un registro de pacientes APAD: Esta actividad se realiza por personal voluntario.*

- *Mejora del Call Center mediante el incremento de puestos de Atención Telefónica y mejora de la alocución inicial para disminuir el tiempo de canalización de llamadas.*

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 8

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

Observaciones y Comentarios

Meta:

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:

- Realización de estudio cualitativo para conocer la opinión de pacientes y/o familiares sobre aspectos de la atención sanitaria.

- Publicación en revista Hinfo de las actuaciones en Proyecto con Sentido, Pasatiempo Little JC, Método "Canguro".

- Presentación al Congreso de Calidad Asistencial SECA. ""Jugando con los Sentidos""

- Participación en el Congreso de Calidad Asistencial y obtención del Premio a la excelencia de la Fundación Avedis Donabedian por su proyecto "Con Sentido".

- Celebración de cinco cursos de Habilidades de Comunicación y Liderazgo dirigidos a profesionales sanitarios. Se muestra cronograma y listados de firmas de asistencia.

- Colaboración con Asociaciones: microconciertos mensuales en Hospital de Día Oncohematológico y Unidad de diálisis, concierto en la Semana Mundial de la Lactancia Materna dirigido a las familias cuyos bebés han nacido en el Hospital; inauguración de la Exposición fotográfica permanente de Lactancia Materna en el Atrio del Hospital; actividades con la Asociación Española de lucha Contra el Cáncer; con la Asociación Antitabaco, en Ayuntamientos y colegios; y participación en emisoras de radio

. Se muestra al equipo auditor presentación en Power Point de todas las acciones, cartelería, fotos y videos.

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 5
- Han desarrollado una línea de Coordinación con Atención Primaria..... Sí
- Se celebran reuniones semestrales con Atención Primaria Sí

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 celebrado reuniones trimestrales con AP durante 2014, en las que participaron un pediatra, una enfermera y una matrona junto con la directora asistencial de AP. Se muestran actas de dichas reuniones al equipo auditor.

- Coordinación con Atención Primaria:

Participación en la jornada conjunta sobre lactancia materna con Atención Primaria, mediante la ponencia "Cesárea humanizada: experiencia de implantación en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos" (octubre 2014). Se muestra tríptico al Equipo Auditor..

Celebración de la Semana Mundial de Lactancia Materna (6-10 Octubre), en colaboración con Atención Primaria y con el Ayuntamiento Móstoles. Se facilita la Equipo Auditor nota de prensa y programa.

- Formación:

Realización de 5 cursos de 18 horas de formación en lactancia materna, dirigidos a pediatras, y personal de enfermería. Se muestran al Equipo auditor programas de los cursos y listados de firmas de asistentes.

- Elaboración de un Registro de Lactancia materna al alta de maternidad en Casiopea. Se muestra dicho registro al equipo auditor.

- Asegurar uso de fármacos compatibles con la lactancia mediante el diseño e implantación de un documento de fármacos utilizados en quirófano y su compatibilidad con la lactancia materna. Dicho documento se pone a disposición del equipo auditor.

- Envío de documentación para alcanzar la acreditación iHAN en la fase 2D.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 6

Obligadas:

- Evaluación del Dolor Sí
 - Atención al Dolor Agudo Sí
 - Atención al Dolor Crónico Sí
 - 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 (una de coordinación con Atención Primaria)

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

Líneas de Actuación y Verificación:

-Evaluación del dolor:

Implantación de la escala EVA en la urgencia pediátrica dentro del programa "Ningún Niño con dolor". Se muestra protocolo de julio 2014.

Evaluación del registro de quinta constante en Hospitalización.

Evaluación en Urgencias adultos del tratamiento del dolor en triaje. Se ha incluido como campo obligatorio en el triaje, de acuerdo con el protocolo aprobado en 2013 que se facilita al equipo auditor. Se comprueba in situ.

- Atención al dolor agudo: Elaboración de protocolo sobre las indicaciones de uso y sistemática a seguir para la utilización de Kalinox. Se facilita protocolo.

- Atención al dolor crónico:

Revisión del procedimiento de medición del dolor en Geriatría. Se muestra protocolo.

Definición de un Circuito rápido de coordinación de la U. Dolor para pacientes oncológicos y neurológicos. Se realiza vía correo electrónico mostrándose el procedimiento al equipo auditor.

- Coordinación con Atención Primaria:

Taller "Escuela de espalda" realizado en San Martín de Valdeiglesias el 6 de Marzo por los profesionales de Rehabilitación. Aportan fotos de dicho taller.

- Formación:

Taller de infiltración dirigido área médica .(Diseñado y pendiente de realizar en 2015).

Sesiones de la Unidad del Dolor.(Urgencias, Traumatología y Rehabilitación).

Sesiones formativas de dolor oncológico: dirigidas a Medicina interna, Oncología Médica, Radioterapia, Cuidados Paliativos y Personal de enfermería de Hospital de Día.

Material de difusión de medición del dolor. Se facilita copia de dicho cartel.

Material de difusión de medición del dolor.

Diseño de cartel para la implicación de los pacientes con la evaluación del dolor. Se aporta copia del mismo.

Se aportan al equipo auditor presentaciones de dichas sesiones formativas y cronograma de las mismas.

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 8

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: En relación con los problemas derivados de las demoras del transporte sanitario en el traslado de los pacientes a las Consultas Externas, se han celebrado varias reuniones con la Dirección del SUMMA y la Dirección del HURJC planteándose la realización de seguimientos semanales y la incorporación de un coordinador de la empresa de transportes en el HURJC. Se muestra al equipo auditor acta de la reunión celebrada el 7 de noviembre de 2014.

Se mejora la señalización de las plazas de garaje destinadas a vehículos que transportan personas en situación de movilidad reducida permanente, que se encuentran dentro del recinto, según las normas municipales. Se visualiza la rotulación de dichas plazas en el parking del hospital.

Para salvaguardar la tranquilidad de los usuarios que se encuentran en las salas de espera de CMA, Bloque Quirúrgico y Urgencias, se han diseñado tarjetas identificativas de colores para los acompañantes, que incluyen las normas establecidas en dichas áreas. Se comprueba la utilización de dichas tarjetas.

Para garantizar la guardia y custodia de los objetos perdidos en el Hospital, con el asesoramiento del Departamento Jurídico, se ha diseñado un protocolo de depósito en la caja fuerte. Se muestra dicho protocolo al equipo auditor.

Para agilizar la gestión de llamadas entrantes y salientes, se han implantado las siguientes acciones: modificación de las locuciones de la Centralita, diseño de la llamada en espera hasta que el operador esté libre y posibilidad de dejar un mensaje de voz que será enviado al correo genérico de citaciones.

Identificación de las puertas de acceso a las Consultas Externas y los ascensores de las plantas principales. Se comprueba en la visita.

Proyecto de instalación de una sala en la Zona de Extracciones que preserve la intimidad de los pacientes que necesiten realizar la prueba del seminograma. Está en ejecución, fecha prevista de finalización: primer trimestre 2015. Se visita el área en fase de reforma.

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).....100%

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: Se visita una planta de hospitalización comprobándose que las Guías de Acogida están disponibles en las habitaciones de los pacientes, siendo el personal de enfermería al ingreso del paciente el responsable de mostrarlas y facilitar información complementaria, su entrega se registra en la hoja de valoración de enfermería, en la que es un campo obligatorio. Se muestra al Equipo Auditor el informe del Estudio de Entrega de Guía de Acogida al ingreso realizado en diciembre de 2014 por la Dirección de Enfermería a los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización.

2.5.- Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información clínica 22
- Número Total de Servicios Médicos y Quirúrgicos..... 22
- Índice (SMQP/NTS x 100)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 facilita al equipo auditor el informe de Implantación de Protocolos de Información Clínica en el año 2014, elaborado por la Dirección Asistencial y en visita a una planta de hospitalización se verifica el uso de dicho protocolo.

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 entrega junto al informe de alta, quedando registrada dicha entrega en la hoja de valoración de enfermería en la que es campo obligatorio. Se comprueba en una planta de hospitalización.

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 éxitos x 100)99,6%

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 citada guía la entrega el personal de enfermería, quedando constancia en un registro específico que se muestra al equipo auditor junto con el informe de evaluación correspondiente al año 2014.

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

- Se ha creado el RegistroSÍ
- Figura en el Registro el nombre del documentoSÍ
- Constan los objetivos del documentoSÍ
- 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* 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 circulen en el hospital.

Verificación: Se muestra al equipo auditor el Registro con 281 documentos informativos, cuyo visto bueno es asumido por el Comité de Calidad Percibida.

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

- Número de acciones de mejora implantadas 8
- En las acciones de mejora consta el problema detectadoSÍ
- Figura el objetivo de la acción de mejoraSÍ
- Consta explícitamente como se va a evaluar la acción de mejoraNO
- 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:

1 - Gestión de citas:

Establecimiento de un circuito rápido de atención de pacientes oncológicos en la Unidad del Dolor.

Elaboración de una guía de acogida con información para los pacientes que van a recibir tratamiento en el Hospital de Día. Se aporta dicha guía.

Establecimiento de un circuito de gestión de citas con AP para la realización de técnicas.

Se muestran circuitos en la aplicación informática.

2 - Consejos nutricionales:

Elaboración de protocolo de "Soporte nutricional en paciente con Ca. de cabeza y cuello" y de "Soporte nutricional en paciente con Ca. digestivo". Se facilita dicho protocolo al equipo auditor.

3.- Continuidad asistencial:

Reunión del grupo de paliativos de IDC-salud para planificar protocolos corporativos en el contexto del paciente oncológico paliativo realizada en septiembre. No se aporta acta.

Jornada de seguridad de los pacientes en los Servicios de Oncología Radioterápica celebrada en noviembre de 2014. Se muestra al equipo auditor presentación y programa de la Jornada.

4.- Autocuidado:

Formación al personal de enfermería del HURJC y familiares de estos pacientes para capacitarles como cuidadores principales. Presentaciones celebradas los días 7, 9, 10, 24 y 31 de abril 2014..

5.- Voluntariado:

Actividades desarrolladas en colaboración con la Asociación "Música en Vena" y la AECC. Se muestra información gráfica al equipo auditor.

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* 100

**(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 porqué motivos.

Acciones de Mejora y Verificación: *Se facilitan a los acompañantes unas tarjetas identificativas de color específico para el Servicio de Urgencia que contienen las normas de actuación para preservar el orden y la intimidad de los pacientes dentro de dicho Servicio, Se facilitan al equipo auditor dichas tarjetas y el procedimiento de actuación que garantiza la accesibilidad a la información general de los familiares y acompañantes en el Servicio de Urgencias, aprobado en septiembre de 2013. Se verifica mediante visita al área de Urgencias su implantación.*



Conclusiones

A.-Seguridad del Paciente

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados a excepción de la implantación del LVP, que fue diseñado en el año 2013 pero no se ha implantado todavía.*

B.- Indicadores de Efectividad

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados. En relación al Observatorios de Resultados no ha sido necesario acometer acciones correctivas si bien se han establecido algunas acciones en aquellos indicadores que presentaban margen de mejora.*

C.- Calidad Percibida

- ✓ *Se cumplen con amplio margen los objetivos pactados.*

D.- Gestión de la Calidad

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados*

E.- Información y Atención al Paciente

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados*