
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Información y Atención al Paciente Hospitalares

Centro Sanitario
Hospital U. Rey Juan Carlos

Fecha: Abril 2016

Plan de Evaluación 2015-2016

Equipo de Evaluación

Olga HERRANDO PICÓN
Lourdes PALLARÉS VELARDE
Mariano N. VILLANUEVA HURTADO

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	15
2.3. Calidad Percibida.....	16
2.4. Gestión de la Calidad	18
2.5. Información y Atención al Paciente	21
3. Conclusiones	28

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.

Desplazamiento del Equipo Evaluador al H. U. Rey Juan Carlos los días 11 y 12 de abril para la toma de datos en las siguientes fuentes de evidencia:

1.3.1. Entrevistas.

- Director Gerente.
- Directora Médico.
- Responsable de Calidad y Procesos.
- Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y responsable de Seguridad del Paciente.
- Responsable de Atención al Paciente.
- Jefe del Servicio de Anestesia y responsable del Bloque Quirúrgico y de la Unidad del Dolor.
- Jefe del Servicio de Psiquiatría.
- Jefe del Servicio de Neonatología y Presidente de la Comisión de Lactancia.
- Facultativos de diferentes Servicios.
- Personal de Enfermería (supervisoras y enfermeras).

1.3.2. Análisis Documental.

Toda la documentación soporte para la justificación del cumplimiento de objetivos.

Historia Clínica Informatizada (Casiopea).

1.3.3. Observación Directa.

Acceso a la Intranet e Historias Clínicas electrónicas.

Visita Área de Urgencias.

Visitas a 2 unidades de hospitalización: Medicina Interna y Traumatología.

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.....22

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: *El hospital refiere 22 objetivos de seguridad implantados en 2015, de los que relacionados con los obligatorios son, manteniendo la numeración recogida en el informe de resultados elaborado por el Hospital, los siguientes:*

1. Potenciar evaluación proactiva de Riesgos, proyecto piloto Mapa de Riesgos de la Urgencia.

Se comprueba la elaboración por un grupo de trabajo del mapa de riesgos de la urgencia, programa SEMES, y aplicación con la herramienta AMFE (análisis de fallos y efectos). Recoge como resultados que se auditan 243 riesgos con 93 posibles fallos.

7. Promover formación Seguridad Pacientes de profesionales (nivel básico: Curso Fundación Avedis Donabedian, nivel medio/ avanzado: Grupo de Responsables Seguridad Urgencias Curso MSSI)

Se muestra el programa del curso, on-line, y los listados de asistencia de los participantes

8. *Difusión del Protocolo de sondaje vesical mediante sesiones formativas impartidas por los responsables de seguridad de los diferentes Servicios/ Unidades*

Se comprueba este protocolo y que se ha presentado, por el responsable de seguridad, a todos los servicios en sus sesiones clínicas y a las unidades de enfermería, dejando constancia de los asistentes mediante el correspondiente listado de firmas.

9. *Evaluación del protocolo de sondaje vesical mediante cortes observacionales.*

Realizan un estudio observacional, que facilitan al equipo auditor, con la comprobación de 13 puntos y en el que se objetiva que en el 100% de los casos la indicación del sondaje era correcta

10. *Optimización del posicionamiento de los pacientes para minimizar los xVi y minimización de estudios de CT (Radioterapia/ Protección Radiológica).*

Se muestra informe para difundir las dosis por salas y técnicas a todo el personal. Además se comprueba que se han realizado sesiones formativas para todo el Servicio de Radiodiagnóstico que comprobamos con las correspondientes firmas.

11. *Reducir la frecuencia de las adquisiciones en estudios de Indio-111 (octeotrida) así como en estudios de esfuerzo cardiacos con Tc-99m (MIBI). Además se ha reforzado la información solicitada a los pacientes de tratamiento ampliándose la frecuencia de las revisiones de consulta de radioprotección en el caso de convivencia con niños y embarazadas, y un doble cálculo independiente de la dosis absorbida en glándula tiroidea en tratamientos metabólicos con Iodo-131 (Medicina Nuclear/ Protección Radiológica)*

Se muestra informe de protocolo de actuación conjunta entre el servicio de Medicina Nuclear y Cardiología, relativo a los estudios de SPECT cardiaco en reposo y posterior estrés. Han consensuado la eliminación de la fase de perfusión en estrés.

Además han protocolizado la reducción de dosis en pacientes sometidos a rastreo corporal con 111 In-Pentetreotide.

En relación con las dosis de tratamiento con I131, realizan un cálculo personalizado de la misma, en relación con los resultados obtenidos en la gammagrafía tiroidea. Se comprueba la disponibilidad de instrucciones escritas de protección para los pacientes y convivientes cuando son sometidos a este tratamiento

12. *Adhesión a Eurosafe Imaging de la ESR (Sociedad Europea de Radiología). Actualización de los Niveles de Referencia Diagnósticos (NRD) para radiología convencional y para radiología intervencionista, así como mamografía y Tomografía Computerizada. (Radiodiagnóstico/ Protección Radiológica)*

Se muestra cuadro con los datos de participación en el citado programa.

17. Promover la estandarización de indicaciones clínicas para evitar riesgos radiaciones ionizantes/ uso contraste (4 objetivos específicos).

Se muestra informe con 5 objetivos en los servicios de : Hematología, Cirugía Vasculuar, Medicina Nuclear, Diagnóstico por Imagen y Protección radiológica.

19. Prácticas Seguras para prevenir infecciones (5 objetivos específicos)

Nos muestran diferentes objetivos y acciones para disminuir las infecciones en distintos servicios y prácticas sanitarias, de ellos, los que están en relación con la infección en el tracto urinario son: la retirada precoz de la sonda y el desarrollo de un proyecto de prevencion de la misma, asociada a sonda vesical, en UCI.

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 sesión.....
- El Servicio o Unidad cuenta con responsable de seguridad nombrado, que participa en la elaboración de esos objetivosSí
- Número Total de Servicios o Unidades38
- Índice SCU2S/NTSU*10097,2

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: Todos los servicios tienen un objetivo de seguridad propio y se han impartido sesiones de formación en todos ellos, excepto en Oncología.

Se facilita al equipo el listado de los responsables de seguridad de todos los servicios y unidades de enfermería y se comprueban los nombramientos personalizados de forma aleatoria.

Se ha constatado con los listados de asistencia, una muestra de las sesiones de formación realizadas en varios servicios: Medicina Interna-Geriátría, UCI, Cirugía General.

2.1.3. Realización de Rondas de Seguridad.

- Número de Rondas de Seguridad realizadas.....4
- 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: Se facilitan al equipo las actas de las rondas de seguridad realizadas con los participantes en ellas y relativas a seguridad de los pacientes (Bacteriemia Zero, neumonía Zero, resistencia Zero, ITU y sondaje vesical, Higiene de manos, comprobándose la presencia en todas de miembros del equipo directivo.

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 13
- 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: *Nos muestran un informe en el que documentan 13 planes de acción. Realizaron 21 sesiones de formación dirigidas a todo el personal, siendo obligatoria en todas ellas la asistencia de los profesionales de nueva incorporación. Constatamos los correspondientes listados de firmas.*

Además, para el personal de sustitución de verano se realiza una sesión monográfica obligatoria, mostrándonos la correspondiente a 2015 con los partes de firma de 45 asistentes.

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas* 100).....88,13
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 86
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nº total intervenciones muestra)..... 91,8%

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 muestra una hoja Excel con las 86 intervenciones realizadas el 19 de noviembre. En 7 de ellas no figura este listado.*

Estos registros son un volcado automático de la base de datos del centro, por lo que la coincidencia es del 100%. No obstante lo anterior, se procedió al análisis de una muestra de las citadas intervenciones, comprobándose la fiabilidad del dato.

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 estudiados*100)91,11
- Observación directa: nº de pacientes con pulsera/nº de pacientes verificados*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 Servicio de Urgencias.

Verificación: El equipo auditor aprovecha la visita a Urgencias para constatar que todos los pacientes llevaban las pulsera, y también la lleva, de diferente color, el acompañante autorizado .

Se forma a los supervisores para realizar cortes observaciones con carácter mensual en todas las unidades, se muestra el correspondiente a la urgencia realizado en 2015 con resultado del 91,11%.

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

- Se ha elaborado el Informe de Implantación.....Sí
- El informe recoge:
 - Número de pacientes incluidosSí
 - Número de Consultas de Psiquiatría.....Sí
 - Número de Consultas de PsicologíaSí
 - Número de Consultas de Enfermería.....Sí

- Número de Consultas de Trabajo Social NO

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: Se facilita al equipo el informe de implantación de continuidad de cuidados.

Constan un total de 35 pacientes en los que se revisa una muestra de historias, comprobándose que existen fichas de continuidad de cuidados cumplimentadas en todos los casos y que son independientes de la historia clínica.

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 suicidaSÍ
- Porcentaje de pacientes con Checklist de riesgo suicida100%
- 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 hospitalaria100%

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: Disponen de un "Protocolo de evaluación del riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas" que incluye el Checklist y otro "Procedimiento de Gestión del Riesgo de Conducta Suicida", que es general y de aplicación en todo el hospital y en la urgencia. Cuando se detecta una situación de riesgo en cualquier unidad, se realiza una interconsulta con psiquiatría. Si la situación es en la urgencia se llama al psiquiatra de guardia (guardia de 24 horas)

El checklist está incluido en la historia clínica electrónica y se comprueba su cumplimentación en una muestra de historias clínicas, con resultado del 100%.

Se comprueba asimismo que todos los pacientes con riesgo suicida han sido citados en el plazo inferior a 1 semana.

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

Disponen de protocolo de inmovilización terapéuticaSí

Fecha de la última actualización Enero 2016

Observaciones y Comentarios

Meta: Disponer de protocolo actualizado

Verificación: Se comprueba la existencia de un protocolo específico que tiene carácter general para todas las unidades del Hospital, que cuenta con un apartado específico para la inmovilización en salud mental y que está disponible en la intranet del hospital. Fue aprobado en Noviembre-2012 y la última revisión en Enero-2016

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 suficientesSÍ
- En caso negativo, se han revisado conjuntamente con los profesionales implicados.....NA
- Ha sido necesario establecer áreas de mejora NO
- 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: El Servicio de Medicina Preventiva aporta el resultado de los indicadores y realiza las aclaraciones oportunas a la Dirección Médica.

Los resultados fueron presentados a los Jefes de Servicio y al Comité de Dirección. El acta de dicha reunión del 14-12-15 se facilita al equipo evaluador.

A pesar de alcanzar los niveles suficientes, el centro considera que puede mejorar en algunos aspectos como la tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas, estableciendo acciones de mejora para 2016.

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 implantadas..... 16

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 implantan un total de 16 acciones de mejora de las cuales 4 se refieren al área de urgencias (visualización de los tiempos de espera, ampliación del nº de boxes y de consultas, información a pacientes y familiares con identificación del acompañante con pulsera, habilitación de una sala para la atención al duelo en los fallecimientos que se producen en urgencias, habilitación de un espacio de juego para la espera del post-triage de niños con material de entretenimiento).

La 5 es relativa a la accesibilidad y señalización del área de donación de sangre que se ubica, por razones operativas, contigua a la urgencia. Lo anteriormente expuesto se comprueba in situ por el equipo.

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: La Responsable de Atención al Paciente nos expone las 8 líneas de actuación puestas en marcha. Por el equipo auditor se comprueba la relativa a técnicas cualitativas para pacientes o familiares para conocer su opinión sobre la asistencia sanitaria recibida que se ha desarrollado con 7 pacientes que han recibido asistencia durante el parto en el hospital. Se muestra dicha presentación al equipo y las propuestas de mejora derivadas.

2.4. Gestión de Calidad.

2.4.1. Consolidación del modelo EFQM.

- Nº 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: Se comprueba el desarrollo de un cuadro de mandos interactivo por servicios que muestra la actividad, demora, recursos y grado de satisfacción, al que tienen acceso todos los usuarios mediante claves informáticas.

2.4.2. 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
- 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: El Comité de Lactancia Materna celebró 3 reuniones en 2015 en las que participó atención primaria, se comprueba mediante las actas correspondientes.

En cuanto a la situación de la lactancia materna en el centro, en la historia clínica se registra la alimentación que sigue al alta con 4 posibilidades, siendo los resultados del 2015 mostrados al equipo auditor los siguientes: Lactancia materna 1413 (70,5%), lactancia mixta 234 (13,20%), lactancia artificial 130 (7,3%) y no consta en 34 (1,8%)

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 9
- Número Total de Servicios o Unidades 9
- 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 la implantación de la escala en un servicio quirúrgico y otro médico,

Verificación: Esta escala está implantada en todas las áreas de hospitalización y en el triaje de la urgencia, por tanto agrupa a todos los servicios clínicos, excepto Psiquiatría. El nº 9 registrado por el centro hace referencia a las 9 plantas de hospitalización. El registro se hace en la hoja de constantes de enfermería, en cada turno. Se procede a la comprobación en la visita a dos plantas de hospitalización con una muestra de pacientes ingresados y se objetiva su cumplimentación en todos los casos con las supervisoras de enfermería.

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* NO
- *(Para Hospitales de los grupos 1,2 y 3)*

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cinco líneas de actuación, 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: El responsable de la Unidad del Dolor nos explica el programa: Se ha realizado un análisis de la implantación de la escala EVA aunque todavía no han podido analizar la efectividad de dicha medición.

En relación con la Coordinación con Atención Primaria, han diseñado la e-consulta (sistema on-line de videoconferencia con todos los centros de salud), pero aún no está implantada.

Está diseñado un programa de formación con Atención Primaria pero todavía no lo han implantado, estando pendientes de designar un interlocutor por centros.

En resumen: el objetivo a verificar de Coordinación con Atención Primaria está diseñado, mediante lo que se ha descrito, pero no está implantado.

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 17

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 nº de acciones implantadas son 17.

La responsable de Atención al Paciente nos muestra el informe anual de reclamaciones y agradecimientos recibidos, en el que se objetiva como motivo de mayor incidencia la disconformidad con la asistencia recibida en 4 áreas: consultas externas, urgencias, hospitalización y cirugía mayor ambulatoria. Ninguna de las acciones de mejora hacen referencia a este punto, ya que según la responsable son resueltas en la Comisión de Dirección, siendo las demás relativas a la confortabilidad, trato e información y otras que son mejoras de las instalaciones.

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)..... 100%

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 "Consejería de Sanidad").

Verificación: Se comprueba que la guía de acogida es la establecida, oficialmente, por el Servicio Madrileño de Salud y ampliada en su interior con documentación específica de este centro (figura el nº de la habitación, teléfono de contacto, responsable y servicio médico, quién es la supervisora de la unidad, horario de información asistencial, etc...)

Se trata de un campo obligatorio en la valoración de enfermería al ingreso, por tanto su cumplimentación es del 100%. El Servicio de limpieza, una vez que termina la preparación de la habitación para un nuevo ingreso, deja una guía, posteriormente la enfermería y/o auxiliar explican al paciente los detalles de la misma. Este aspecto se comprueba en la visita realizada a las unidades de hospitalización, tras entrevista con una muestra de los pacientes ingresados en ese día.

Con periodicidad mensual, el personal de enfermería realiza visitas de cortesía para su comprobación, rotando por plantas y registrando el resultado en la intranet del centro. Nos muestran la correspondiente al mes de setiembre-15.

2.5.3. Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información asistencial* 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.

* 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: La información asistencial fuera del pase de visitas se realiza a través del personal de enfermería, quienes lo comunican a los facultativos encargados y gestionan la entrevista.

Así mismo y como ya se ha detallado en el punto anterior, existe como complemento a la guía de acogida un documento general que se llama "Información para pacientes hospitalizados y familiares" en cuyo reverso se registra, manualmente, por el personal de enfermería, los datos específicos relativos a la unidad de ingreso (médico y supervisora responsable, horarios de información clínica y teléfonos de contacto). Además los horarios de información clínica están disponibles en la intranet y en cada una de las unidades de hospitalización, ubicados en el tablón de anuncios que está anexo al control de enfermería, lo que se comprueba.

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: Se trata de la guía oficial del Servicio Madrileño de Salud, que contiene el informe de alta, las citas previstas, recetas oficiales, etc. Esto se comprueba con un alta de Neurología (que incluye el informe de alta, las recetas, las citas de revisiones clínicas y el documento requerido para el visado de las recetas), la Neuróloga que la extiende muestra al equipo auditor como se registra el alta del paciente en el programa CASIOPEA.

Se trata de un campo obligatorio en su registro, de ahí que el % sea del 100.

Esta carpeta se complementa con la hoja de valoración al alta de enfermería, que también queda reflejada en la historia clínica de este personal, siendo igualmente un campo obligatorio.

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) ... 100%

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: Se trata de un registro obligatorio para el personal de enfermería que se activa, una vez que el facultativo ha extendido el alta por éxitus, siendo en ese momento en el que se entrega a los familiares la Guía de Atención al Duelo.

La guía es la oficial del Servicio Madrileño de Salud.

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

- 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 promotor Sí
- Tiene el Visto Bueno de la Comisión Técnica de Coordinación de la Información* Sí
- Figura la fecha del Visto Bueno Sí
- Figura la fecha de inicio de difusión Sí
- Figura, en su caso, la fecha de retirada o revisión Sí
- Porcentaje de documentos informativos* 100%

*(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: El registro se crea en el año 2012 y en la actualidad consta de 400 documentos, de los que 273 están activos. Se muestra el mismo al equipo auditor.

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 18
- 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 mejora NO
- 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: Disponen de 18 acciones de mejora relativas a 6 áreas de actuación.

Se comprueba por el equipo la existencia de un circuito rápido de citación de citación de pacientes oncológicos en las peticiones que se realizan en el Servicio de Oncología Médica, independientemente de su prioridad.

Igualmente se constata la utilización de una Guía de Acogida al Hospital de día onco-hematológico, las recomendaciones nutricionales en consulta, la coordinación con la enfermera de continuidad asistencial para la retirada de infusores en atención primaria, las sesiones informativas a través de videoconferencia con Atención Primaria sobre manejo de catéteres centrales, la coordinación interdisciplinar con los hospitales de su grupo mediante videoconferencia, la existencia de una unidad de Paliativos con participación de diferentes unidades clínicas que mantienen una reunión por videoconferencia los jueves y que muestran al equipo auditor algunos ejemplos de los temas y casos abordados en ellas.

También comprobamos el programa de cursos de formación, las actividades de voluntariado con el programa "Música en vena" y el calendario de las fechas de actuaciones de los músicos y su publicidad.

Las memorias de todas las actividades realizadas están disponibles en la intranet del centro.

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* 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 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: *Se comprueba el acompañamiento de pacientes durante la visita realizada a la Urgencia, así como la difusión de la Resolución mediante carteles en los diferentes boxes y áreas.*

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: El Comité de Ética es común para los centros de este grupo: Fundación Jiménez Díaz, H. Infanta Elena y H. Rey Juan Carlos y se ha incorporado en 2016 el H. de Villaba.

Las actas de las reuniones se muestran al equipo auditor.

En 2015 el grupo promotor del hospital ha realizado 4 reuniones para filtrar los casos que se remiten al Comité de Ética

3. Conclusiones

3.1. Seguridad del Paciente

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS PACTADOS .*

1.3. Indicadores de Resultados

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS PACTADOS.*

1.4. Calidad Percibida

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS PACTADOS*

1.5. Gestión de la Calidad

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS PACTADOS A EXCEPCIÓN DE LA COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA, DENTRO DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR.*

1.6. Información y Atención al Paciente

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS PACTADOS A EXCEPCIÓN DE: EL MOTIVO DE RECLAMACIÓN DE MAYOR FRECUENCIA NO TIENE DESARROLLADA LA CORRESPONDIENTE ACCIÓN DE MEJORA EN EL INFORME ANUAL ELABORADO POR EL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE.*
- ✓ *NO CONSTAN EXPLÍCITAMENTE COMO SE VAN A EVALUAR LAS ACCIONES DE MEJORA EN PAIPO*