
Evaluación Cumplimiento

Objetivos de Calidad

Información y Atención al Paciente

Hospitales

Centro Sanitario
Hospital Universitario de Torrejón

Fecha: mayo 2014

Plan de Evaluación 2013/2015

Auditores:

Jose Luís Rodríguez Nava

Mercedes Parrilla Martín

Lourdes Pallarés Velarde

Índice

	<u>Página</u>
Introducción	3
Objetivos.....	4
Metodología y Actuaciones.....	4
Seguridad del Paciente	6
Indicadores de Comparación Hospitalaria.....	12
Calidad Percibida	13
Gestión de la Calidad	15
Información y Atención al Paciente	17
Conclusiones	21

1. Justificación

El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección de la administración 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 Registro documentos Informativos y Proceso de Atención al Paciente Oncológico.*
-

3. Metodología y Actuaciones

A. Entrevistas

Responsable de Calidad

Presidenta del Comité de Seguridad del Paciente

Responsable de Enfermería

Facultativa del Servicio de Medicina Preventiva

Presidente del Comité de Lactancia Materna

Responsable de Comunicación

Coordinadora del Voluntariado de la AECC

Responsable Servicio de Psiquiatría

B.Análisis Documental

Historias Clínicas y Registros Informáticos.

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

C.Observación Directa

Visita a una planta de ingreso y entrevista con la supervisora y tres pacientes ingresados.

Análisis de Áreas Estratégicas

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 12

Objetivos Obligatorios:

- Uno de los objetivos se refiere al área de urgencias Sí
- Se ha implantado un objetivo relativo a conciliación de la medicación Sí
- Se ha implantado el LVP (Listado de Verificación del Parto) Sí
- 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: *De los 12 declarados por el hospital, el Equipo Evaluador ha comprobado los cinco necesarios para alcanzar el Objetivo que no son de cumplimiento obligado en otros apartados.*

1.-Desarrollo e implantación de una herramienta de mejora de la comunicación en Urgencias. Traspaso de Información:

Se aporta el diseño, desarrollo y evaluación de un Sistema Briefing de comunicación de incidentes y efectos adversos en el Servicio de Urgencias.

2.-Proyecto de Conciliación de la Medicación al ingreso hospitalario:

Se verifica la existencia del documento que soporta el proyecto, si bien no se pudo contactar con el Servicio de Farmacia para poder acceder a la HCI (Historia Clínica Informatizada) y visualizar las actuaciones sobre pacientes concretos.

3.-Elaboración del protocolo y propuesta de aplicación en la HCI del LVP:

Se comprueba la existencia del protocolo y se confirma su implantación en la HCI.

4.-Puesta en marcha del Proyecto Guardian: Detección precoz de pacientes en riesgo. Destinado a pacientes que son dados de alta de la UCI a planta, o pacientes con algún tipo de cirugía compleja. A través de la monitorización de constantes, se obtienen automáticamente unas puntuaciones que establecen la gravedad del paciente dando lugar a una respuesta gradual en función de la misma.

Se aporta el protocolo y se visualiza su aplicación en la HCI.

5.- Identificación de pacientes. Medición de indicador.- Corte prevalencia:

Se ha realizado un estudio observacional para calcular la prevalencia en el uso de pulseras identificativas:

Se visualiza el informe con los resultados.

6.-Mejorar el cumplimiento del LVQ:

Se ha realizado formación sobre el tema a los profesionales de cirugía con la finalidad de que cumplimenten con carácter obligatorio la LVQ en el momento de redactar el Protocolo Quirúrgico:

No verificable.

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

- Número de Servicios Clínicos con responsables de SP 32
- Número Total de Servicios Clínicos 32
- Índice SCRS/NTSC*100 100%

SCRS= Servicios/Unidades con responsables de Seguridad del Paciente

NTSC= Número Total de Servicios Clínicos

Observaciones y Comentarios

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

Verificación: Se revisa el listado con los responsables correspondientes.

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

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....32
- Número Total de Servicios Clínicos..... 32
- Índice SCCS/NTSC*100 100%

SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad

NTSC: Nº total de Servicios Clínicos

Observaciones y Comentarios

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

Verificación:

Se ha celebrado una sesión formativa para todo el personal sobre comunicación y trabajo en equipo.

II Curso de Seguridad del Paciente, realizado el 24 y 25 de septiembre de 2013:

Se ven convocatoria y programa y se comprueba el listado y firmas de los asistentes.

Formación de todos los profesionales del área quirúrgica en la cumplimentación de la LVQ.

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 7

Observaciones y Comentarios

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: En el año 2013 se han realizado 8 Rondas de Seguridad: Se han visitado los Servicios de Urgencias, Hemodinámica, Pediatría/Neonatos, Hospitalización, Farmacia, Consultas Externas, UCI y una ronda realizada en el CEP.

Aportan las Actas, todas recogen la participación de varios miembros de la Dirección del Hospital (Gerente, Director Médico, Director Quirúrgico, Dirección de Enfermería, Director Financiero o Director de Sistemas,...).

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 2
- 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: Aportan los resultados de la Encuesta de la OMS sobre HM (Puntuación final: 392,5. Se ha realizado el cuestionario sobre Liderazgo 13/20).

Se han celebrado Sesiones Generales obligatorias para enfermería, auxiliares y personal de apoyo:

Se comprueba en la Intranet la convocatoria de los cursos.

Se aportan los planes de mejora y el resultado del estudio observacional llevado a cabo en la semana del 6 al 10 de mayo de 2013.

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

- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra).....3864
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada.....3690
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones estudiadas* 100).....95,50%

Observaciones y Comentarios

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

Verificación: El hospital ha realizado dos cortes para valorar su implantación:

-Uno teniendo en cuenta todo el año 2013, y que incluye las intervenciones programadas y urgentes, que obtuvo un 75,95% de cumplimiento.

-Tras implantar medidas de mejora, se realizó un segundo corte valorando las intervenciones del último trimestre, alcanzó el 95,50%.

Se revisan 17 intervenciones practicadas en la primera semana de diciembre de 2013 y se observa que en todas la LVQ figuraba cumplimentada.

1.a.8.- Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.

Protocolo de UPP:

- Escala utilizada.....NORTON
- Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras14290
- Nº total de pacientes estudiados14290
- 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:

La HCI utilizada por el hospital (FLORENCE) contiene instalada la escala Norton y está diseñada para que la enfermería valore el riesgo de úlceras por presión de forma obligatoria, ya que de no hacerlo, no puede continuar incluyendo datos en la historia del paciente.

Por este motivo no hacen "cortes" para cuantificar su cumplimentación, sino que realizan descargas automáticas desde el programa informático. Los datos hacen referencia a todos los ingresos de 2013.

Se analizan 10 altas de hospitalización de la primera semana de diciembre de 2013. En todas estaba cumplimentada la escala Norton.

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 dolorNA
- Disponen de protocolo de prevención de TVP/TEPNA

Observaciones y Comentarios

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:

Han elaborado un Protocolo de Compresión de Órdenes Verbales, aprobado por el Comité de Seguridad en Octubre de 2013, pero la Presidenta del mismo afirma que no está aún lo suficientemente difundido.

El Hospital dispone desde 2011 de una Guía de Profilaxis Antimicrobiana Perioperatoria, que ha sido revisada y actualizada en junio de 2013 por el Comité del Bloque Quirúrgico y aprobada por la Dirección Médico-Quirúrgica.

Se comprueba el documento.

En la revisión de 17 intervenciones practicadas en la primera semana de diciembre de 2013, se verifica que a todos los pacientes susceptibles de profilaxis se les había pautado, excepto en un caso el que no se encontró su aplicación cuando, según protocolo, la precisaba (paciente de 77 años intervenida de colecistectomía).

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 infantjuvenilSí
- 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.....100%

Observaciones y Comentarios

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:

En la valoración de los Objetivos de Calidad de 2012, no se hizo referencia al área psiquiátrica porque entonces el Centro no disponía de Servicio de Psiquiatría.

Se aportan los documentos actualizados de "Continuidad de cuidados en el trastorno grave de adulto" elaborado en 2013 y revisado en 2014.

El protocolo de "Cuidados en el trastorno grave infanto juvenil" ha sido confeccionado en el 2013 y actualmente está en proceso de revisión tras recibir, recientemente, las indicaciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

También se hace entrega del "Protocolo de Manejo de ideación suicida" y el de "Inmovilización terapéutica" que el año pasado no se valoró.

Sobre las citaciones de pacientes con potencial de riesgo suicida, la responsable afirma que todas las semanas se reservan en las agendas 10 huecos para casos preferentes, entre los que se encuentran estos pacientes.

Se aporta listado con 97 números de historia de pacientes atendidos a lo largo del 2013, en los que se indica la fecha de asistencia y la de cita en CSM. En general todos los pacientes fueron citados en un plazo inferior a siete días.

B.-Indicadores de Comparación Hospitalaria

1.b.4.- Infección nosocomial:

- 1.b.4.1.- Prevalencia de infección nosocomial.....3,23%
- 1.b.4.2.- Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 12,10%
- 1.b.4.3.- Bacteriemias por Stafilococo aureus resistente a meticilina/100.000 estancias*

Observaciones y Comentarios

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:

-EPINE: Se ve Informe del estudio. Lo realizan en todas las plantas del Centro, salvo Hospital de Día, Urgencias y Observación de Urgencias.

-ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera:

Cumplimentan VIRAS. El seguimiento lo efectúan durante un año. Se han practicado 95 intervenciones, declarando dos infecciones superficiales de la herida quirúrgica.

Se accede a las historias clínicas de las infecciones declaradas, verificando que su clasificación fue correcta. Se revisan diez historias más al azar, de pacientes intervenidos, no encontrando en ellas indicios de cuadro infeccioso

-Bacteriemias por Stafilococo aureus: Microbiología aportó un listado con 8 casos de hemocultivos positivos. El hospital asume cinco como infecciones propias.

Se accede a la historia clínica de las tres restantes, comprobando que el origen es ajeno al Hospital.

* El índice aportado por el Hospital era de 6,65. El encontrado según los datos facilitados durante el trabajo de campo corresponde a $5/49798 = 10,04$ bacteriemias/ 100.000 estancias

C.-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..... 10

Observaciones y Comentarios

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.*

Acciones de Mejora y Verificación: *No se verifican todos los objetivos que el hospital refiere haber alcanzado:*

1.-Realizar seguimiento de la contrata de Restauración a través de auditorias internas.

Se presentan los resultados de las auditorias realizadas por personal perteneciente al Comité de Calidad Percibida.

Han elaborado un cuestionario para realizar una encuesta de satisfacción de los pacientes sobre este aspecto. Están pendientes de que la Comunidad se lo apruebe.

Se visualiza el cuestionario.

2.-Crear un grupo de trabajo para analizar el resultado de las encuestas e incorporar acciones de mejora relacionadas con la restauración.

En el acta de la reunión mantenida entre el hospital con la contrata, se confirma la decisión de cambiar el material (plástico y cartón) en el servicio que se les presta a los pacientes aislados y utilizar el mismo material que para el resto de pacientes ingresados.

3.-Sensibilizar a los profesionales de la necesidad de informar durante todo el proceso.

Comprobado un procedimiento elaborado en el Bloque Quirúrgico para dar información a pacientes y acompañantes. Ha sido difundido por mandos intermedios.

4.-Diseñar díptico informativo de urgencias en el cual se indique la clasificación de pacientes y la prioridad en la atención.

Se aporta el documento.

5.-Diseñar cartelería informativa con las prioridades en la sala de espera del nivel 0.

Se visualiza el cartel.

6.-Han realizado un estudio sobre los tiempos medios de espera en las CCEE de facultativos y de enfermería, en el hospital y en el CEP. Los resultados han sido presentados al Hospital.

Se comprueban los datos obtenidos y la presentación elaborada para el hospital.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 3

Obligadas:

- Realización de técnicas cualitativas grupales a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria NO

Obligadas si no se cumplieron en 2012:

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

Optativas

- Difusión de actividades del Comité de Calidad Percibida NO
- Formación de profesionales en Calidad Percibida SÍ
- Colaboración/Participación con la Comunidad SÍ
- Mejora de la información a pacientes y/o familiares..... SÍ
- Otras NO

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos cuatro líneas de actuación.

Líneas de Actuación y Verificación:

1.-Han realizado gestiones para la creación de grupos focales pero no se ha llegado a crear ninguno.

2.-Formación de profesionales:

Han participado dos profesionales (un facultativo de Ginecología y la Supervisora del S. de Urgencias) en un taller sobre Calidad Percibida impartido por el SERMAS.

Se comprueban las certificaciones de la asistencia.

3.-Colaboración con la Comunidad:

Se aporta relación de reuniones mantenidas con las Asociaciones de Vecinos, Pacientes y Empresas (Funcionamiento del hospital y servicios), Convenios de colaboración con Fundaciones, Jornadas de Educación Sanitaria sobre nutrición y alergias alimentarias en diferentes colegios de la zona. Jornada de Educación Postural en el Ayuntamiento.

4.-Mejorar la información a pacientes y familiares:

Revisión de procedimiento de información a pacientes en Hospitalización. Han revisado el protocolo de "Información al paciente y Consentimiento Informado" y han realizado nuevos los Protocolos de Información.

Se verifica la elaboración de los nuevos documentos de Información a pacientes y familiares pensados para ser entregados al ingreso, si bien nos manifiestan que aún no lo hacen porque tienen que ratificar su contenido.

D.-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 2014Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Planificación de autoevaluación realizada

Verificación: Se comprueba la existencia del informe.

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

- Consumo de agua (m³/semestre/estancia).....0,84
- Consumo de electricidad (Kwh/semestre/m²).....149.17

Observaciones y Comentarios

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 Calidad nos informa que los datos de consumo lo obtienen a través de las facturas emitidas por la empresa suministradora.

Se verifica con el recibo de un mes determinado, que los datos de la factura coinciden con los datos que en el hospital utilizan para calcular el consumo total. El hospital tiene Certificación por la norma ISO 14.001.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha4

Observaciones y Comentarios

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

Líneas de Actuación y Verificación:

1.-Cursos de LM para profesionales del área Materno-Infantil: El 80 % de los profesionales ha recibido formación.

Se muestran programa y hojas de control de asistencia.

2.-Alcanzada la Fase 2D de la acreditación IHAN.

Se presenta documento de Certificación.

3.-Sesión General a todos los profesionales del Hospital sobre fármacos y lactancia.

Se visualiza presentación.

4.-Formación teórico-práctica para médicos del Sº de Urgencias.

Se muestran Programa y Hojas de control de asistencia.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 5

Obligadas:

- Evaluación del Dolor SÍ
- Atención al Dolor Agudo SÍ
- Atención al Dolor Crónico SÍ

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos cinco líneas de actuación. Tres obligadas

Líneas de Actuación y Verificación:

1.-Implantación de escala visual analógica del dolor y registro diario de la constante en la HCI. Se accede a la HCI y se comprueba que se ha incluido esta constante en la misma. El grado de utilización es variable.

2.-Puesta en marcha del protocolo de analgesia controlada por el paciente (PAC) en el postoperatorio. Se comprueba la existencia del protocolo.

3.Formación:

Curso para enfermería (REA, UVI, bloque quirúrgico, hospitalización quirúrgica) para la aplicación del protocolo anterior.

Se ven listados de participantes con las firmas de los asistentes (28-enero-2013).

Celebración de una Jornada para médicos del Hospital, de los Centros de Salud y de todos los profesionales del Corredor del Henares que quisieran participar, sobre tratamiento del dolor, en noviembre del 2013. Se comprueba listado y firmas de asistentes.

4.-Disminución de los tiempos de espera de primera consulta de Dolor Crónico:

Se ha incrementado el número de consultas de 3 a 4 a la semana. También se abren agendas extraordinarias por la tarde. Los preferentes se ven antes de 15 días. NO verificado.

5.-Apertura de sala para técnicas de bloqueos y tratamientos poco invasivos:

Antes estas técnicas se realizaban en el bloque quirúrgico, ahora se ha habilitado una sala expresamente para esta actividad. No Verificado..

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 3

Observaciones y Comentarios

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:

1.- Revisar procedimiento de reprogramación de citas:

Se comprueba el documento elaborado por la Responsable de Atención al Paciente y aprobado por la Dirección Médica.

2.-Revisar procedimiento de atención a familiares en el éxito:

Existe procedimiento de mayo 2013 sobre Actuación en el fallecimiento y tratamiento de restos humanos, pero aún no está aprobado.

3.-Revisar procedimiento de solicitud de documentación clínica.

Se verifica la existencia del documento.

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:

En la HCI existe un campo que se clica cuando la enfermera hace entrega de la Guía de Acogida. Actualmente no se incluye el Protocolo de Información porque está pendiente de implantación.

No efectúan cortes para ver su cumplimentación, porque desde el programa informático pueden obtener los datos en cada momento y de forma inmediata

En la visita realizada a una planta de hospitalización se entrevistó a tres pacientes ingresados, dos manifestaron que se les había hecho entrega de la citada Guía, y el tercero (ingresado por Urgencias), refirió que no se le había facilitado.

Se revisaron 10 historias clínicas de diciembre de 2013, comprobándose que constaba clicada la entrega de la Guía de Acogida, la de información al Alta y el índice de Norton.

2.5.- Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información clínica 16
- Número Total de Servicios Médicos y Quirúrgicos..... 16
- 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:

Han realizado Documentos para cada servicio de hospitalización, pero todavía no se han implantado por dudas surgidas respecto al facultativo va a atender al paciente, ya que en muchos casos no siempre está determinado.

La información se realiza al pase de visita en la habitación, ya que son individuales .

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 las altas. Debe existir un registro específico realizado por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización

Verificación:

En la HCI existe un campo para clicar cuando se hace entrega de la misma. También se hacen descargas sobre su cumplimentación.

En la visita realizada a la planta de hospitalización se observa que los facultativos entregan el Informe de Alta junto a las recetas médicas.

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) 100%

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:

En la HCI existe un registro específico para clicar su entrega.

Dicha entrega la realiza el personal de enfermería. En horario de noche, se hace cargo la supervisora de guardia.

Dentro de la Guía, además de la carta de condolencia y el Certificado de Defunción, el hospital aporta información sobre una funeraria concreta.

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.....NO
- 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).*

Observaciones y Comentarios

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

Verificación:

Existe un registro con documentos generados por el hospital, no específico de documentos informativos para pacientes.

Estos documentos son validados por el propio servicio que los genera y posteriormente son revisados por el departamento de Comunicación y Marketing que, además de darles el formato adecuado, revisa los textos para que sean comprensibles para los pacientes.

El hospital no tiene Comisión Técnica de Coordinación de la Información.

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

- Número de acciones de mejora implantadas3
- En las acciones de mejora consta el problema detectado.....Sí
- Figura el objetivo de la acción de mejora.....Sí
- Consta explícitamente como se va a evaluar la acción de mejora.....Sí
- 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:

Para este objetivo se mantuvo entrevista con la Coordinadora del Voluntariado del AECC, que nos informó de la puesta en marcha de las siguientes actuaciones:

1.-Talleres psicoeducativos destinados a la implicación del paciente en su enfermedad: Han llevado a cabo "Talleres de lavado de manos", junto con el Sº de Medicina preventiva, y "Talleres de Dermatología" con un facultativo del Servicio de dicha especialidad.

2.-Acciones formativas: En el 2013 se realizó un curso de Manejo de vías centrales tipo portacath para personal de enfermería.

Se comprueba la convocatoria del curso y el listado de participantes con firmas de asistencia.

3.-Cada 15 días en el CEP se realizan talleres de ocio y bienestar (musicoterapia, bailes, relajación,...)

Conclusiones

A.-Seguridad del Paciente

- *El Hospital cumple los objetivos establecidos*

B.- Indicadores de Comparación Hospitalaria

- *El Hospital no cumple el objetivo de sepsis por estafilococo aureus: El índice comunicado por el Hospital es de 6,65 bacteriemias/100.000 estancias. El encontrado, según los datos facilitados durante el trabajo de campo, corresponde a 5/49798 lo que equivale a 10,04 bacteriemias/ 100.000 estancias*

C.- Calidad Percibida

- *El Hospital ha desarrollado tres líneas de actuación optativas, no se ha llevado a cabo la realización de técnicas cualitativas grupales a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria, que es una línea de actuación obligada.*

D.- Gestión de la Calidad

- *El Hospital cumple con los objetivos.*
- *Indicadores medio-ambientales: consumo de agua 0,84m³/sementre/estancia y electricidad 149,17 KwH/semestre/m².*

E.- Información y Atención al Paciente

- *El Hospital cumple con los objetivos, a excepción de que el registro de documentos informativos no recoge el objetivo de los mismos.*