
Evaluación Cumplimiento

Objetivos de Calidad

Información y Atención al Paciente

Hospitales

Centro Sanitario
Hospital Universitario de Torrejón

Fecha: abril 2015

Plan de Evaluación 2013/2015

Audidores:

Rosa María 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.....	12
Calidad Percibida	14
Gestión de la Calidad	16
Información y Atención al Paciente.....	18
Conclusiones.....	22



Introducción

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 de Torrejón los días 10, 13 y 14 de abril para realizar el trabajo de campo.

A. Entrevistas

- *Responsable de Calidad.*
- *Técnico del Servicio de Atención al Paciente.*
- *Director Médico.*
- *Responsable médico y enfermero de Medicina Preventiva.*
- *Presidenta Comité Lactancia Materna.*
- *Presidenta Comité Calidad Percibida.*
- *Presidenta Comité del Dolor.*
- *Supervisora de paritorio.*
- *Supervisora de planta de Hospitalización.*
- *Jefe de Servicio de Psiquiatría.*
- *Jefe de Servicio de UCI.*
- *Supervisora de Enfermería.*
- *Enfermero de triaje del Área de Urgencias.*
- *Responsable de Comunicación.*
- *Jefe de Servicio de Psiquiatría.*

B. Análisis Documental

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

Historias Clínicas electrónicas.

C. Observación Directa

- *Visitas a plantas de hospitalización (Ginecología y Obstetricia y Cirugía).*
- *Visita al Servicio de Urgencias y al Servicio de Medicina Preventiva*

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 24
- 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) 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:

En el área de Urgencias :

-Estudio multicéntrico sobre Briefings de Seguridad durante el mes de mayo de 2014. Se muestra al equipo auditor presentación.

-Estudio sobre reducción de complicaciones asociadas a la aplicación de catéter venoso periférico que ha sido galardonado con la Mejores Ideas de Diario Médico en su convocatoria 2014. Se facilita al equipo auditor resumen de dicho estudio.

Ambos estudios están pendientes de las conclusiones.

En el Área pediátrica :

-Establecimiento de un plan formativo e informativo para familiares de neonatos con el fin de reducir la infección en la Unidad de Neonatología. Se muestra plan al equipo auditor que se puso en marcha en noviembre de 2014..

En relación a la reducción de la infección urinaria:

- Estudio sobre el número de infecciones urinarias asociadas a sondaje vesical en UCI, se muestra estudio al equipo auditor.

- Elaboración de protocolo sobre tratamiento de infección urinaria.

- *Elaboración de protocolo sobre inserción y mantenimiento de sondaje vesical.*

Se muestran protocolos al equipo auditor.

- *Implantación de LVP: en una muestra de 10 pacientes se comprueba la implantación de LVP desde enero de 2014, que es cumplimentada siempre por la matrona, pero no por el ginecólogo ni por el anestesista, cuando intervienen.*

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

- Número de Servicios Clínicos con responsables de SP34
- Número Total de Servicios Clínicos 34
- 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 con los 34 profesionales que son referentes en cada servicio y acta de la reunión informativa con todos ellos, celebrada el 7 de octubre de 2014. No existe nombramiento como tal pero sí la comunicación y aceptación vía e-mail. Se verifican varios de estos e-mails.

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

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....30
- Número Total de Servicios Clínicos..... 30
- Índice SCCS/NTSC*100100%

SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad

NTSC: Nº 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: En todos los servicios clínicos se han realizado sesiones sobre higiene de manos y manejo del paciente con Ébola. Se muestra listado y cronograma al equipo auditor.

En el bloque quirúrgico se han realizado sesiones recordatorias sobre el Listado de Verificación Quirúrgica.

Se ha celebrado en julio de 2014 una sesión general para todo el personal sanitario sobre Rondas de seguridad. Se muestra convocatoria al equipo auditor.

Dentro del Plan de Acogida para alumnos de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria se ha celebrado una sesión sobre introducción a la seguridad del paciente.

Se ha ofrecido a todo el personal un Curso on line sobre seguridad del paciente. Se muestra programa del mismo al equipo auditor.

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 10

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 muestran las actas de las Rondas, cronograma, problemas detectados y soluciones recomendadas.*

Se verifica verbalmente con el personal de la UCI.

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: Se facilitan al equipo auditor los nombramientos de los responsables del proyecto (dos médicos y una enfermera) y la presentación del mismo a la Unidad.

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 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: El responsable del programa es una enfermera de Neonatología que es la Presidenta del Comité de Higiene de Manos.

Durante el año 2014 se han desarrollado las siguientes acciones:

- Supervisión del suministro de SHA
- Establecimiento de un calendario de formación pactado con la Dirección y realización de cursos online y formación continuada mediante "lluvia de ideas".
- Realización de estudio observacional de Higiene de Manos
- Revisión y renovación periódica de la cartelería. Se comprueba en la visita por el hospital.
- Elaboración de tríptico informativo dirigido a pacientes y familiares para su inclusión en la Guía de Acogida. Se facilita al equipo auditor un ejemplar del mismo, el Plan de Acción de Mejora en Higiene de Manos y el informe de autoevaluación con el marco de la OMS.

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

- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra).....18.084
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada.....18.084
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones estudiadas* 100).....100%

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: El modelo utilizado es el de la OMS adaptado. Se muestra al equipo auditor el estudio de evaluación realizado por el hospital.

Se verifica 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.....NORTON
- Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras 12.243
- Nº total de pacientes estudiados 12.243
- 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: Se muestra al equipo auditor el informe de la evaluación correspondiente al año 2014. El registro de riesgo de úlceras es un campo obligatorio en la Hoja de Valoración de Enfermería, se revisa una muestra de 10 pacientes hospitalizados, comprobando 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 riesgoSí
- Protocolo para el control y mantenimiento del carro de paradasSí

Obligados si no se cumplieron en 2013:

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

Observaciones y Comentarios

Meta: 2 (ó 3).

Verificación: Se facilitan al equipo auditor protocolo de órdenes verbales, de medicamentos de alto riesgo de fecha noviembre 2014 y protocolo 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 adultoSí
- Disponen del protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenilSí

- Disponen del protocolo de evaluación del riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias.....SÍ
- Se ha incluido en el protocolo de evaluación de riesgo suicida un Listado de Verificación con los siguientes ítems:
 - Número de intentos de suicidio previosSÍ
 - Ideación suicida reciente.....SÍ
 - Planificación suicida reciente.....SÍ
 - Grado de daño médico como resultado del intento actualSÍ
 - Información sobre intentos previosSÍ
 - Historia familiar de intentos de suicidioSÍ
 - Apoyo social o familiarSÍ
- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria..... 99,07%

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 del Adulto" y en el "Trastorno Mental grave Infanto-juvenil" y el protocolo de "Manejo Ideación Suicida en la Atención de Urgencias" que tiene un Checklist con los ítems establecidos por el SERMAS a incluir en la Historia clínica en caso de riesgo alto de tentativa suicida.*

Cada semana se reservan dos huecos en la agenda de Psiquiatría para la citación de pacientes con riesgo autolítico, se muestra al Equipo Auditor la Agenda de Citaciones y el informe de Actuación en pacientes con potencial riesgo suicida durante el año 2014.

B.-Indicadores de Efectividad

1.b.1.- Infección nosocomial:

- Prevalencia de infección nosocomial 3,08
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 facilita al equipo auditor el Informe EPINE 2014 y se muestran los modelos de fichas de vigilancia y control de la infección y el cronograma de los controles ambientales de superficie y aire correspondientes al año 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 informe de revisión Observatorio de Resultados, de acuerdo con dicho Informe el Hospital alcanzó el nivel de resultados fijados por el SERMAS, no obstante se celebraron reuniones de trabajo con los responsables de los Servicios que registraban unas tasas de reingresos superiores a la norma.*

Las acciones de mejora implantadas han sido:

- *Revisión y actualización de los protocolos de profilaxis antibiótica prequirúrgica*
- *Seguimiento del cumplimiento de las medidas de asepsia en el Bloque Quirúrgico*
- *Revisión pre-alta por el Jefe de Servicio para verificar la estabilidad clínica en el momento del alta.*
- *Teléfono de acceso directo externo con el especialista correspondiente para el paciente y sus familiares.*

Se lleva a cabo un seguimiento mensual de las acciones de mejora puestas en marcha con reuniones en las que participan la Dirección de Enfermería, la Dirección Médica y Responsables de cada uno de los Servicios implicados. No se facilitan actas de dichas reuniones.

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..... 4

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: *Se han implantado las siguientes acciones:*

- Mejora del área de consultas externas: Se han realizado auditorías bimensuales sobre la limpieza de las instalaciones. Se muestra al equipo auditor planilla de revisiones efectuadas y procedimiento limpieza autorizado por el Servicio de Medicina Preventiva.

- Mejora del área de Restauración: Se ha realizado una auditoría trimestral del servicio externalizado de hostelería. Se facilita al equipo auditor informe y modelo de check list utilizado. También se ha llevado a cabo una encuesta de satisfacción sobre el servicio de alimentación que está pendiente de resultados, se muestra el modelo del cuestionario utilizado.

- Mejora del área de Urgencias: Se han reestructurado los espacios del área de Urgencias y se ha sensibilizado al personal sanitario sobre la importancia de preservar la intimidad. Se muestra al equipo auditor protocolo sobre humanización del paciente en Urgencias pendiente de aprobación, se visita el área de Urgencias y se facilita cuestionario de la encuesta de satisfacción en el que se ha incluido una pregunta relativa a intimidad del paciente en el área de Urgencias.

- Mejora del área de CMA: Se ha aprobado una reforma de ampliación de la sala de espera y se ha sistematizado el procedimiento de información a familiares y acompañantes del paciente. Se visita el área de CMA, se facilita al equipo auditor el nuevo procedimiento de información aprobado en junio de 2014 cuyo funcionamiento se verifica haciendo una simulación in situ .

- Mejora de la escala del dolor en el área de hospitalización: pendiente de ejecución

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 sanitariaNO

Optativas

- Difusión de actividades del Comité de Calidad PercibidaSÍ
- Formación de profesionales en Calidad PercibidaNO
- Colaboración/Participación con la ComunidadSÍ
- Mejora de la información a pacientes y/o familiares.....NO
- Otras.....¿?

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: *Se han implantado las siguientes acciones:*

- *Encuestas a pacientes: Se realizan encuestas cuatrimestrales con el fin de conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes. Se facilita modelo de encuesta al equipo auditor.*
- *Colaboración con la Comunidad: Se facilita listado de asociaciones con las que se realizan actividades (ALCER, AECC...) cronograma de actividades desarrolladas durante el año 2014 y convenios firmados entre ambas partes.*
- *Escuela de Pacientes: se muestra documentación gráfica, cronograma y presentación a la Jornada de Calidad Percibida del Servicio Madrileño de Salud.*
- *La realización de técnicas cualitativas grupales para conocer la opinión de pacientes y/o familiares sobre aspectos de la atención sanitaria está pendiente de ejecución.*

D.-Gestión de Calidad

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

- N° de líneas de actuación puestas en marcha 3
- Han desarrollado una línea de Coordinación con Atención Primaria.....NO
- Se celebran reuniones semestrales con Atención PrimariaNO

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:

No se realizan reuniones específicas con Atención Primaria (A.P.), solo las propias del Comité que se reúne con una periodicidad semestral y en las que han participado 1 pediatra, 1 matrona y 1 enfermera de A.P como miembros integrantes del mismo. Se facilitan actas al equipo auditor.

Las líneas de actuación realizadas han sido:

- Edición de dos folletos uno de información para la embarazada y otro sobre lactancia tras el nacimiento, denominado "semáforo de lactancia". Dicho folletos se facilitan al equipo auditor.

- Celebración de dos cursos (en mayo y octubre de 2014), sobre lactancia materna dirigidos a profesionales sanitarios y no sanitarios. Se muestra al equipo auditor listado de firmas de asistencia y programa del mismo.

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

- N° de líneas de actuación puestas en marcha 3

Obligadas:

- Evaluación del Dolor Sí
- Atención al Dolor AgudoNO
- Atención al Dolor Crónico Sí
- Coordinación con Atención Primaria* Sí

*(Para Hospitales de los grupos 1, 2 y 3)

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:

- Inclusión de la escala EVA para evaluación del dolor en pacientes ingresados en la hoja de valoración de enfermería. Se comprueba su cumplimentación en una muestra aleatoria de 10 historias clínicas.

- Elaboración de un protocolo de atención al dolor agudo en Pediatría, pendiente de aprobación.

- En relación con la atención al dolor crónico, se ha incluido en la cartera de Servicios la aplicación de acupuntura y ozonoterapia. Se muestran al equipo auditor protocolos de acupuntura y de ozonoterapia aprobados en octubre del año 2014. La acupuntura se ha empezado a aplicar en el año 2015 y la ozonoterapia se ha empezado a aplicar en el 2014 fundamentalmente en el tratamiento del pie diabético.

- Para fomentar la Coordinación con Atención Primaria se celebraron charlas informativas en los Centros de salud y se ofreció a los médicos de A.P., la colaboración vía e-mail para consultas sobre dolor crónico, asignando un anestesista de referencia para cada Centro de Salud. Se muestra al equipo auditor cuadro de la asignación de los centros de salud y e-mails de las consultas realizadas.

Se facilitan al equipo auditor las Actas de las reuniones del Comité de Atención al Dolor.

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 4

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:

-Celebración de reuniones semanales con la Dirección Médica para revisar las listas de esperas en Consultas externas para primera consulta y tomar las medidas correctoras correspondientes (por ej. abrir y completar agendas). Se muestran al equipo auditor las convocatorias de las mismas vía e-mail, pero no se elaboran actas.

-Mejora en la accesibilidad telefónica mediante la activación de un buzón de voz en el Call Center. Se muestra al equipo auditor, procedimiento establecido.

-Mejora en la atención personalizada en mostradores mediante la modificación del circuito de entrega de justificantes, citas diferidas, etc. Estas modificaciones se han implementado en el sistema informático (FLORENCE) y son verificadas por el equipo auditor.

-Control de la asistencia de los pacientes a Consultas Externas mediante el envío SMS con recordatorio de cita y llamada personalizada en el caso de pruebas con preparación y de pacientes de Psiquiatría. Se muestra al equipo auditor, estudio del seguimiento mensual de pacientes que no asisten a consulta.

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 el responsable de mostrarlas y facilitar información complementaria, a su ingreso. Su entrega queda registrada en la valoración de enfermería, lo que ha sido comprobado por equipo auditor.

2.5.- Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información clínica 17
- Número Total de Servicios Médicos y Quirúrgicos..... 17
- Índice (SMQP/NTS x 100)100%

SMQP= Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos

NTS: N° total de Servicios Médicos y Quirúrgicos.

Observaciones y Comentarios

Meta: Estar implantados en el 95%

Verificación: Todos los servicios disponen de protocolo de información asistencial, comprobándose en visita a planta de Hospitalización que se incluye en la Guía de Acogida.

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

- Índice (N° de Guías de Información al alta entregadas / total altas hospitalización x 100)..... 99,98%

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 ha facilitado una hoja Excel que incluye 26.192 registros de altas, constando solo cuatro casos sin dicha entrega.

En visita a planta de hospitalización se comprueba que la Guía de Información al Alta contiene el Informe médico de Alta, las recetas, la cita en consultas externas el informe de recomendaciones de enfermería y documentos anexos para facilitar la tramitación de aspectos sociales.

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

- Índice (N° de Guías de Atención al Duelo entregadas / total de éxitus x 100)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: La entrega de la Guía de Atención al Duelo la hace enfermería y se registra en el libro de decesos, amputaciones y abortos una vez que el personal de seguridad comprueba con la familia que disponen de toda la documentación necesaria para la funeraria.

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

- Se ha creado el Registro SÍ
- Figura en el Registro el nombre del documento SÍ
- Constan los objetivos del documento SÍ
- Figura el tipo de soporte (póster, folleto,..tríptico, etc...) SÍ
- Consta el servicio 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 NO
- 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 registro de documentos informativos, en el que figuran 69 documentos registrados. En los que se ha efectuado una revisión, no figura la fecha de la misma si no el número de versión.

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

- Número de acciones de mejora implantadas 3
- 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..... 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, etc...

Acciones de Mejora y Verificación:

Consejos nutricionales: realización de taller de consejos nutricionales para pacientes oncológicos. Se muestra presentación en Power Point.

Autocuidado: realización de talleres de maquillaje, relajación, cuidados estéticos y lavado de manos.

Voluntariado: se realiza fundamentalmente con la AECC, que ha organizado diversos talleres entre ellos, Risoterapia, Musicoterapia, Biodanza, Relajación etc. También una Jornada de formación sobre las necesidades sociales del paciente oncológico, recursos de la AECC y cómo afrontar situaciones difíciles desde el voluntariado

Se mantiene entrevista con la coordinadora de la AECC para el Hospital quien nos muestra fotos de dichas actividades y listados de asistencia a talleres.

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*80%
- *(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 por qué motivos.

Acciones de Mejora y Verificación: *La Resolución 30/2013, se aplica en cuatro de las cinco áreas de urgencias, (no aplicable en el box vital).*

Se entrega al equipo auditor el documento con las normas de acompañamiento de los pacientes de la sala de observación, junto con un díptico de información para pacientes y familiares en el área de Urgencias. Se comprueba el acompañamiento en visita al área de urgencias.



Conclusiones

A.-Seguridad del Paciente

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados, no obstante, se observa que las sesiones de seguridad no están programadas de forma reglada en cada servicio.*

B.- Indicadores de Efectividad

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados.*

C.- Calidad Percibida

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados, salvo la realización de técnicas cualitativas grupales a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria.*

D.- Gestión de la Calidad

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados a excepción de que el Comité de Lactancia Materna no celebra reuniones específicas con Atención Primaria y que la elaboración de un protocolo de atención al dolor agudo en Pediatría está pendiente.*

E.- Información y Atención al Paciente

- ✓ *Se cumplen los objetivos pactados.*