
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Información y Atención al Paciente Hospitales

Centro Sanitario
Hospital Universitario de Torrejón

Fecha: abril 2016

Plan de Evaluación 2015-2016

Equipo de Evaluación

Margot Cisneros Britto
Margarita García Barquero
Rosa María Sanz Maroto

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	16
2.3. Calidad Percibida.....	18
2.4. Gestión de la Calidad	20
2.5. Información y Atención al Paciente	24
3. Conclusiones	31

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.

El equipo evaluador se desplazó al Hospital Universitario Torrejón de Ardoz los días 29 y 30 de marzo y 12 de abril para realizar el trabajo de campo.

1.3.1. Entrevistas.

- Gerente Hospital
- Director Área Quirúrgica y Miembro del Comité del Dolor
- Director Médico
- Responsable de Calidad
- Responsable de los Sistemas de Gestión de Sanitas Hospitalares
- Responsable de Atención al Paciente
- Coordinadora de Atención al Paciente
- Responsable Comité Lactancia Materna
- Jefa de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos
- Jefa de Servicio de Psiquiatría
- Responsable de Enfermería

1.3.2. Análisis Documental.

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

Historias Clínicas electrónicas.

1.3.3. Observación Directa.

Se realizaron las siguientes visitas:

- Plantas de hospitalización.
- Servicio de Urgencias.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Centro de Salud Mental.
- Servicio de Admisión y Atención al Paciente.

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 12

Objetivos Obligatorios:

- Uno de los objetivos se refiere a seguridad en el área de urgencias Sí
- Uso de radiaciones ionizantes Sí
- Se han establecido prácticas para reducir la infección en tracto urinario Sí

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: *Se han implantado al menos 12 objetivos de seguridad del paciente en el año 2015, de los que se han verificado los tres objetivos obligatorios, área de urgencias, uso de radiaciones ionizantes y reducción de infección del tracto urinario.*

En Urgencias se organizó una acción formativa denominada “Curso de Triaje y Atención al Paciente Crítico en Urgencias para personal de enfermería” con los objetivos entre otros de que el equipo conociera la escala de triaje utilizada, el funcionamiento y distribución del material del box vital, la medicación y material utilizados en el paciente crítico. El equipo evaluador verificó mediante actas y hoja de asistencia con firmas que dicho curso se llevó a cabo el 10 de junio de 2015.



En el uso de radiaciones ionizantes, se organizó una sesión clínica el 13 de noviembre de 2015 en la que participó el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico, con el objetivo de unirse al proyecto del Ministerio sobre recomendaciones de no hacer “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” cuyo objetivo es “evitar pruebas que no aportan beneficio, cuya relación entre riesgo y beneficio no esté clara o cuando no exista suficiente evidencia para aconsejar su uso sistemático.

Fruto de esta sesión se ha elaborado un Protocolo de solicitud de RX de Tórax en el Servicio de Medicina Intensiva, con el objetivo de ajustar las indicaciones de dicha exploración a las necesidades de los pacientes, de forma segura, y efectiva. El equipo evaluador ha comprobado mediante acta la mencionada sesión clínica y la redacción del citado protocolo en diciembre de 2015 que ha sido aprobado por la Dirección en febrero de 2106, según consta en la documentación aportada, por lo tanto no ha estado implantado en el año 2015.

- También han aportado las actas de las reuniones mantenidas en el tercer trimestre de 2015 con cada uno de los siete Centros de Salud dependientes del Hospital, en las que han participado los facultativos de A. P. y el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico, abordando la mejora en las peticiones e informes para lograr la optimización de dosis.

- En relación a la reducción de la infección del tracto urinario, en el año 2014 el Hospital redactó un procedimiento sobre inserción y mantenimiento de sondaje vesical en UCI, con el objetivo de reducir la infección en el tracto urinario. El equipo evaluador ha comprobado que en el año 2015 se ha implantado un registro de infección urinaria en relación con el sondaje vesical, derivado de dicho procedimiento.

- Han aportado un Protocolo de Tratamiento Antibiótico de la Infección del Tracto Urinario. El objetivo es facilitar a los profesionales del Servicio de Medicina Intensiva recomendaciones sobre el tratamiento antibiótico empírico inicial. Así pues este protocolo se dirige al tratamiento de la infección ya instaurada, no a su reducción, por lo que no se ajusta a lo requerido.

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 sesiónNC
- El Servicio o Unidad cuenta con responsable de seguridad nombrado, que participa en la elaboración de esos objetivosSí
- Número Total de Servicios o Unidades33

- Índice SCU2S/NTSU*100 66.61%

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, imparte 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: El equipo evaluador ha comprobado una relación de Departamentos o Servicios con el nombre de la persona responsable de seguridad de paciente. Junto con dicha relación han presentado una carta informativa dirigida a cada uno de dichos responsables indicándoles que durante el año 2015 deberán difundir la encuesta de cultura de seguridad entre los miembros de su Servicio y realizar al menos una acción formativa específica y una acción relacionada con el Check-list en aquellos servicios que les sea de aplicación.

De forma verbal la responsable del Comité de Calidad nos comunica que los dos objetivos requeridos se han llevado a cabo en el Bloque Quirúrgico, incluida una sesión formativa el 18 de diciembre, no obstante, no existe registro de dichas acciones.

Como mejora al no haber alcanzado la meta, se está convocando a los responsables de cada servicio individualmente para establecer con ellos los objetivos y cronograma para el año 2016.

2.1.3. Realización de Rondas de Seguridad.

- Número de Rondas de Seguridad realizadas..... 11
- 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: *Han facilitado actas de las Rondas de Seguridad en las que constan problemas detectados, soluciones propuestas y la relación de participantes entre los que figuran miembros del Equipo Directivo, con el siguiente cronograma: 30 enero las dos Admisiones (General y Urgencias), 27 febrero Atención al Paciente, 24 abril Bloque Q., 29 mayo Paritorio y Hospital Día, 26 junio Urgencias, 31 julio UCI, 25 septiembre, Diálisis y Banco Sangre, 30 octubre, Pediatría y Neonatología, 25 noviembre, Farmacia, 4 diciembre, UCI y 11 diciembre laboratorio /Rehabilitación*

En la visita el equipo auditor ha comprobado la resolución de algunos de los problemas detectados vinculados a la seguridad del paciente: ej. compra de cámaras que permitan la visualización de algunos boxes "ocultos" en UCI, ej. compra de fármacos con envases diferenciados para evitar errores en su uso, etc.

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 2
- 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: *De acuerdo a la Autoevaluación de Higiene de Manos llevada a cabo por el Centro se establecieron dos áreas de Mejora:*

1. *Formación a nuevos profesionales. Cursos realizados en mayo y junio de 2015.*

2. *Charlas de refuerzo sobre Higiene de Manos a profesionales de enfermería, personal de apoyo y auxiliares de enfermería para mejorar cumplimiento de los 5 momentos de OMS.*

El equipo evaluador ha comprobado el programa y la recogida de firmas de asistencia.

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas* 100)..... 99.13%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 10
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nº total intervenciones muestra)..... 100%

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: *El modelo utilizado es el de la OMS adaptado a formato informático.*



Han aportado relación de todas las intervenciones realizadas (12.299 intervenciones) durante 2015 con los datos recogidos en LVQ. El día de la visita de Auditoría, el equipo evaluador comprobó que el LVQ es recogido en soporte informático y que en las historias escogidas al azar de intervenciones realizadas el 19 de noviembre de 2015, en todas (el 100%) estaba corréctamente cumplimentado.

2.1.6. Implantación del sistema de identificación inequívoca mediante pulseras en Urgencias.

- Índice dado por hospital (nº de pacientes con pulsera/nº total pacientes estudiados*100) 96%
- Observación directa: nº de pacientes con pulsera/nº de pacientes verificados*100.....100%

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada ≥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: Han aportado copia de un protocolo de identificación inequívoca actualizado el 16 de noviembre de 2015, para el grupo de Sanitas Hospitalares, en el que se incluye el HUT.

Con posterioridad, se realizó un corte de identificación el 12 de diciembre de 2015 en los Servicios de UCI, Urgencias, Urgencia Pediátrica, Pediatría, Quirófano, Área Materno-filial, Unidad neonatal y otras. Los resultados fueron que de 149 pacientes, 95 (64%), contaban con identificación inequívoca de acuerdo a protocolo. En Urgencias ese mismo día, de 27 pacientes observados, 26 (96%) llevaban la pulsera identificativa.

El día de la visita, el equipo Auditor mediante observación directa, pudo corroborar el uso de las pulseras de identificación por todos los pacientes que se hallaban en Urgencias.

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

- Se ha elaborado el Informe de ImplantaciónSí
- 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 SocialSí

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: *El informe describe la actividad del programa con el número de pacientes incluidos (40). Se verifica por el equipo auditor que existen fichas de continuidad de cuidados en todos los pacientes.*

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 suicida94,92%
- 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 ARSUC) del último trimestre del año 2015. Si no fuera posible comprobar con ese carácter retroactivo, verificar las agendas ARSUC en vigor en el momento de la evaluación.

Verificación: *Se verifica la existencia del informe de implantación de Checklist de riesgo suicida para pacientes atendidos de urgencias psiquiátricas que incluye la descripción de actividades llevadas a cabo por la Unidad de Salud Mental (entrevista Psiquiátrica, exploración psicopatológica y recogida de los datos del Checklist) y el número de pacientes atendidos (118 pacientes).*

Hay que señalar que si bien el Protocolo e Informe de Riesgo Suicida, recogen los siete ítems del Checklist recomendados por la Oficina Regional de Salud Mental, no obstante, estos no forman un listado individualizado dentro de la Historia Informática (FLORENCE), sino que quedan incluidos dentro de la exploración. Los fines de semana no hay Psiquiatra de guardia y los pacientes urgentes son derivados a la Clínica de La Paz (privada), no teniendo constancia en estos casos de la realización del Checklist.

El día de la visita el equipo evaluador, junto con uno de los psiquiatras del Centro de Salud Mental, revisaron una muestra de historias y en todas ellas constaban reflejados los citados siete ítems.

Así mismo se comprobó, a través de una muestra de historias del último trimestre de 2015, que los pacientes en ideación o riesgo suicida, fueron citados en consulta en el plazo inferior de una semana. No obstante en el caso de pacientes drogodependientes y con riesgo suicida que son atendidos de forma habitual en su CAD de referencia, en estos casos, no se tiene constancia de que hayan sido citados en el plazo requerido.

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

Disponen de protocolo de inmovilización terapéuticaSí
Fecha de la última actualización2015

Observaciones y Comentarios

Meta: Disponer de protocolo actualizado

Verificación: Se entrega al equipo evaluador el protocolo de inmovilización terapéutica que ha sido actualizado durante el año 2015 y presentado para su aprobación el 22 de enero de 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 suficientesNO
- En caso negativo, se han revisado conjuntamente con los profesionales implicados.....Sí
- Ha sido necesario establecer áreas de mejoraSí
- 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: *Han aportado acta del Comité de Dirección del Hospital de fecha 9 de diciembre de 2015, en la que se efectuó la Revisión de Resultados del Observatorio de 2014.*

Documentalmente han acreditado que durante 2015 se han establecido áreas de mejora que cuentan con responsable, actuaciones y cronograma, que han sido las siguientes:

- Bajar las tasas de reingresos de Cirugía, Urología y Medicina Interna: En Cirugía General se ajustaron las indicaciones de CMA en pacientes complejos y en Urología la adecuación de altas precoces que pasaron a ser supervisadas siempre por el Jefe de Servicio o el Responsable senior con experiencia. En Medicina Interna: se han estudiado los criterios de altas precoces y se revisaron los procedimientos de codificación clínica. Con estas acciones la tasa de reingresos en la actualidad, tiene valores mejores que la norma.

- Disminuir el número de cesáreas de Bajo Riesgo: se revisaron los criterios de indicación que resultaron correctos por lo que no se han cambiado, si bien han propuesto la monitorización mensual de Cesáreas durante 2016 para poder establecer la causa de las sobreindicaciones.

- Se ha constado mediante Informe de fecha 18 de diciembre de 2015 que en esta Revisión del Observatorio de Resultados participó Medicina Preventiva. En dicho Informe se recoge que no "identifican áreas de mejora" ya que la tasa de infección es inferior a la media.

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..... 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

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: *Las acciones de mejora propuestas por el Comité de Calidad percibida fueron 5, pero solo se han implantado 4: en Urgencias "Aumentar la satisfacción con el ítem "Intimidad en el servicio urgencias"; en Consultas externas disminuir el "Tiempo de espera para pedir la cita"; en Hospitalización en relación con el Confort de las habitaciones, "Adaptar al menos una habitación por planta para personas con discapacidad" y en el ítem "Trato recibido por parte del personal asistencial y no asistencial" despliegue del programa "Everyday Hero".*

Han sido verificadas por el equipo evaluador las siguientes acciones:

- En Urgencias, se envió un e-mail a todo el personal del hospital recordando que "el pasillo de boxes de urgencias es un área de asistencia y no de paso" y que las puertas de acceso deben mantenerse cerradas. Se comprueba el día de la visita que las puertas están cerradas y apenas hay circulación de personal por los pasillos.

- En Consultas Externas, mejora del Call Center y especialización de los puestos en Admisión incluyendo formación del personal. En Admisión, se comprueba el día de la visita que hay un dispensador de números diferenciados según el puesto de atención que se solicite. En relación con el Call Center se verifica que quedan recogidas en pantallas tanto el número de llamadas, el tiempo de espera de las mismas y las que el ciudadano desiste.

2.3.2. Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida.

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 3
- Se han realizado técnicas cualitativas a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria..... NO

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: *El Comité de Calidad Percibida propuso cuatro líneas de actuación: línea 1 Desarrollo del proyecto de técnicas cualitativas grupales; línea 2: Encuestas a pacientes propias del Centro; línea 3 Análisis de reclamaciones de pacientes y línea 4 Mantenimiento del programa de acogida y alta de pacientes ingresados.*

La línea obligatoria de desarrollo de técnicas cualitativas de opinión sigue sin haberse desarrollado.

Del resto de líneas, el Hospital ha aportado información documental.

2.4. Gestión de Calidad.

2.4.1. Consolidación del modelo EFQM.

- Nº planes de acción implantados 3

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: Derivados de la Autoevaluación FQM 2015 se han propuesto 8 planes de acción.

La responsable de calidad presentó al equipo evaluador la documentación incluida en la Intranet del Hospital, en relación con los proyectos iniciados en 2015, que son los siguientes: Plan de Comunicación Interna, Sistema de Gestión por Procesos y Plan de Contingencia de Sistemas.

El resto serán implantados durante el año 2016.

2.4.2. Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna.

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 4
- 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 propuso cuatro líneas: Línea 1: Coordinación con Atención Primaria con, al menos, una reunión/semestre; Línea 2: Conocer la situación de la lactancia materna en el centro; Línea 3: Formación del 80% personal que atiende a madres y Línea 4: Seguridad en la preparación de leches infantiles.

En relación con las líneas obligatorias, se ha verificado mediante acta que han realizado dos reuniones con Atención Primaria una el 4 de marzo de 2015 y otra el 25 de junio de 2015. Y en cuanto al conocimiento de la situación de la lactancia materna en el centro, el equipo auditor pudo comprobar la existencia de registros en la Historia Informática (Florence) que recogen el deseo de lactancia materna al ingreso y al alta, pero no han aportado informe ni datos sobre dichos registros.

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 12
- Número Total de Servicios o Unidades 26
- Índice SUCED/NTSUC*100 46%

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 en un servicio quirúrgico y otro médico, la implantación de la escala.

Verificación: El hospital cuenta con escala de valoración de dolor agudo (EVA) incluida en la aplicación FLORENCE y en el informe remitido por el Hospital, se recoge que está implantada en doce Servicios.

El equipo evaluador comprobó en varias historias informáticas que la escala EVA no quedaba cumplimentada y la responsable de enfermería nos comunicó que era recogida en papel por enfermería y destruida al dar de alta al paciente. Por este motivo el equipo evaluador no pudo constatar su utilización.



En cuanto a su implantación por Servicios, hay que señalar que el porcentaje manifestado por el propio Hospital en 2015, es del 46%, cifra por debajo de la meta y que tampoco se alcanzó en el 2014.

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 dolorNO
- Coordinación con Atención Primaria*NC

**(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: Las líneas propuestas fueron: Línea 1, *Implantación de la utilización del Cuestionario del paciente sobre el dolor postoperatorio*; Línea 2, *Atención al dolor crónico*; Línea 3, *Coordinación con UFGR para establecer línea de seguridad en tratamiento del dolor*; Línea 4, *Coordinación con Atención Primaria* y Línea 5: *Optimizar la utilización de las herramientas disponibles para el manejo del Dolor Agudo*.

Línea 1: Han desarrollado un cuestionario de Evaluación del dolor postoperatorio y un protocolo de analgesia.

No se ha constatado la utilización de nuevas Técnicas instrumentales ni alternativas, ni las líneas de coordinación con UFGR ni con Atención Primaria, si bien consta la existencia de una dirección de correo electrónico a disposición de Atención Primaria, para enviar consultas de pacientes.

En cuanto a la línea 5 se ha realizado Formación del Personal de Enfermería en el manejo de las Bombas de Perfusión analgésica e incorporación de la analgesia multimodal, acreditado mediante listado de participantes.

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 5

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: Las acciones de mejora implantadas en el año 2015 en relación con los motivos de reclamación más frecuentes (retraso en atención en urgencias, disconformidad con la asistencia en general, citaciones, desacuerdo sobre normas o justificantes, mejora en la información clínica, etc.) son:

- En relación con el retraso de atención en Urgencias, se ha revisado y actualizado el Tríptico (que se entrega en el momento de la filiación), sobre el funcionamiento de este servicio para reforzar la información verbal que se da al paciente y a los cuidadores.

- En cuanto a la disconformidad en la asistencia se ha implantado un modelo de solicitud de ambulancias a través de un formulario que debe llenar el facultativo antes de dar el Alta, si procede.

- Respecto a las citaciones se ha procedido a facilitar la ocupación de huecos que queden libres en las agendas y así adelantar citas.

- Como mejora de la información clínica se recuerda a los facultativos mediante e-mail, la necesidad de entregar en mano al paciente del informe tras consulta externa, para que pueda acudir a Atención Primaria antes de que el informe se haya cargado en Horus.

El equipo evaluador ha comprobado, mediante folleto informativo, envío de e-mail, actas de subsolución de incidencias y en las agendas, que las referidas acciones, han sido llevadas a cabo.

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 x100)... 99,94%

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:

Dentro de la Gestión por Procesos han redactado un "PPPs de Admisión de pacientes en Hospitalización", en el que se indica que el personal de enfermería debe verificar que la Guía de Acogida está en la habitación del paciente y tras darle la bienvenida, se le explica el contenido de la misma. Estas actividades deben registrarse en Florence.

- El responsable de enfermería ha elaborado un Informe de Entrega de las Guías, con el indicado porcentaje.

- El equipo Auditor ha comprobado que las Guías de Acogida están disponibles en las habitaciones y que su entrega queda registrada en la valoración de enfermería.

- Las Guías se adecuan a lo requerido.

2.5.3. Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información asistencial*..... 17
- Número Total de Servicios Médicos y Quirúrgicos..... 17
- 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: Todos los servicios disponen de una hoja de información asistencial genérica, en donde se menciona que la información en el pase de visita, se realizará en la propia habitación del paciente y en horario de 8:30 a 10:00. No se hace mención a la información fuera de ese horario.

Se ha comprobado por el equipo Auditor, en visita a la planta de hospitalización, que dicha hoja informativa está visible en cada una de las habitaciones.

No han presentado el preceptivo informe en el que conste el protocolo con el procedimiento para facilitar información asistencial fuera del pase de visita médica ni los puntos contemplados en la fórmula para valorar los niveles de cumplimiento.

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) 97.98%

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 ha comprobado por el equipo Auditor que en la historia informática hay un Registro específico de entrega de la Guía al Alta. En la visita a Planta se comprobó que dicha Guía incluye: Informe Médico, Informe de Enfermería, recetas y cita de consulta de revisión.

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) 98,36%

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 ha comprobado en una muestra de historias que existe un Registro específico y que su cumplimentación es correcta.

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
 - 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*
 - Figura la fecha del Visto Bueno
 - Figura la fecha de inicio de difusión.....Sí
 - Figura, en su caso, la fecha de retirada o revisión
 - Porcentaje de documentos informativos*
- 36/36=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 no está actualizado y se ha comprobado que se incluyen algunos documentos que no van dirigidos al paciente (ej. XX Curso Teórico-práctico en anestesia inhaladora avanzada CMA y de corto ingreso) y a su vez, que otros documentos no están incluidos en este Registro (ej. Cómo preparar biberones en el domicilio).

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 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 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

Verificar tres acciones *in situ*, documentalmente, historias clínicas, etc., según corresponda.

Acciones de Mejora y Verificación: Han aportado documentalmente la realización de las siguientes acciones:



1 - En Gestión de citas, hay un Proyecto de mejora del módulo de Florence para Hospital de día,(HdD):"citador de sillones para episodios de HdD y prescripción de tratamientos a través de Farmatools.

3- Respecto a continuidad asistencial se han desarrollado varios talleres: Enfermedad Trombo embólica en el Paciente Oncológico, el 12 de noviembre; Consejo Genético Oncológico, el 17 de abril y Dolor en Pacientes Oncológicos ", el 07 de mayo.

4, En Autocuidado para pacientes: han desarrollado algunas actividades incluidas en la Escuela de Pacientes: - Taller "Cansancio en Pacientes Oncológicos" llevado a cabo el 3 de febrero. Colaboración en diferentes talleres (dermatología, pestañas postizas, trucos y estética para pelucas, colocación de pañuelos, Medidas de higiene y seguridad ante el paciente. Cuidados de la piel en el paciente oncológico de La Roche Posay.

5- Voluntariado: en colaboración con la AECC. Han aportado breve informe genérico de las acciones y actividades desarrolladas: -Mesas y campañas informativas, dirigidas a la población general. Taller de pintura, que se inició el día 5 de marzo, para pacientes en el CEP Las Veredillas. -Desayunos para familiares de pacientes, cada 15 días aproximadamente. Decoración navideña de Hospital de Día y "Gran desayuno de Navidad". Difusión del "cuento del mes", repartidos entre los pacientes de HdD.

Las acciones de autocuidado y voluntariado se realizan a través de la Escuela de Pacientes, contando con la Dirección Médica y una persona específica que coordina las acciones realizadas.

Todas estas acciones fueron presentadas y verificadas de forma documental ej Memoria anual de la Escuela de Pacientes, redacción del proyecto de mejora de citas en Florence, carteles anunciantes de los Talleres, etc.

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: *El equipo evaluador comprobó el día de la visita que se aplica en todas las Áreas de Urgencias. Por motivos de obvios de seguridad no se aplica en el Box Vital.*

2.5.9. Reuniones mantenidas por el Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del centro o institución:

- Número de reuniones mantenidas.....NA

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: *No se ha constituido el CEAS porque no cuentan con un profesional formado en esta área.'*

3. Conclusiones

3.1. Seguridad del Paciente

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS PACTADOS, SALVO QUE EL DESPLIEGUE POR SERVICIOS NO HA ALCANZADO LA META PROPUESTA.*

1.3. Indicadores de Resultados

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS PACTADOS. EN LA REVISIÓN DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS SE ESTABLECIERON Y SE LLEVARON A CABO ÁREAS DE MEJORA SEGÚN SE DETALLAN EN EL APARTADO CORRESPONDIENTE DE ESTE INFORME.*

1.4. Calidad Percibida

- ✓ *SE HAN IMPLANTADO 4 DE LAS 5 ACCIONES DE MEJORA PACTADAS CON LA DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE.*
- ✓ *LA LINEA OBLIGATORIA DE DESARROLLO DE TÉCNICAS CUALITATIVAS GRUPALES A PACIENTES Y/O FAMILIARES PARA CONOCER SU OPINIÓN SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA, NO SE HA PUESTO EN MARCHA*

1.5. Gestión de la Calidad

- ✓ *DURANTE EL AÑO 2015 REALIZARON LA AUTOEVALUACIÓN SEGÚN MODELO EFQM INICIANDO TRES PLANES DE ACCIÓN.*
- ✓ *EN RELACIÓN CON EL COMITÉ DE LACTANCIA NO HAN APORTADO INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO.*
- ✓ *NO SE HA ALCANZADO LA META DE IMPLANTACIÓN DE ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR.*

- ✓ *NO SE HA CONSTATADO LA UTILIZACIÓN DE NUEVAS TÉCNICAS INSTRUMENTALES NI ALTERNATIVAS, EN TRATAMIENTO DE DOLOR, NI LAS LÍNEAS DE COORDINACIÓN CON UFGR NI CON ATENCIÓN PRIMARIA.*

1.6. Información y Atención al Paciente

- ✓ *NO HAN PRESENTADO EL PRECEPTIVO INFORME EN EL QUE CONSTE EL PROTOCOLO CON EL PROCEDIMIENTO PARA FACILITAR INFORMACIÓN ASISTENCIAL FUERA DEL PASE DE VISITA MÉDICA.*
- ✓ *EL REGISTRO DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS DIRIGIDOS A PACIENTES NO ESTÁ ACTUALIZADO.*
- ✓ *NO SE HA CONSTITUIDO EL CEAS POR NO CONTAR CON UN PROFESIONAL FORMADO EN ESTA ÁREA.*