
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Información y Atención al Paciente Hospitales

Centro Sanitario
HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (HGV)

Fecha: abril de 2016

Plan de Evaluación 2015-2016

Equipo de Evaluación

Almudena de Mazarredo Pamplo
Mercedes Parrilla Martín
José Luís Rodríguez Nava

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.....	17
2.4. Gestión de la Calidad	19
2.5. Información y Atención al Paciente	23
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.

Desplazamiento del Equipo Evaluador al Hospital General de Villalba, realizando el correspondiente trabajo de campo para la toma de datos en las siguientes fuentes de evidencia:

1.3.1. Entrevistas.

- Directora de Calidad.
- Director Médico de Continuidad Asistencial.
- Responsable del Servicio de Información y Atención al Paciente.
- Jefe del Servicio de Psiquiatría.
- Jefe de Servicio y facultativo de ORL
- Responsable del Servicio de Urgencias
- Supervisora y personal del Servicio de Urgencias.
- Responsable de Seguridad del Paciente y UFGR.
- Supervisora de Unidad de Hospitalización
- Personal del Servicio de Admisión.
- Personal de Seguridad.

1.3.2. Análisis Documental.

Toda la documentación que soporta la justificación del cumplimiento de objetivos.

Muestra de Historias Clínicas.

1.3.3. Observación Directa.

Se visitan diferentes dependencias del Hospital:

- Servicio de Información y Atención al Paciente
- Servicio de Admisión
- Unidad de Hospitalización
- Área de Urgencias
- Sala de personal de seguridad.

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..... 14

Objetivos Obligatorios:

- Uno de los objetivos se refiere a seguridad en el área de urgenciasSÍ
- Uso de radiaciones ionizantesSÍ
- Se han establecido prácticas para reducir la infección en tracto urinarioSÍ

Observaciones y Comentarios

Meta: *Implantar, al menos, cinco objetivos de seguridad del paciente con responsable, indicador y meta.*

Verificar los tres obligatorios, mediante visita, protocolos, registros, material, etc., según proceda.

Objetivos y Verificación:

-Ámbito de urgencias.- Se comprueban en visita al Servicio de Urgencias:

La emisión de mensajes en las pantallas de televisión instaladas en las sala de espera de urgencias, con contenidos que llaman a la participación de los pacientes en su seguridad.

La asociación informática de los códigos de barras de los tubos de sangre extraídos en Urgencias, con las peticiones en la HCE Casiopea.

-Uso de radiaciones ionizantes: Se ha impartido un curso de formación al personal del Servicio de Radiodiagnóstico. Se aporta la presentación del curso y las firmas de los participantes.

-Infección del tracto urinario: Han elaborado un protocolo de sondaje vesical, aprobado por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos en diciembre de 2015. Se verifica su disponibilidad en el Portal de Calidad de la Intranet,

2.1.2. Despliegue de los objetivos de seguridad del paciente en los Servicios o Unidades.

- Número de Servicios o Unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente, uno de los cuales, debe ser impartir como mínimo una sesión.....40
- El Servicio o Unidad cuenta con responsable de seguridad nombrado, que participa en la elaboración de esos objetivosSí
- Número Total de Servicios o Unidades 45
- Índice SCU2S/NTSU*10088,89%

SUC2S= Servicios/Unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente

NTSU= Número Total de Servicios o Unidades

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si >80% de Servicios o Unidades. No alcanzada si <70%, en cuyo caso han de elaborar propuesta de mejora.

Los objetivos deben ser propios del servicio o unidad, no es válida una sesión general hospitalaria sobre seguridad, ni tampoco las que en el servicio en cuestión, imparta otra unidad ajena, como por ejemplo la UFGR.

Verificar por medio de actas, nombramientos, registros, correos, presentaciones y contenido de la sesión, etc., según proceda.

Verificación: La Directora de Calidad ha facilitado al equipo evaluador (EE) un listado con todos los servicios y unidades del hospital (27 y 18 respectivamente = 45) y el nombre de los Responsables de Seguridad del Paciente de cada uno de ellos.

Se aportan también los objetivos de seguridad por servicios, pudiéndose observar que no en todos ellos figura la elaboración de objetivos, ni se han impartido sesiones propias como tales, y en algunos casos (Farmacia, Bloque Quirúrgico, Hospital de Día..Hospitalizaciones) comparten el mismo objetivo, que se refiere a guía de medicamentos de Alto Riesgo, o como en el caso de Anestesia y Traumatología que aportan como objetivo la cumplimentación del LVQ, que es un objetivo específico señalado por el SERMAS.

Por lo que el índice de cumplimiento notificado por el centro, no se puede inferir de la documentación facilitada.

No obstante, hay que considerar que al tratarse de un Centro que comenzó a prestar asistencia en junio de 2014, es muy razonable que en su primera etapa, la estrategia del hospital sea inculcar la cultura de seguridad al personal y formarles en ese sentido, cuestión que han estado realizando según se pudo constatar. Se aporta la presentación de dicha formación y firmas de participantes.

Por otra parte, sí hay algunos servicios, como los que a continuación se citan, que han elaborado en mayor grado estos aspectos:

Dermatología: 1.-Sesión propia del servicio sobre SP, que se comprobó mediante la presentación de las firmas de los participantes. 2.- Inclusión en la historia clínica informatizada (HCI) de imágenes (formatos JPG) de las lesiones para disponer de ellas en la programación de quirófano y en la propia intervención quirúrgica. Se verifica en la HCI la inclusión de archivos JPG.

Ginecología: 1.-Sesión de seguridad del servicio, que se verifica con las firmas de los participantes. 2.- Realización e implantación del "Protocolo de hemorragia postparto". Se verifica mediante la presentación del cartel- resumen.

Cirugía General: 1.-Sesión para el uso de la herramienta análisis causa-raíz. Se verifica la existencia del documento que describe el procedimiento. Se aportan firmas de los participantes.

2.1.3. Realización de Rondas de Seguridad.

- Número de Rondas de Seguridad realizadas.....4
- Las Rondas están documentadas Sí
- Se han realizado, al menos, dos visitas UCI Sí
- Se ha realizado, al menos, una visita a Urgencias..... Sí
- Se ha realizado, al menos, una visita al Bloque Quirúrgico Sí
- Participaban miembros del equipo directivo Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: *Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cuatro rondas de seguridad documentadas y con temáticas vinculadas a seguridad del paciente. Dos de ellas en UCI, una en Urgencias y una en el Bloque Quirúrgico.*

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Tres rondas.

Según el documento de recomendaciones debe participar algún miembro del equipo directivo (gerente, directores, subdirectores o similares).

Hospitales grupos 1,2 y 3: Verificar las realizadas en Bloque Quirúrgico, Urgencias y UCI.

Resto: Las rondas realizadas.

Verificación: *Se aportan las actas de las 4 Rondas con la siguientes fechas y servicios participantes:*

30-4-2015 en Bloque Quirúrgico

8-7-2015 y 2-12-2015 en Servicio de Cuidados Intensivos

11-11-2015 en Servicio de Urgencias

Se comprueba en los cuatro documentos:

- la participación de miembros de la dirección

- el desplazamiento de los participanmtes a los servicios correspondientes

- que los problemas que se presentaron estaban relacionados con la seguridad del paciente.

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 11
- 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: *El hospital comunica que ha desarrollado 11 planes de mejora, si bien, cabe matizar que entre ellos cuenta la autoevaluación con herramientas OMS, que al no ser un plan de mejora como tal, hace que en realidad sean 10 los planes establecidos.*

La creación del grupo promotor de higiene de manos se constata con las dos actas del 27/4/15 y del 25/5/15.

Dada la reciente puesta en funcionamiento del centro, todos sus profesionales son de "nueva incorporación". La Formación en higiene de manos se verifica con los 12 cursos impartidos por categorías profesionales y a la vista de los registros de firmas de asistencia correspondientes al año 2015.

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas* 100)..... 98.04%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra).....31
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra)..... 96,77%

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:

La hoja de verificación quirúrgica (LVQ), se integra en la historia clínica electrónica (HCE) a la que el equipo evaluador accede para su comprobación.

El Hospital realiza un seguimiento semestral de la cumplimentación de la LVQ y un corte observacional por el Responsable de Seguridad de Quirófanos sobre todas las intervenciones practicadas en diciembre de 2015.

Se revisan 31 intervenciones programadas que se practicaron el 19 de noviembre de 2015, y que correspondían a: Traumatología y C. Ortopédica (10); Oftalmología (6); C. Gral y Digestivo (5); Ginecología (3); ORL (2) y Cirugía Maxilofacial (1). De ellas, una carecía de LVQ.

2.1.6. Implantación del sistema de identificación inequívoca mediante pulse- ras en Urgencias.

- Índice dado por hospital (nº de pacientes con pulsera/nº total pacientes es-
tudiados*100) 98,04%
- Observación directa: nº de pacientes con pulsera/nº de pacientes verifica-
dos*100..... 100%

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada $\geq 90\%$. No alcanzada si $< 80\%$, en este caso elaborar propuesta de mejora.

Se verifica a través de la observación directa del equipo evaluador en el Servicio de Urgencias.

Verificación: El índice dado por el hospital se sustenta en corte observacional realizado los días 24/8/15, 16/10/15 y 23/12/15. En el primero se incluyó a la urgencia y hospitalización de 110 pacientes y solo 1 no llevaba la pulsera. Los otros dos cortes observacionales se llevaron a cabo en urgencias en 51 pacientes. Además de comprobar la colocación de la pulsera se valoró el grado de concordancia de los datos.

El equipo evaluador visitó el Servicio de Urgencias, constatando la existencia de pulse-
ras de identificación en los pacientes.

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

- Se ha elaborado el Informe de Implantación **SÍ**
- El informe recoge:
 - Número de pacientes incluidos **SÍ**
 - Número de Consultas de Psiquiatría **SÍ**
 - Número de Consultas de Psicología **SÍ**
 - Número de Consultas de Enfermería **SÍ**
 - Número de Consultas de Trabajo Social **NA**

Observaciones y Comentarios

Meta: Informe de implantación, que debe describir la actividad del Programa.

Ver informe de implantación y comprobar si existen fichas de continuidad de cuidados cumplimentadas.

Verificación: Se mantiene entrevista con el Jefe de Servicio de Psiquiatría. Se revisa el informe de implantación y se accede a las fichas cumplimentadas de los 32 pacientes que tienen en activo.

La actividad del Trabajador Social se contabiliza dentro de la primera consulta de psicología infantil y en la Comisión de Área y Familia (CAF) que se reúne una vez al mes.

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.....NO
- Está implantado el Checklist en el protocolo de evaluación de riesgo suicidaNO
- Porcentaje de pacientes con Checklist de riesgo suicida100%
- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en un Servicio de Salud Mental en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria92,68%

Observaciones y Comentarios

Metas: Informe de implantación del Checklist de riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas: Debe contener la descripción de las actividades realizadas y el número de pacientes en los que se utiliza el Checklist con respecto al total atendido en urgencias con tentativa suicida.

Se verifica a través de la revisión de los listados de verificación cumplimentados (registros, historias clínicas, etc.)

Seguimiento: 100% de los pacientes con potencial riesgo suicida deben tener cita en el Centro de Salud Mental, en el plazo máximo de una semana desde el alta hospitalaria.

Se verifica a través de muestra significativa de historias clínicas (informes de alta) y fechas de cita de los pacientes (agendas ARSUIC) del último trimestre del año 2015. Si no fuera posible comprobar con ese carácter retroactivo, verificar las agendas ARSUIC en vigor en el momento de la evaluación.

Verificación: Se revisa el informe de implantación del checklist del riesgo suicida, en el que se indica que "la atención a la conducta suicida...comprende la evaluación de los pacientes en la urgencia con el protocolo sugerido por el panel de expertos del GEICS".

El informe contempla los números de las historia clínicas de los pacientes (68) que han realizado tentativas de suicidio.

Protocolo de evaluación de riesgo suicida en urgencias psiquiátricas:

Este documento no existe como tal en el Servicio de Urgencias para uso por los facultativos de guardia que en primera instancia valoran al paciente. La evaluación del riesgo la realiza el psiquiatra, cumplimentando la historia clínica en la que se ha incluido el checklist de riesgo suicida con los ítems literales que señala el SERMAS. Se comprueba accediendo a la historia.

Tiempo transcurrido desde el alta hasta la cita en consulta:

El Jefe de Servicio lleva un seguimiento en Excel de las 68 citaciones para consulta en código 100 (código que se aplica a primeras consultas que se dan a los pacientes que han hecho intento de suicidio) con el siguiente resultado: las citaciones corresponden a 58 pacientes, de los que 41 son los intentos autolíticos y, de ellos, comprueba que 38 pacientes han tenido cita en menos de 7 días (92´68%) los 3 casos restantes corresponden a aplazamiento voluntario de la cita por el paciente, a un desplazamiento a otra Comunidad Autónoma y a una renuncia a la consulta.

El equipo evaluador, en 8 casos elegidos aleatoriamente, verifica en la HCE que la cita cumple el requisito de plazo máximo en 7 días.

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

Disponen de protocolo de inmovilización terapéuticaSí

Fecha de la última actualizacióndiciembre 2015

Observaciones y Comentarios

Meta: Disponer de protocolo actualizado

Verificación: Se aporta el protocolo de inmovilización terapéutica.

La última revisión corresponde a diciembre de 2015, ha sido elaborado por el Departamento de Psiquiatría de los hospitales Fundación Jiménez Díaz, H.U. Rey Juan Carlos, H.U. Infanta Elena y H. General de Villalba.

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 ObservatorioNA
- Los resultados del Centro han alcanzado los niveles suficientesNA
- En caso negativo, se han revisado conjuntamente con los profesionales implicados.....NA
- Ha sido necesario establecer áreas de mejoraNA
- Las áreas de mejora cuentan con responsable, actuaciones y cronogramaNA
- Se han revisado con la participación de Medicina Preventiva, los resultados del Observatorio sobre los indicadores de infección relacionada con la asistencia sanitaria.....NA

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: Objetivo no auditable en este Hospital

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.....NA

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: *Objetivo no auditable en este Hospital*

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 13
- Se han realizado técnicas cualitativas a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria.....SÍ

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cuatro líneas de actuación.

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

Verificar si se han llevado a cabo técnicas cualitativas de opinión (grupos focales, de discusión, entrevistas semiestructuradas, observación, etc.).

Líneas de Actuación y Verificación:

El hospital comunica 13 líneas de actuación.

En lo que se refiere a técnicas cualitativas de opinión, se indica, que el 22 de diciembre de 2015 se llevó a cabo un grupo de debate para evaluar el grado de

satisfacción de los pacientes que fueron usuarios del Servicio de Urgencias durante el mes de septiembre de 2015, mediante la siguiente metodología:

Estudio cualitativo a través de focusgroup. De todos los pacientes a los que se llamó telefónicamente para ofrecerles participar, acudieron únicamente cuatro (tres mujeres y un hombre).

Se verifica, accediendo a las imágenes de la reunión, al guión e informe Focus group, a la ficha técnica y a su transcripción, así como a las autorizaciones firmadas por los pacientes.

2.4. Gestión de Calidad.

2.4.1. Consolidación del modelo EFQM.

- Nº planes de acción implantadosNA

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: Objetivo no auditable en este Hospital

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 12
- Han desarrollado una línea de Coordinación con Atención PrimariaSÍ
- 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 ha desarrollado 12 líneas de actuación.

Se comprueba la línea relacionada con coordinación con Atención Primaria, revisando las actas de las 4 reuniones celebradas en 2015 a las que asisten como representantes la Dirección de Continuidad Asistencial, Dirección de Calidad, Coordinadora de Neonatología, Jefe de Sº de Pediatría, DUE Hospitalización Pediatría, Matrona del Hospital, responsable de la Asociación de Apoyo a la Lactancia, Matrona AP, Coordinadora de equipos de la DANO (Dirección de Atención Primaria Noroeste), Pediatra AP, etc.

Línea relacionada con conocer la situación de la lactancia materna en el Centro:

Se realizó un curso en abril-2015 para personal médico, de enfermería y matronas. Antes y después de la realización del curso, se pasó una encuesta del estado del conocimiento que sobre la lactancia materna tenía el personal de neonatos y maternidad. Se comprueba revisando los resultados de las respuestas al cuestionario y la valoración de los resultados obtenidos.

Asimismo, para conocer la situación citada, hacen uso de los datos que se recogen en formularios de la historia clínica informatizada sobre la alimentación del recién nacido en la primera toma.

- Se elabora, consensua y aprueba la normativa de lactancia materna en febrero de 2015, que incluye los 10 pasos para una lactancia natural feliz y el cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos, así como el protocolo de lactancia (HGV-AP).

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 11
- Número Total de Servicios o Unidades 12
- Índice SUCED/NTSUC*100 91,6%

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:

Para los datos que de porcentaje de implantación ha manifestado el hospital, entendemos que se han tenido en cuenta las áreas de ingreso (planta 3ª A, B y C y 4ª A y B) compartidas por varios servicios y los claramente diferenciados (Urgencias pediátricas y de adultos, REA, UCI, Unidad del Dolor, Neonatos).

En cualquier caso, lo relevante es que la escala EVA de valoración del dolor está incorporada en la historia electrónica electrónica y es de obligado cumplimiento para continuar escribiendo en la misma, por lo que no se entiende que exista un servicio que no cumpla este criterio, tal y como indica el hospital en sus datos (11/12).

Se visita una planta de hospitalización y se comprueba su cumplimentación accediendo a la historia de pacientes ingresados.

2.4.4. Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Atención al Dolor.

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 7

Obligadas:

- Atención al Dolor Agudo.....Sí
- Atención al Dolor Crónico.....Sí
- Coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGR), para establecer línea centrada en la seguridad del tratamiento del dolorSí
- Coordinación con Atención Primaria*Sí

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

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cinco líneas de actuación, 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:

Manifiestan 7 líneas de actuación puestas en marcha.

Se comprueban las relativas a:

1.-Coordinación con la Unidad Funcional de Gestion de Riesgo:

En el punto 3 de la ficha de situación del Comité de Atención al dolor se establece como coordinación con la UFGR la implantación en el 100% de las Unidades de Hospital de las Escalas de Valoración del Dolor (EVA), y propuesta de convertir al HGV en Hospital sin dolor.

Este objetivo se solapa con el analizado en el punto anterior 2.4.3.

2.-Coordinación con AP:

Atención Primaria tiene acceso a la consulta de atención al dolor. La petición y derivación se realiza como con cualquier otra especialidad, solicitud informática, via CAP. Se comprueba accediendo a la solicitudes de interconsultas.

Los criterios de derivación a la citada consulta figuran en la intranet del hospital, que se encuentra abierta a los facultativos de Atención Primaria mediante las claves correspondientes. Se constata accediendo a intranet. Además, se visualiza la presentación en powerpoint que se elaboró para exponer la coordinación.

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 12

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: Manifiestan 12 acciones de mejora.

Se constatan 5, que corresponden a:

-Seguimiento de la hospitalización del paciente: Personal del Servicio Atención al Paciente (SAP) cursa visitas diarias a las habitaciones de aquellos pacientes con un ingreso superior a 6 días para, de forma proactiva, atender las necesidades, observaciones, quejas, deficiencias, etc que les pongan de manifiesto. El equipo evaluador comprueba los listados que de forma automática se facilitan a este Servicio con los pacientes con ingresos > 6 días y los correos que se derivan de sus visitas.

-Demora en Urgencias:

Se establecen protocolos de actuación sobre: Filiación de 15 o más pacientes en una hora, y demoras > 45 min en la atención médica. Se trata de ponerlo en conocimiento del Jefe de Guardia, para la adopción de medidas (refuerzo..etc)

El personal del Servicio de Atención al Paciente ("chaquetas verdes") controla en sus ordenadores la situación respecto a la asistencia que a los pacientes se está prestando (ej.- pendiente de radiología, analítica, etc.) con objeto de informar a los familiares. Se verifica accediendo en el Servicio de Urgencias al sistema informático y observando la situación y el control que de los pacientes atendidos en ese momento se está llevando a cabo.

- Establecimiento de un protocolo para la custodia de objetos perdidos y olvidados: Se comprueba la existencia de dicho protocolo y se ve en la sala del personal de seguridad, la caja fuerte de que disponen para su custodia y el registro que llevan de los objetos en ese momento custodiados.

- Para evitar pérdidas de placas de mamografías (que se habían reclamado) se ha dispuesto que las mamografías que las pacientes entregan al Servicio de Radiodiagnóstico para realizar el estudio comparativo, sean remitidas desde éste al de Atención al Paciente, donde las pacientes las recogen, en sobre cerrado, identificadas y con un listado indicando filiación y número de placas. Se comprueba en el SAP, un listado remitido por Radiodiagnóstico y sobres cerrados conteniendo placas.

-Realización de cursos de "Trato y tratamiento" para personal sanitario y administrativo: se aportan los listados con las firmas de los participantes.

2.5.2. Porcentaje de habitaciones que disponen de la Guía de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Índice (Nº de Guías de Acogida disponibles / Nº pacientes ingresados x 100)..... 96,02%

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:El hospital indica un porcentaje del 96,02% de entrega de Guías de Acogida.

En la HCE existe un casilla para registrar la entrega de la Guía de acogida, que se verifica por el equipo evaluador accediendo a la misma en el control de enfermería de la planta de hospitalización visitada.

El hospital realiza cortes informáticos para establecer el porcentaje de pacientes que figuran con registro de entrega.

Se comprueba la disponibilidad de las Guías de Acogida del SERMAS, mediante visita aleatoria a habitaciones en dicha planta de hospitalización.

2.5.3. Implantación de protocolos de información asistencial.

- Número de Servicios Médicos y Quirúrgicos con protocolos de información asistencial* 18
- Número Total de Servicios Médicos y Quirúrgicos..... 18
- 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: Disponen de un procedimiento de información clínica/no clínica, edición 2.0 elaborado por Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Atención al Paciente, aprobado en octubre de 2015 por la Comisión de Dirección, revisado en septiembre de 2015 y de alcance para todo el personal.

Los servicios incluidos en este cuadro de información son: M.Interna, Geriátrica, Cuidados Paliativos, Neurología, Pediatría, Obstetricia-ginecología, Traumatología, Cirugía General y Digestivo, Urología, ORL, UCI, C. Maxilofacial, C. Pediátrica, Oftalmología, C. Plástica, C. Torácica, Oncología Médica y Reumatología.

El cuadro de horarios y lugares de información clínica de los servicios médicos/quirúrgicos se comprueba que está a disposición del personal de enfermería, pero no se encuentra a la vista de pacientes y acompañantes. Esta información se facilita si el paciente y/o acompañante la demanda.

Se recomendó la necesidad de difusión de los horarios de información por especialidades, fuera del pase de visita, sugiriendo que se incluyera en la guía de acogida.

Todas las plantas de hospitalización disponen de un despacho destinado a facilitar información.

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) 98,90%

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: El hospital indica un porcentaje del 98,90% de entrega de Guías de Información al Alta, según estudio realizado en el registro informatizado incorporado a la HCE.

No han realizado cortes para verificar el contenido de las carpetas.

En la historia clínica existen casillas para señalar la entrega de la guía al alta y la de recetas. Según indican, son los facultativos a quienes corresponde hacer clic en ellas, siendo misión del personal de enfermería comprobar que en la carpeta del alta, están los informes médico y de enfermería, las recetas, las recomendaciones específicas para cada patología, otros informes opcionales y las citas preceptivas.

En el control de Enfermería de la planta de hospitalización visitada, se comprueba que el registro de entrega está incluido en la HCE y se verifica el contenido de las carpetas dispuestas para su entrega a pacientes que cursaban Alta, con el siguiente contenido: Informe de Alta Médica, Informe de Enfermería al Alta, recetas de medicamentos de nueva prescripción y próxima cita para 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) ... 100%

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si $\geq 95\%$. No cumplida si $< 85\%$, en cuyo caso se ha de elaborar propuesta de mejora.

Debe existir un registro específico o Checklist realizado por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. Verificar su existencia y cumplimentación.

Verificación: Manifiestan que cuando se produce la defunción, desde la planta, se llama al personal de la empresa "Interfuneraria" que tienen presencia física en el hospital, y es éste el responsable de la entrega de la guía, a la vez que le oferta los servicios de la funeraria a los familiares por si no disponen de otra cobertura.

La enfermería es la que hace clic en la HCI, registrando su entrega.

Los cortes que se utilizan para expresar el porcentaje de entrega también son informáticos y corresponden a los registros recogidos.

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

- Se ha creado el RegistroSí
- Figura en el Registro el nombre del documento.....Sí
- Constan los objetivos del documentoSí
- 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 BuenoSí
- Figura la fecha de inicio de difusiónSí
- Figura, en su caso, la fecha de retirada o revisiónSí
- Porcentaje de documentos informativos* 100%

**(Nº de documentos informativos 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 hospital refiere un 100% de documentos informativos para pacientes, incluidos en el registro.

Se constata que cuentan con un Registro interno que incorpora todos los documentos y datos solicitados, aprobados por el Comité Local de la Información (CLI) que se constituyó en mayo de 2015. Con antelación a esta fecha esta actividad la desarrollaba el Comité de Calidad Percibida (CCP).

Aportan el acta de la constitución del Comité Local de la Información", mayo 2015.

Se muestra el libro excel, soporte del registro de documentos informativos, que cuenta con las cabeceras que se exigen.

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 9
- 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: *Manifiestan la puesta en marcha de 9 acciones de mejora. Se constatan tres:*

1.-Gestión de citas: "No demorar la revisión ante el resultado de una prueba positiva": las pruebas con resultados positivos son marcadas con un código oncológico, y capturadas por personal de Atención al Paciente, avisando a los facultativos responsables para adelantar la cita. Se verifica visualizando directamente el buzón de alertas.

2.-Formación al voluntariado: Se aporta documentación justificativa.

3.-Taller de autocuidado de la piel: Se visualiza el programa del taller de autocuidado y un listado con los días de su emisión y el número de participante.

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 hospital señala una aplicación de la Resolución que alcanza el 100% de las áreas del Servicio de Urgencias.*

Se visita el área de urgencias, comprobando que en la sala de espera se encuentran pacientes (identificados con pulseras azules) acompañados por familiares (identificados con pulseras verdes). También se comprobó este hecho en los boxes (pacientes en camas). En el espacio destinado a la extracción de sangre u otras técnicas puntuales, en el momento de la visita, no había ningún paciente que requiriera de acompañamiento.

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

- Número de reuniones mantenidas.....0

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si ≥ 10 reuniones/año. No cumplida si <5 reuniones, en este caso elaborar propuesta de mejora.

Verificar mediante actas, registros, citaciones miembros, etc.

Acciones de Mejora y Verificación:

El Comité es el de la Fundación Jiménez Díaz que tiene carácter institucional e incorpora a los Hospitales Universitarios Rey Juan Carlos, e Infanta Elena y al General de Villalba.

En el año 2015 se asignaron dos personas del Hospital de Villalba para ser integrantes del Comité, que durante este año recibieron formación para labor, pero que por normativa estatutaria no podían entrar a formar parte del mismo. Se nos indica que esta cuestión ya está resuelta en 2016..

3. Conclusiones

3.1. Seguridad del Paciente

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS, CON LAS SIGUIENTES OBSERVACIONES:*
- ✓ *QUE EN LO QUE SE REFIERE AL DESPLIEGUE DE LOS MISMOS EN SERVICIOS Y UNIDADES, NO EN TODOS ELLOS FIGURA LA ELABORACIÓN DE OBJETIVOS, NI SE HAN IMPARTIDO SESIONES PROPIAS.*
- ✓ *NO OBSTANTE, ES NECESARIO CONSIDERAR, QUE AL TRATARSE DE UN CENTRO QUE COMENZÓ A PRESTAR ASISTENCIA EN JUNIO DE 2014, ES MUY RAZONABLE QUE EN SU PRIMERA ETAPA, LA ESTRATEGIA DEL HOSPITAL SEA INCULCAR LA CULTURA DE SEGURIDAD AL PERSONAL Y FORMARLES EN ESE SENTIDO, CUESTIÓN QUE HAN ESTADO REALIZANDO SEGÚN SE PUDO CONSTATAR.*

1.3. Indicadores de Resultados

- ✓ *OBJETIVO NO AUDITABLE EN ESTE CURSO.*

1.4. Calidad Percibida

- ✓ *CUMPLEN LOS OBJETIVOS RELACIONADOS CON LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA.*
- ✓ *NO PROCEDE AUDITAR LAS RELACIONADAS CON LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE 2014, POR LA FECHA DE ENTRADA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL.*

1.5. Gestión de la Calidad

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS.*

1.6. Información y Atención al Paciente

- ✓ *SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS, CON LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:*
- ✓ *SE HAN ELABORADO LOS PROTOCOLOS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL; SON DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE CONTROL DE ENFERMERÍA, PERO NO DE PACIENTES Y FAMILIARES, SALVO QUE LO DEMANDEN.*
- ✓ *EL HOSPITAL NO HA PARTICIPADO EN EL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA, QUE ES EL DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, QUE CON CARÁCTER INSTITUCIONAL INTEGRA A LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS REY JUAN CARLOS, INFANTA ELENA Y AL GENERAL DE VILLALBA.*