
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial

Humanización, e Información y Atención al Paciente Año 2017

Centro Sanitario
Hospital General de Villalba

Fecha:09/04/2918

Plan de Evaluación 2017-2018

Equipo de Evaluación

Guadalupe Mata Calbacho
Gloria Calpena Gutierrez

Índice

	<u>Página</u>
1. Introducción	4
1.1. Justificación	4
1.2. Objetivos.....	4
1.3. Metodología y Actuaciones	5
2. Indicadores de Calidad	7
2.1. Desplegar la seguridad del paciente en la organización	7
2.2. Impulsar prácticas seguras	10
2.3. Mejorar la calidad percibida.....	12
2.4. Desarrollar la gestión de la calidad.....	15
2.5. Optimizar la atención al dolor	17
3. Indicadores de Humanización	18
4. Indicadores de Información y Atención al Paciente.....	21
5. Conclusiones	23

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 Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria, coordinan los objetivos de su competencia 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, según figura en los vigentes Planes de Inspección de Sanidad, de la Dirección General de Inspección y Ordenación de la Consejería de Sanidad, de la que forma parte.

1.2. Objetivo del Programa.

Verificar el cumplimiento de los objetivos de Calidad Asistencial en lo que se refiere a:

- *Desplegar la seguridad del paciente en la organización*
- *Impulsar prácticas seguras*
- *Mejorar la calidad percibida*
- *Desarrollar la gestión de la calidad*
- *Optimizar la atención al dolor*

Verificar el cumplimiento de los objetivos de Humanización de la Asistencia Sanitaria y en concreto lo relativo a:

- *Mejora de la información y acompañamiento del paciente*
- *Coordinación de la misma*
- *Otras actividades de humanización de la asistencia sanitaria*

Verificar el cumplimiento de los objetivos de Información y Atención al Paciente, expresamente en lo que se refiere a:

- *Acciones de mejora derivadas de las reclamaciones*
- *Registro y requisitos de documentos dirigidos a los pacientes.*

1.3. Metodología y Actuaciones.

Se realizó preamente el analisis de la documentación enviada por la Subdirección General de Calidad sobre los objetivos de Calidad del Hospital,

Se solicitó al centro información sobre los mismos,

Se elaboró plan de auditoria que se envió a la responsable de calidad acordando previamente la fecha de visita y las entrevistas a las personas relacionadas

Se realizó la correspondiente visita de campo donde se llevaron a cabo las actuaciones, entrevistas y verificaciones correspondientes.

Entrevistas.

- Director Asistencial
- Subdirector Asistencial
- Responsable de Seguridad del Paciente y Jefe Servicio Medicina Preventiva
- Responsable de SIAP
- Responsable de Admisión
- Directora de Enfermería
- Responsable de Sistemas de Información
- Jefe de Mantenimiento
- Gobernanta corporativa
- Directora de Calidad
- Facultativo de Ginecología, Responsable de Seguridad del Paciente
- Jefe del Servicio de Ginecología
- Facultativo Hematólogo, Responsable de Seguridad del Paciente
- Supervisora de Enfermería
- Supervisor de Enfermería

Análisis Documental.

Actas de reuniones, comisiones, nombramientos con sus correspondientes listados de firmas

Manuales, protocolos, informes,

Presentaciones

Correos electrónicos

Muestreo de Historias clínicas

Observación Directa.

Señalética

Cubos negros en Bloque Quirúrgico

Cartelería en relación a control del ruido

Humanización en zonas pediátricas

2. INDICADORES DE CALIDAD

2.1. DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

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 41

Objetivos prioritarios:

- Desarrollo de actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias..... SÍ
- Seguridad en el área de obstetricia y ginecología SÍ

Observaciones y Comentarios

Meta: Implantar, al menos, cinco objetivos diferentes a los establecidos a nivel institucional; siendo los prioritarios:

- Evitar o reducir prácticas innecesarias
 - Seguridad en el área de obstetricia y ginecología
- Verificar el desarrollo de estos dos objetivos.

Objetivos y Verificación:

1. Desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias

Transfundir únicamente el número de concentrados de hematíes necesarios para aliviar los síntomas de la anemia o para volver a un paciente a un rango seguro de hemoglobina. Se trata de pacientes hematológicos. Se valora si con la transfusión de un concentrado de hematíes en lugar de los 2 habituales, el paciente se mantiene estable clínica y analíticamente el mismo tiempo con dicha reducción. El objetivo es reducir el número de concentrados de hematíes a transfundir sin repercusión clínica, con el consiguiente descenso en los efectos secundarios de las trasfusiones repetidas.

Verificación:

Entrevista con el responsable de hematología que nos muestra el Protocolo del circuito transfusional

Presentación del circuito transfusional con listado de firmas de los asistentes

2. Seguridad en el área obstétrica y ginecológica

No realizar cesáreas programadas antes de la semana 39 de gestación, salvo contraindicación materno-fetal

Verificación:

Entrevista con responsable de Ginecología y Obstetricia que nos presenta la ficha del objetivo

Protocolo de estandarización de cesáreas

Ficha del fichero del objetivo implantado en el primer trimestre de 2017 y las valoraciones realizadas trimestralmente

Se solicitó y verificó el listado de cesáreas realizadas en las dos últimas semanas de noviembre

Presentación de Seguridad del Paciente y de los objetivos del Servicio de Obstetricia y Ginecología el 13/12/2017 con el listado de firmas de los asistentes

2.1.2.Despliegue de los Objetivos de Seguridad del Paciente en los Servicios o Unidades.

- (a) Número de Servicios o Unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente, uno de los cuales* debe ser impartir una sesión de análisis de incidentes, o editar boletines de seguridad, o recomendaciones o prácticas seguras.....39
- (b) Número total de Servicios o Unidades.....41
- Índice: a/b*10095,12%

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada, si al menos el 90% de Servicios o Unidades tienen, como mínimo, dos objetivos de seguridad del paciente que cumplen lo establecido*.

Verificar en cuatro servicios, que entre los objetivos de seguridad del paciente fijados, se encuentra el relativo a realizar una sesión de análisis de incidentes, o un boletín de seguridad o recomendación o práctica segura implantada.

Verificación:

Servicio de Traumatología:

Objetivo de seguridad: No demorar la cirugía de la fractura de cadera del anciano más de 48 horas en ausencia de contraindicación médica formal.

Sesión formativa: 14/12/2017 con listado de firmas.

Servicio de Nefrología/diálisis:

Objetivo de seguridad: Potenciar la Vacunación de la gripe en los pacientes de Hemodiálisis

Sesión formativa: 19/10/2017 con firmas de asistentes

Bloque Quirúrgico

Objetivo de seguridad: Cambio de turno de enfermería a pie de cama con el objetivo de disminuir incidentes de seguridad de los pacientes

Sesión formativa: 9/05/2017 con firmas de asistentes

Servicio de Psiquiatría

Objetivo de seguridad: Disminuir el número de pacientes con afectación de la capacidad de juicio, fugados en los Servicios de Urgencia y Psiquiatría.

Sesión formativa: 27/09/2017 con firmas de asistentes

2.1.3. Participación activa de directivos en reuniones o visitas a unidades: "Rondas de Seguridad".

- Número de Rondas de Seguridad realizadas 10
- Número de rondas a UCI 2
- Número de rondas a Urgencias 2
- Número de rondas al Bloque Quirúrgico 2
- Participaban miembros del equipo directivo..... Sí
- Las Rondas están documentadas Sí
- Se han evaluado las medidas acordadas implantar Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales de los grupos 1,2 y 3.- Seis rondas de seguridad:

Una /semestre en: UCI, Urgencias y Bloque Quirúrgico.

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría.- Cuatro rondas.

*Ha de tratarse de reuniones o visitas a unidades, con temática vinculada a la **seguridad del paciente***

Debe participar algún miembro del equipo directivo (gerente, directores, subdirectores) o responsables clínicos.

*Han de estar **documentadas** en acta o similar y haberse **evaluado las medidas** que a consecuencia de ellas se haya acordado implantar, al final del plazo establecido al objeto.*

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

Resto: Las rondas realizadas.

Son válidas las rondas realizadas en el primer trimestre de 2018

Verificación:

Se verifican documentalmente las 10 rondas realizadas en el año 2017

(En orden cronológico)

RONDA SP HOSPITAL DE DÍA_06-04-17

RONDA SP URGENCIAS_20-04-17

RONDA SP UCI_10-05-17

RONDA SP DIÁLISIS_15-05-17

RONDA SP BLOQUE QX_25-05-17
RONDA SP HOSPITALIZACIÓN_15-06-17
RONDA SP URGENCIAS_05-10-17
RONDA SP UCI_11-10-17
RONDA SP NEONATOS_18-10-17
RONDA SP BLOQUE QX_26-10-17

Se han analizado todas las actas de las rondas realizadas, incluidas las obligadas de bloque quirúrgico, urgencias y UCI. En todas ellas ha participado el Director Asistencial del Hospital y/u otros miembros del equipo directivo

Los temas han versado sobre aspectos de seguridad del paciente, y en todas ellas se hace una revisión de los acuerdos adoptados y se elabora un registro documental de seguimiento y evaluación de las acciones derivadas de las mismas

2.2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

2.2.1. Desarrollo de Seguridad en el Paciente Quirúrgico (cirugía segura LVQ e IQZ)

Nombramiento de Responsables para el desarrollo de los proyectos de seguridad

- Se ha designado un responsable quirúrgico..... Sí
- Se ha designado un responsable de medicina preventiva..... Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Nombramiento de un responsable quirúrgico y de un responsable de medicina preventiva

Verificar (documentalmente) si se ha designado un responsable quirúrgico y un responsable de medicina preventiva para el desarrollo de los proyectos de seguridad en el paciente quirúrgico.

Verificación:

Se verifican los nombramientos por parte del Director Asistencial, de los miembros del Comité de Seguridad del paciente quirúrgico para el periodo 2017, de acuerdo con el Programa de Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero, todos ellos efectuados por acta de 1 de abril de 2017

Implantación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) (intervenciones programadas).

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas*100) 95,7%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 14
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra*100) 92,85%
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica* Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si >90%

El listado tiene que incluir un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica, de acuerdo con el programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud (<http://www.cirurgiasegura.es/>)

Verificación: A través de una muestra de historias clínicas

Se revisaron 14 historias correspondientes a pacientes quirúrgicos dados de alta en el hospital el día 22 de mes de noviembre

Se verifica en 13 de las 14 historias clínicas revisadas, que estaba correctamente cumplimentado el listado de verificación quirúrgica en todos sus apartados

Adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ).

- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye la profilaxis antibiótica adecuada Sí
- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye el pincelado con clorhexidina alcohólica 2% Sí
- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye eliminación correcta del vello Sí

* O cualquier otro registro quirúrgico de uso en el centro

Observaciones y Comentarios

Meta: Deben figurar al menos las tres medidas.

Si el LVQ no incorporase estas medidas, el centro debe objetivar como las cumple.

El rasurado no se considera un método de eliminación correcta del vello. Si lo es, la depilación química o por medio de cortadoras de pelo.

Verificación: A través de una muestra de historias clínicas

Se verifica en las 14 historias estudiadas

El hospital cuenta con cuchillas solo cortadoras, eliminando así la posibilidad de rasurado.

El problema, ya conocido y planteado a la Dirección del Hospital es que estos tres parámetros (Profilaxis antibiótica adecuada, pincelado con Clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello) están recogidos en tres sistemas de registro diferentes del Hospital. Se verificó en los distintos registros de las historia consultadas.

2.3. MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

2.3.1. Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según encuesta de satisfacción 2016.

- Número de acciones de mejora implantadas..... 8

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.

Hospitales de Apoyo y Media estancia: Tres acciones

Hospitales de Psiquiatría: Dos acciones

Hay que verificar dos acciones de mejora seleccionadas por el equipo evaluador

Acciones de Mejora y Verificación:

A.- Señalética en Consulta: Se actualiza la señalética de todas las consultas externas y los directorios de éstas (NOVIEMBRE)

Se verifica en tres plantas del centro, la presencia de cartelería de directorio general y de carteles informativos en cada una de las consultas

Los directorios tienen grabación en alfabeto Braille

Los carteles de las consultas compartidas son reversibles para poder modificarlos dependiendo del especialista

B.- Información a pacientes/familiares en cirugía ambulatoria

1. Información y acompañamiento de familiares.

Documento de información para paciente/familiar

Cartel informativo

Protocolo de entrada de familiares a la unidad de Reanimación.

Triptico informativo

2. Acompañamiento a los pacientes pediátricos por sus padres hasta ser dormidos con la anestesia

Documento informativo/recomendaciones para padres

Triptico para familiares

Protocolo para personal del centro

3. Protocolo de llamadas de Enfermería tras intervención.

Esta llamada se efectúa en todos los casos de Cirugía Mayor Ambulatoria. La realiza el personal de enfermería antes de las 48h y queda recogido en la Historia Clínica.

Verificación: Cargado en Historia Clínica del Programa Casiopea.- Vistos los datos que se recogen en la Historia Clínica del paciente.

Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida.

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 16
- 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.).

Una de estas líneas estará dedicada a conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo cualitativo en el área de urgencias o en su defecto en aquel segmento con menor valoración en la encuesta de satisfacción (ficha CCP del centro)

Líneas de Actuación y Verificación:

El Hospital presenta 16 líneas de actuación en las que han estado trabajando durante el año 2017.

1) Realización de Focus Group a pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, con y sin ingreso hospitalario

Objetivo: Conocer la opinión de los pacientes y poder establecer acciones de mejora.

Técnica utilizada: Grupo focal de pacientes.

En bloque quirúrgico se hizo el 6 de octubre de 2017. Se preparó una ficha técnica con el objetivo de "conocer la satisfacción y expectativas de los pacientes que han acudido al hospital a ser intervenidos quirúrgicamente". Acudieron 7 pacientes de los citados, intervenidos en los meses de febrero, marzo y abril. Se grabó en video y se hizo la transcripción del mismo. Se elaboraron conclusiones

Se verifica la ficha técnica del estudio "focus group", el guión de contacto, las preguntas que se incluyeron, la transcripción y las conclusiones.

2) Realización de Entrevistas Cualitativas en el Área del Servicio de Urgencias (diciembre)

Objetivo: Conocer la experiencia de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias, mediante metodología cualitativa, para establecer acciones de mejora complementarias en el área de Urgencias.

Técnica utilizada: Entrevista cualitativa telefónica en base a un guión preestablecido a 12 pacientes, 6 mujeres y 6 hombres, en un rango de edades de entre 20 y 65 años y que habían acudido al Servicio de Urgencias en la primera quincena del mes de octubre de 2017.

Se verifica la ficha técnica del estudio, los correos electrónicos enviados para definir la metodología, los objetivos, selección de participantes, las preguntas que se hicieron y los resultados del mismo con las conclusiones.

2.4. DESARROLLAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.4.1. Desarrollo de buenas prácticas ambientales sostenibles.

- Nº de prácticas desarrolladas 7

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales certificados: Al menos, tres prácticas*

Hospitales no certificados: Al menos, una práctica

**UNE-EN ISO 14001*

Verificación:

Comprobar que se ha realizado una de las prácticas.

Se ha seleccionado una de las 7 prácticas desarrolladas por el Hospital:

Título de la buena práctica: Cubos negros de bisagra para residuos sanitarios:

1. Enfoque de la práctica: Adquisición y colocación en las áreas necesarias, de contenedores negros con bisagra y bolsa roja para residuos sanitarios especiales, residuos de material sanitario que haya estado en contacto con pacientes infecciosos, placas de petri de laboratorio, tubos de sangre y orinas de laboratorio.

2. Despliegue: Colocación de los cubos y formación a los profesionales para realizar la segregación adecuadamente. Una vez llenos, la auxiliar cierra la bolsa roja que se encuentra dentro del cubo y cierra las bisagras, transportándolo posteriormente al cuarto de residuos.

3. Resultados: Se han realizado evaluaciones internas para verificar su correcto uso en el área de quirófanos, identificando incidencias que han sido trabajadas con los profesionales implicados.

4. Evaluación, revisión y mejoras : Dado el alto volumen de diferentes tipos de cubos en los que depositar residuos, resulta complejo para los profesionales realizar correctamente la segregación. Por ello, se continúa incidiendo en su formación y en la verificación del cumplimiento de los protocolos establecidos.

Se verifica:

Protocolo de gestión de residuos y manual de buenas prácticas ambientales en el Hospital

Cartel encima de cada contenedor, en el pasillo de sucio del Bloque Quirúrgico

El 16/11/2017 se impartió una clase de formación en la sesión de enfermería

Informe de corte observacional con incidencias fotografiadas y propuesta de mejora

Correo donde se verifica reforzar la información con tu personal de quirófano

:

2.5. OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

2.5.1. Implantación de las escalas de valoración del dolor en los Servicios/Unidades clínicas.

- Número de servicios/unidades con implantación escalas de valoración del dolor 13
- Número Total de Servicios o Unidades 13

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si en el 95%.

Verificar la implantación de la escala en: pediatría, urgencias, cirugía general y traumatología.

Si no es factible por cualquier circunstancia, los servicios o unidades se elegirán por el equipo evaluador.

Verificación:

Se verificó la implantación de las escalas de valoración del dolor (EVA) en los servicios prefijados, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes dados de alta en un día elegido al azar. que arrojaron los siguientes resultados:

Servicio de Pediatría100% de cumplimentación.

Servicio de Urgencias50% de cumplimentación.

Servicio de Cirugía General100% de cumplimentación.

Servicio de Traumatología100% de cumplimentación

Según se desprende de las actas del Comité de Atención al Dolor, las escalas de valoración del dolor se han considerado por el Hospital como una 5ª constante de obligado cumplimiento en los registros de enfermería.

En el caso de Urgencias solamente se hace EVA tras triaje escala Manchester.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 16

Obligadas:

- Atención al Dolor en la población infantil u otra vulnerable Sí
- Existencia de representante de Atención Primaria en el Comité..... Sí
- Se promueve la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos relacionados con uso de fármacos para el dolor..... Sí

• **Observaciones y Comentarios**

Meta:

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

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

Verificar que se ha trabajado en las siguientes líneas:

1) dolor en población infantil (en los hospitales sin pacientes en edad infantil seleccionar otra población vulnerable)

2) inclusión de un representante de atención primaria en el Comité

3) promover la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos cuando estén relacionados con la utilización de fármacos para el dolor

Líneas de Actuación y Verificación:

Línea 1: Atención al dolor en población infantil

.- Seguimiento del desarrollo del protocolo de analgesia y sedoanalgesia para procedimientos en pediatría. Verificamos existencia Procedimiento: "Ningun niño con dolor"

.- Reducción de fracturas bajo sedoanalgesia en el 100% de los casos.

.- Administración de analgesia preoperatoria en el 100% de los casos de abdomen agudo. Verificamos en 3 Historias de apendicitis aguda la administración de analgesia preoperatoria

.- Realización de colonoscopia pediátrica bajo sedación-Anestesia General en el 100% de los casos.

Línea 2: Inclusión de un representante de atención primaria para mejorar la continuidad asistencial

.- Se incorpora el Médico de Familia de Alpedrete que forma parte del Comité Regional del Dolor de la Comunidad de Madrid, en sustitución del facultativo representante de Atención Primaria que estuvo hasta 2017.

Línea 3: Promoción de la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos cuando estén relacionados con la utilización de farmacos para el dolor.

.- Carta remitida el 19/10/ 2017 desde la Dirección Asistencial a todos los facultativos del Hospital, indicando los requerimientos del objetivo establecido.

.- Sesión de analgesia en triaje de Urgencias conjunta para pediatría y adultos

3. INDICADORES DE HUMANIZACIÓN

3.1. MEJORAR LA INFORMACIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

3.1.1. Acompañamiento en UCI y Bloque Quirúrgico Pediátrico (BQP)

- El Centro dispone de procedimiento de acompañamiento del paciente en UCI Sí
- El Centro tiene instaurado dicho procedimiento en UCI..... Sí
- Número de UCIs en que está instaurado 1
- El Centro dispone de procedimiento de acompañamiento del paciente en las Unidades del Bloque Quirúrgico Pediátrico (BQP) Sí
- El Centro tiene instaurado el procedimiento de acompañamiento del paciente en las Unidades del BQP ... Sí
- Número de Unidades del BQP en que está instaurado 1

Observaciones y Comentarios

Meta:

Se considera cumplida si el procedimiento existe en > 50% de las Unidades

Líneas de Actuación y Verificación:

Existe solamente una UCI con 9 boxes.

El Hospital cuenta con un protocolo de derechos y garantías del paciente que contempla el acompañamiento del mismo en UCI. Se ha establecido la UCI de puertas abiertas y se define la figura del cuidador principal indicando unos horarios para que dos familiares puedan intercambiarse al mismo tiempo.

Se verifica la existencia de un tríptico que se entrega al familiar del paciente de UCI con normas, recomendaciones e información

Nos muestran el procedimiento que recoge la Política de Acompañamiento del Niño en las diferentes áreas asistenciales, entre ellas, en el bloque quirúrgico pediátrico.

3.1.2. Coordinador de Información

- El Centro dispone de coordinador de información en las unidades de hospitalización Sí

- Número de Unidades que cuentan con esta figura 10/10

Observaciones y Comentarios

Meta:

Se considera cumplida si se ha creado esta figura en > 30% de las Unidades

Líneas de Actuación y Verificación:

Existe como protocolo documentado un "Procedimiento de Información Clínica", cuya última revisión se realizó en octubre de 2017, en el que se identifica el profesional de referencia responsable de coordinar las acciones en materia de información clínica, así como de facilitar el proceso asistencial. Esta figura es especialmente importante en casos complejos que requieran la intervención de diferentes especialidades.

La mayoría de los pacientes del centro (6 unidades de Hospitalización) dependen de Medicina Interna. El resto son: UCI, Urgencias, Pediatría y Bloque Quirúrgico.

Hay dos salvedades: El paciente crónico complejo que siempre se asigna a internista y el Paciente frágil (internista o geriatra).

3.2. Implantar otras actividades de humanización de la asistencia sanitaria

3.2.1. Identificación de Fuentes de Ruido

- Se han medido e identificado las fuentes de ruido en las unidades de hospitalización Sí
- Número de unidades en las que se ha efectuado Todas
- Se ha realizado plan de mejora para la unidades de hospitalización del Centro Si

Observaciones y Comentarios

Meta:

Se considera cumplida si se ha medido, al menos, en el 30% de las Unidades y se ha elaborado el plan de mejora.

Líneas de Actuación y Verificación:

1.- Se identifican y miden las fuentes de ruido mediante:

- Cuestionario de percepción de ruido a pacientes y familiares

- En Intranet hay un cuestionario para los profesionales .

- Sonómetros en todos los controles de enfermería. Este año se colocaran en la UCI y otras unidades.

2.- Se evidencian actuaciones en la disminución del ruido:

En Dípticos y otros documentos de información a pacientes y familiares se han incluido recomendaciones

Tríptico informativo para profesionales

Sesión formativa (octubre 2017) en la que se incluye una diapositiva específica sobre medidas para descanso nocturno.

Adecuación de administración de fármacos y tomas de analítica para respetar el horario nocturno.

Banner intranet difusión del programa (noviembre 2017). Incluye información sobre silencio nocturno.

Cartelería

4. INDICADORES DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

4.1. MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE A TRAVÉS DE LAS RECLAMACIONES

4.1.1. Desarrollo de acciones de mejora

- Número de acciones de mejora implantadas..... 5

Observaciones y Comentarios

Meta: *Al menos 4 acciones de mejora derivadas de las reclamaciones.*

Acciones de Mejora y Verificación:

Nos presentan la tabla donde están recogidas por trimestres todas las reclamaciones que se han presentado a lo largo del año 2017. Entre otros datos, en dicha tabla constan los motivos y la solución que se ha dado a cada una.

1.- Creación de una prestación "RM marcapasos" evitando los errores de citas por parte de los facultativos a la hora de generar la solicitud de cita. Se comprueba el documento de esta prestación.

2.- Circuito específico de citas de RM abiertas- cerradas. Se comprueba documentalmente la existencia de un circuito específico.

3.- Mejora del circuito de derivación de pacientes de urgencias oftalmológicas a las consultas del especialista de guardia de dicha especialidad. Verificamos la existencia de un documento de propuesta para mejorar la coordinación entre profesionales

4.- Se refuerza en el horario de extracciones, los recursos humanos para una mejora en el registro de las analíticas y la extracción en sí, con el objetivo de evitar las demoras en la atención y las esperas para ser atendidos en el mostrador del Servicio de Extracciones. Se verifica la colocación de máquinas expendedoras de números para extracciones donde consta el horario.

5.- Mejora en la Información de CMA con respecto a la información a los familiares de entrada y salida de quirófano. Se verifica la existencia en la cafetería, de pantalla para seguimiento del paciente mediante un código que se facilita a los familiares.

4.1.2. Mejorar la información escrita dirigida a los pacientes.

- Existe en 2017 el Registro de documentos de información al paciente Sí
- Número total de documentos aprobados en 2017 49
- % en que consta en el registro el nombre del documento 100%
- % en que consta en el registro los objetivos del documento 100%
- % en que consta en el registro el formato del documento (póster, folleto, ..tríptico, etc.) 100%
- % de documentos en los que en el registro consta la fecha de aprobación por la CTCl 100%
- % de documentos aprobados que tienen el texto: "Documento aprobado por la comisión técnica de coordinación de la información del hospital -con fecha." 100%

Observaciones y Comentarios

Meta: 100%

El Registro debe incluir solo los documentos aprobados por la Comisión Técnica de Coordinación de la Información (CTCI)

Verificar los ítems señalados, únicamente en los documentos aprobados en 2017.

En los documentos dirigidos a los pacientes debe figurar el texto de que están aprobados por la CTCl del hospital y en qué fecha

Verificación:

El equipo evaluador comprueba el Registro de documentos y el cumplimiento de todos los ítems.

5. CONCLUSIONES

Indicadores de calidad asistencial

- ✓ SE VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PRIORITARIOS DE ELIMINAR O REDUCIR PRÁCTICAS INNECESARIAS Y DE SEGURIDAD EN EL ÁREA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.
- ✓ SOLAMENTE DOS SERVICIOS: REUMATOLOGÍA Y ENDOCRINOLOGÍA NO HAN DESPLEGADO LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.
- ✓ SE VERIFICAN LAS SESIONES DE SEGURIDAD E IMPLANTACIÓN DE OBJETIVO ESPECÍFICO EN CUATRO SERVICIOS: TRAUMATOLOGÍA, NEFROLOGÍA/UROLOGÍA, HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA Y PSIQUIATRÍA.
- ✓ SE HAN REALIZADO LAS 6 RONDAS DE SEGURIDAD OBLIGADAS Y 4 MÁS VOLUNTARIAS. ESTÁN DOCUMENTADAS, EN TODAS ESTABA REPRESENTADO EL EQUIPO DIRECTIVO Y SE EVALÚAN LAS MEDIDAS ADOPTADAS.
- ✓ SE VERIFICA EL NOMBRAMIENTO DE RESPONSABLE QUIRÚRGICO Y DE MEDICINA PREVENTIVA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.
- ✓ SE VERIFICA LA IMPLANTACIÓN DEL LVQ MEDIANTE MUESTREO DE HISTORIA CLINICAS. ENCONTRÁNDOSE COMPLETO EN EL 92,85% DE LOS CASOS
- ✓ LAS TRES MEDIDAS DE ADHERENCIA AL PROYECTO IQZ SE RECOGEN EN REGISTROS INFORMÁTICOS DIFERENTES AL LVQ.
- ✓ SE VERIFICA LA SEÑALÉTICA EN ZONAS DE PASO Y CONSULTAS, COMO ACCIÓN DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA.
- ✓ SE HAN LLEVADO A CABO TÉCNICAS CUALITATIVAS DE ESTUDIOS DE OPINIÓN EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA EN URGENCIAS Y EN BLOQUE QUIRÚRGICO
- ✓ SE HA VERIFICADO LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE UTILIZACIÓN DE CUBOS NEGRIOS DE BISAGRA PARA RESIDUOS, DENTRO DE LAS ACCIONES DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

- ✓ SE VERIFICA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA EVA QUE APARECE EN EL 100% DE LOS CASOS VISTOS EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA, CIRUGÍA GENERAL Y TRAUMATOLOGÍA. EN EL ÁREA DE URGENCIAS SE ALCANZA SOLAMENTE EL 50%. NOS INDICAN QUE SOLO SE REALIZA TRAS LA VALORACIÓN MANCHESTER, CUANDO SE CONSIDERA OPORTUNO.
- ✓ SE VERIFICA EL DESARROLLO DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN OBLIGADAS, POR PARTE DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR.

Indicadores de humanización

- ✓ SE COMPRUEBA LA MEJORA EN LA INFORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN BLOQUE QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO E INSTAURACIÓN DE UCI DE PUERTAS ABIERTAS, MEDIANTE LOS PROTOCOLOS CORRESPONDIENTES.
- ✓ SE HA TENIDO EN CONSIDERACIÓN LA IDENTIFICACIÓN DE FUENTES DE RUIDO EN TODAS LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN, Y SE HA REALIZADO PLAN DE MEJORA.

Indicadores de información y atención al paciente

- ✓ SE HA VERIFICADO LA EXISTENCIA DE 5 ACCIONES DE MEJORA, PROPUESTAS A PARTIR DEL ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES RECIBIDAS DURANTE 2017.
- ✓ SE HAN APROBADO DURANTE 2017, 49 DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN RECOGIDOS EN UN REGISTRO, QUE CONTIENE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS.