
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial

Humanización, e Información y Atención al Paciente Año 2017

Centro Sanitario
Hospital Universitario Infanta Elena

Fecha: 03/04/2018

Plan de Evaluación 2017-2018

Equipo de Evaluación

Rosa M^a Sanz Maroto
Rosario Polo Rodríguez

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	9
2.3. Mejorar la calidad percibida.....	11
2.4. Desarrollar la gestión de la calidad.....	13
2.5. Optimizar la atención al dolor	13
3. Indicadores de Humanización	15
4. Indicadores de Información y Atención al Paciente.....	17
5. Conclusiones	19

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.

Desplazamiento del equipo evaluador al Hospital Universitario Infanta Elena los días 21 y 22 de marzo de 2018 para realizar el trabajo de campo.

Entrevistas.

- Directora Médico.
- Responsable de Calidad y Medioambiente.
- Directora de Enfermería.
- Subdirectora de Enfermería.
- Responsable de Admisión, Información y Atención al Paciente.
- Responsable de mantenimiento.
- Responsable de la Unidad del Dolor.
- Enfermera Bloque Quirúrgico.
- Jefe de Servicio de Medicina Preventiva.
- Médico Adjunto de Medicina Preventiva.
- Responsable de seguridad de Medicina Interna.
- Responsable de seguridad de Pediatría.
- Responsable de seguridad de Ginecología-Obstetricia.
- Responsable de seguridad de Traumatología.
- Responsable de seguridad de Cirugía General.

Análisis Documental.

Historias Clínicas en soporte informático, actas, protocolos, informes de resultados, presentaciones y toda la documentación necesaria para la justificación del cumplimiento de objetivos.

Observación Directa.

Se realizaron las siguientes visitas:

- Hospital de Día Pediátrico.
- Unidad de Hospitalización Pediátrica.
- Unidades de Hospitalización de adultos.
- Área de Urgencias.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Bloque Quirúrgico.

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 10

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:

Se han evaluado los siguientes objetivos:

1. Uso racional de antibióticos: Actualización del protocolo de profilaxis antibiótica perioperatoria.

Han aportado al equipo evaluador la actualización del protocolo "Profilaxis antibiótica quirúrgica" (septiembre de 2017). En él se desarrollan las medidas adoptadas para reducir la incidencia de infección de la herida quirúrgica, reacciones adversas, la aparición de resistencias antimicrobianas y los efectos adversos atribuibles a una incorrecta utilización de antibióticos. Se comprueba también la actualización de información sobre las dosis e intervalos de redosificación con antibiótico. Este protocolo es de aplicación a todos los pacientes (adultos y niños) que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.

2.- Mejorar la atención de complicaciones del embarazo y el parto: Protocolo de actuación para la asistencia urgente a una hemorragia postparto así como la creación de caja con todo lo necesario para la asistencia urgente a una hemorragia posparto.

Se constata la existencia del protocolo de actuación elaborado en diciembre de 2017 y aprobado por el "Núcleo Promotor de Calidad". Así mismo aportan el documento donde se detalla el material necesario que incluye la "caja hemorragia posparto". En la visita al paritorio se comprueba la existencia de la misma.

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.....27 servicios,
- (b) Número total de Servicios o Unidades.....29 servicios
- Índice: a/b*10093,1%

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:

El hospital cuenta con 29 servicios y 9 unidades.

Se han verificado en los servicios de Pediatría, Traumatología, Medicina Interna y Cirugía General las sesiones de análisis realizadas tras detectarse algún efecto adverso o incidente. Han aportado también al equipo auditor, el listado de firmas de asistentes a la sesiones y las acciones de mejora llevadas a cabo (elaboración o actualización de protocolos).

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

- Número de Rondas de Seguridad realizadas.....8
- Número de rondas a UCI2
- Número de rondas a Urgencias.....2
- Número de rondas al Bloque Quirúrgico2
- 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 muestran las actas de las rondas de seguridad realizadas en UCI, Urgencias y Bloque Quirúrgico. Se comprueba que entre los temas tratados, se incluyen aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

En todas han participado, al menos, algún miembro del equipo directivo, quedando constancia de la evaluación las medidas adoptadas en las anteriores sesiones.

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:

Han aportado los nombramientos de un responsable quirúrgico y uno de medicina preventiva del "Programa de Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero" de fecha 8 de mayo de 2017.

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas*100) 93,5%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra).....24
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra*100) 100%
- 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.cirugiasegura.es/>)

Verificación: A través de una muestra de historias clínicas

El LVQ se cumplimenta en papel, previamente a la intervención, por los diferentes profesionales (anestésista, cirujano y enfermera) y posteriormente se transcribe a la historia clínica informatizada del paciente. El modelo de LVQ utilizado, incluye el registro de profilaxis antibiótica y tromboembólica.

De un listado de intervenciones realizadas el 22 de noviembre de 2017, se seleccionaron 25 historias clínicas que pertenecían a los servicios de Cirugía General (7), Cirugía Maxilo Facial (3), Ginecología (2), Oftalmología (2); ORL (2) y Traumatología (8). Todas las historias evaluadas contaban con LVQ.

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

En las 24 historias evaluadas de intervenciones realizadas el 22 de noviembre de 2017, se verificó que el LVQ de todas ellas incluye los tres ítems requeridos.

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..... 5

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:

Se han verificado las siguientes acciones de mejora:

1.- Infraestructura en hospitalización : TV en los boxes de UCI, control de la intensidad de la luz en los boxes de UCI y nueva sala de información a familiares de pacientes de UCI.

Se comprueba mediante la visita a la Unidad de Cuidados Intensivos, la existencia de una televisión en cada uno de los boxes, así como la posibilidad de regular manualmente la intensidad de la luz en cada box. Se verifica la existencia de una sala específica para información y situación de duelo a familiares de pacientes ingresados.

2.- Cirugía Mayor Ambulatoria: mejora de biombos, cortinas en el área pediátrica y acompañamiento de un familiar de los pacientes pediátricos.

Se realiza visita al área de Cirugía Mayor Ambulatoria y se verifica la instalación de biombos-cortinas de techo para la separación de pacientes en el área pediátrica. Presentan el "protocolo de acompañamiento" aprobado en septiembre de 2017 por la Directora Corporativa de Información y Atención al Paciente, y se comprueba in situ que, en el caso de menores, se permite el acompañamiento de un familiar hasta el quirófano y posteriormente a la sala de recuperación.

Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida.

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 5
- Se han realizado técnicas cualitativas a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria..... *

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 Servicio de Información y Atención al Paciente realizó en diciembre de 2017 un estudio cualitativo, a través de entrevistas telefónicas, a pacientes intervenidos en septiembre, octubre y noviembre de cuatro especialidades diferentes, con el objeto de conocer el grado de satisfacción. Han presentado al equipo evaluador el informe con los puntos fuertes y las áreas de mejora.*

2.4. DESARROLLAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.4.1. Desarrollo de buenas prácticas ambientales sostenibles.

- Nº de prácticas desarrolladas 3

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.

1.- Uso de las energías renovables en un centro hospitalario: paneles solares y caldera de biomasa.

Se comprueba en la visita, la puesta en marcha de una "Caldera de Biomasa" instalada en diciembre de 2017, con el fin de reducir el coste y el impacto medioambiental en la producción de agua caliente sanitaria del hospital, mediante el uso de energías renovables.

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 29
- Número Total de Servicios o Unidades 29 servicios

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:

El hospital tiene implantada la escala EVA incluida en la historia clínica informática del paciente. Se seleccionaron 25 historias de los Servicios de Pediatría (3), Urología (7), Cirugía General (9) y Traumatología (6), comprobándose la cumplimentación de dicha escala en todas.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 5

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:

1. Atención en dolor a la población infantil:

Han presentado "Protocolo de actuación para evitar el dolor en procedimientos menores" redactado en diciembre y aprobado por el Comité del Dolor en enero de 2018. En dicho protocolo se desarrollan estrategias de distracción en forma de "kits" o "maletines", que incluyen diferentes elementos para reducir la angustia y el miedo (juguetes) así como fármacos para aliviar el dolor ante un procedimiento. Se visita la Unidad de hospitalización pediátrica y se comprueba la existencia de dichos maletines.

2. Inclusión de un representante de atención primaria en el Comité:

En el acta de la reunión del Comité de Atención al Dolor celebrada el 31 de diciembre de 2017, se comprueba la asistencia del Director del Centro de Salud "Ciudades"(Médico de Familia).

3. Promoción de la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos relacionados con la utilización de fármacos para el dolor:

Se han verificado en 32 historias de 10 servicios diferentes, con la siguiente distribución: CGD (12), CPL (1), GIN (3), MIR (2), NML (1), OFT (1), ORL (2), PED (1), TRA (7) y URO (2.) la cumplimentación de las pautas de analgesia en los informes de alta hospitalaria.

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 UCISÍ
- El Centro tiene instaurado dicho procedimiento en UCI.....SÍ
- Número de UCIs en que está instaurado100%
- El Centro dispone de procedimiento de acompañamiento del paciente en las Unidades del Bloque Quirúrgico Pediátrico (BQP)*
- El Centro tiene instaurado el procedimiento de acompañamiento del paciente en las Unidades del BQP*
- Número de Unidades del BQP en que está instaurado*

Observaciones y Comentarios

Meta:

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

Líneas de Actuación y Verificación:

Cuentan con una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente dotada de ocho camas.

Han presentado el protocolo de "Procedimiento de Acompañamiento" elaborado y aprobado en septiembre de 2017 en el que se desarrolla la política de acompañamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos, Bloque Quirúrgico y CMA. El procedimiento de acompañamiento a menores en el Bloque Quirúrgico, se describe en el protocolo antes mencionado.

Han aportado también "La guía de acogida de familiares de UCI" donde se recogen todos los aspectos necesarios para facilitar el acompañamiento de familiares a pacientes ingresados en esta unidad.

**El Hospital no dispone de Bloque Quirúrgico Pediátrico diferenciado.*

Se comprueba en la visita a estas tres Unidades la presencia de familiares con los pacientes.

3.1.2. Coordinador de Información

- El Centro dispone de coordinador de información en las unidades de hospitalizaciónNO
- Número de Unidades que cuentan con esta figura NA

Observaciones y Comentarios

Meta:

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

Líneas de Actuación y Verificación:

El Hospital no cuenta con un coordinador de información.

Han aportado un "Protocolo de Información Clínica" redactado y aprobado en marzo de 2018, en el que se detalla por especialidades, el responsable de facilitar la información al paciente, la ubicación y el horario de la misma.

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 *
- Número de unidades en las que se ha efectuado 2
- Se ha realizado plan de mejora para la unidades de hospitalización del Centro *

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:

**Se han identificado, pero no se han medido, las fuentes de ruido en una Unidad de hospitalización quirúrgica y otra convencional, de un total de nueve Unidades.*

La Dirección de Enfermería y el Servicio de Geriátría han elaborado un "Protocolo de descanso y sueño del paciente" en mayo de 2017 en el que se describen las medidas adoptadas para favorecer el sueño y descanso de los pacientes.

Se comprueban algunas de las medidas descritas en una Unidad de Hospitalización.

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..... 15

Observaciones y Comentarios

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

Acciones de Mejora y Verificación:

Se han verificado las siguientes acciones de mejora:

1. Realización de jornadas formativas dirigidas al personal asistencial de nueva incorporación:

Se comprueba la hoja de firmas de los asistentes a los dos cursos celebrados en mayo de 2017, uno sobre "pacientes conflictivos" y el otro "impulsando el cambio, trato y tratamiento".

2. Iconos de discapacidad en Casiopea:

Se visualiza en la historia clínica de varios pacientes, los diferentes iconos que utilizan según la su discapacidad (silla de ruedas, oreja..).

3. Formación de los Técnicos Especialistas en Radiología (TER). Revisión de todas las incidencias que generan repetir las radiografías:

Presentan la hoja de firmas de los asistentes al curso que se impartió en marzo sobre "calidad de imagen".

4. Ampliación del Hospital de Día Pediátrico:

Se realiza visita a dicha Unidad y se comprueba la ampliación de la sala de tratamiento y mejora de la temperatura ambiental.

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 48

- % en que consta en el registro el nombre del documento100%
- % en que consta en el registro los objetivos del documento100%
- % 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 CTCI.....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 CTCI del hospital y en qué fecha

Verificación:

Se revisa el Registro de los 48 documentos aprobados por la Comisión Técnica de Coordinación de la Información durante el año 2017, comprobándose que en el mismo figuran todos los ítems.

5. CONCLUSIONES

Indicadores de calidad asistencial

- ✓ EL HOSPITAL HA IMPLANTADO DIEZ OBJETIVOS DE ACUERDO A LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, INCLUIDOS LOS DOS PRIORITARIOS.
- ✓ EN EL 93,1% DE LOS SERVICIOS SE HAN DESPLEGADO OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. SE VERIFICÓ EN CUATRO DE ELLOS LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE ANÁLISIS DE INCIDENTES.
- ✓ SE HAN REALIZADO LAS RONDAS DE SEGURIDAD OBLIGATORIAS. DE TODAS ELLAS EXISTE SOPORTE DOCUMENTAL, HAN PARTICIPADO MIEMBROS DEL EQUIPO DIRECTIVO, SE TRATARON TEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SE EVALUARON LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN SESIONES ANTERIORES.
- ✓ HAN DESARROLLADO LOS OBJETIVOS RELACIONADOS CON IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS (CIRUGÍA SEGURA, LVQ E IQZ).
- ✓ SE HAN LLEVADO A CABO, AL MENOS, DOS ACCIONES DE MEJORA EN LAS ÁREAS PRIORIZADAS SEGÚN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.
- ✓ EL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE REALIZÓ UN ESTUDIO CUALITATIVO, A TRAVÉS DE ENTREVISTAS TELEFÓNICAS, A PACIENTES INTERVENIDOS EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2017.
- ✓ SE HA COMPROBADO UNA DE LAS TRES PRÁCTICAS AMBIENTALES DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL.
- ✓ LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR (EVA) ESTÁ IMPLANTADA EN TODAS LAS UNIDADES. SE HA VERIFICADO UNA CUMPLIMENTACIÓN DEL 100% EN LAS HISTORIAS EVALUADAS.

Indicadores de humanización

- ✓ EL HOSPITAL TIENE INSTAURADO UN PROCEDIMIENTO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE EN UCI ASÍ COMO PARA MENORES EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.
- ✓ NO DISPONEN DE COORDINADOR DE INFORMACIÓN.

- ✓ NO SE HAN MEDIDO, AUNQUE SE HAN IDENTIFICADO, FUENTES DE RUIDO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.

Indicadores de información y atención al paciente

- ✓ SE HA VERIFICADO LA IMPLANTACIÓN DE CUATRO ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DE LAS RECLAMACIONES.
- ✓ CUENTAN CON UN REGISTRO DE DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE QUE CUMPLE CON LO REQUERIDO.