

---

# **Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial**

## **Humanización, e Información y Atención al Paciente Año 2017**

---

Centro Sanitario  
**Hospital Universitario de Torrejón**

Fecha:03/04/2018

---

**Plan de Evaluación 2017-2018**

---

## Equipo de Evaluación

---

**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 Calidad .....	6
2.1. Desplegar la seguridad del paciente en la organización .....	6
2.2. Impulsar prácticas seguras .....	9
2.3. Mejorar la calidad percibida.....	12
2.4. Desarrollar la gestión de la calidad.....	14
2.5. Optimizar la atención al dolor .....	14
3. Indicadores de Humanización .....	17
4. Indicadores de Información y Atención al Paciente.....	19
5. Conclusiones .....	20

# 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.

---

Trabajo de campo del equipo evaluador en el H.U.de Torrejón el día 14 de marzo de 2018, para verificar el objetivo del programa, según las siguientes fuentes.

#### Entrevistas.

---

Responsable de Calidad

Presidenta del Comité de Seguridad del Paciente y Jefa de Servicio de Cuidados Intensivos

Facultativo de Anestesiología, presidente del Comité del Dolor

Personal del Servicio de Atención al Paciente

Supervisora de UCI

Jefa de Servicio de Análisis Clínicos

Facultativa de Hematología

Responsable de Comunicación

#### Análisis Documental.

---

Análisis muestral de historias clínicas: Cumplimiento LVQ y registro de medidas adherencia IQZ.

Soporte documental e informático que se especifica en los correspondientes apartados.

#### Observación Directa.

---

Área de Admisión

Área de Urgencias

Unidad de Cuidados Intensivos

Bloque quirúrgico. URPA.

## 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 .....5

*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:**

*Evitar o reducir prácticas innecesarias.*

*Reuniones del Área de Radiología con Atención Primaria: El objetivo es protocolizar /adecuar las peticiones, para evitar solicitudes innecesarias. Se ven las actas de las cuatro reuniones celebradas, en las que se trata del desarrollo del tema.*

*Área de Obstetricia: Se han realizado modificaciones en la Historia Clínica Electrónica para que determinados datos analíticos se "vuelquen" automáticamente para evitar posibles fallos de transcripción. Entre estos datos están, el Grupo Sanguíneo materno y neonatal con alerta de incompatibilidad, en su caso. Este asunto no se ha podido verificar in situ por el equipo auditor, por ser necesario que se dé la coincidencia de estar presentes en el momento de ese volcado, pero existe testimonio documental.*

*Al margen de lo anterior, cabe señalar como importante elemento de seguridad, que en la asistencia a pacientes alérgicos a fármacos, al margen del aviso de alerta que figura cuando se abre la historia clínica correspondiente, la aplicación informática no permite que el facultativo prescriba el fármaco de que se trate. Se comprueba accediendo a la historia clínica de un paciente alérgico a metamizol.*

## 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.....28
- (b) Número total de Servicios o Unidades.....33
- Índice: a/b\*100 ..... 84,8%

### 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:

Si bien la meta (90%) no se ha alcanzado, dado que comunican un índice del 84,8%, verificamos los objetivos de seguridad en los siguientes Servicios:

#### Hematología y Hemoterapia:

-Con motivo del análisis de un incidente de seguridad relacionado con el tratamiento de un paciente con microangiopatía trombótica, el Servicio efectuó una sesión de actualización y manejo correcto de la citada patología. Se ven firmas de los asistentes.

-Actualización del módulo informático del Servicio de Transfusión: Consiste en que para poder prescribir una transfusión de componentes sanguíneos, es necesario consignar en la historia clínica del paciente su nivel de hemoglobina; sin este dato el programa no permite efectuar la prescripción (salvo a pacientes con cardiopatía isquémica), de este modo se reducen las transfusiones innecesarias y el consiguiente riesgo para el paciente. Se nos muestra por facultativo hematóloga en la historia clínica informática.

#### Cirugía General y Digestivo:

-Sesión formativa sobre lavado de manos en el pase de visita, con especial dedicación a pacientes con drenajes, heridas,..infecciones. etc. Vistas firmas de los asistentes

-Sesión formativa sobre notificación en línea de efectos adversos al Sistema de Farmacovigilancia Vistas firmas de los asistentes.

#### Servicio de Anestesia y Reanimación:

-Incorporación del Hospital del Torrejón a la Red SENSAR (Sistema Español de Notificación en seguridad en Anestesia y Reanimación). Vista impresión de acceso.

-Curso de formación de cuatro miembros del servicio como analizadores de Incidentes Críticos. Vistos los cuatro diplomas.

*UCI:*

*-Modificación del protocolo de colocación de sonda nasogástrica de alimentación enteral: Se lleva a cabo a raíz de la notificación de un incidente que permitió observar que se efectuaban prácticas, no solo innecesarias, sino erróneas. Se verifica a través de comunicaciones por correo electrónico detallado de la Presidenta del Comité de Seguridad del Paciente sobre las modificaciones a seguir*

*Servicio de Ginecología:*

*-Curso de Registro Cardiotopográfico Intraparto. Se ven firmas de los 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 ..... 1
- Número de rondas al Bloque Quirúrgico ..... 1
- 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:**

*UCI: Documentan las Rondas realizadas los días 23-6-17 y 19-12-2017, en los informes se señalan los problemas identificados, las soluciones recomendadas y el responsable de las mismas y dispone de un campo de observaciones en el que se anota la evolución de la resolución y finalmente se indica si se ha conseguido.*

*Se comprueban algunas de ellas: colocación de puertas automáticas en la entrada a la unidad y cambio de solución antiséptica para el lavado de manos.*

*Urgencias: Ronda realizada el 24-4-17, informe con formato similar al anterior. Los 5 problemas identificados seguían sin solución a principios de 2018.*

*Bloque Quirúrgico: Documenta la Ronda realizada el 29-5-17, con formato también similar a los anteriores y una columna final en la que consta la situación de las propuestas en enero-18. Se verifica la emisión de SMS a los familiares durante el proceso quirúrgico, la creación del protocolo de información a los acompañantes y la colocación de cortinas entre las camas de los pacientes en la URPA, para mayor intimidad.*

*También han realizado y documentado Rondas en Pediatría y Neonatos 27-10-17, en Hemodinámica 28-5-17, en Radiología 28 -5-17, en Hospital de Día, Hospital de Día Pediátrico y en Consultas Externas en el mismo día 20-1-2017.*

## 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 comprueba que están designados estos responsables, facultativo especialista en Anestesiología y facultativa especialista en Medicina Preventiva, a través de diversa documentación: Objetivos de Seguridad de los Servicios, relación de miembros de Comités, etc.*

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas\*100) ..... 99,6%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra).....25
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra\*100) ..... 100%
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica\* ..... NO

### 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

*La profilaxis de enfermedad tromboembólica no está incluida en el LVQ. Manifiestan que se registra en texto libre en la historia clínica.*

*Se han evaluado 25 intervenciones realizadas en el mes de noviembre de 2017, teniendo todas cumplimentado el 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% ..... NO
- En el listado de verificación quirúrgica\* se incluye eliminación correcta del vello ..... \*

\* 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

*Manifiestan que el "pincelado con clorhexidina" se registra su realización como texto libre en la Historia Clínica Electrónica (HCE).*

*En la muestra de historias clínicas revisadas se constata que:*

*En el apartado correspondiente al Bloque Quirúrgico existen varias pestañas:*

*- "Seguridad Quirúrgica", que se corresponde con el LVQ. En uno de sus items pregunta si ¿se le ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 30 minutos?, se responde con SI/No; no se indica el antibiótico ni la dosis.*

*- "Prequirúrgica, en la que en texto libre se puede escribir el antibiótico y la dosis. También se puede anotar la profilaxis tromboembólica.*

*-\* "Registro Enfermería", con formato de lista de verificación, en la que se pregunta si el paciente viene Lavado (SI/NO), si viene Rasurado (SI/NO) y en un desplegable se identifica el producto utilizado para el Pintado de la zona quirúrgica que no incluye la clorhexidina, por lo que en su caso, se anota como texto libre.*

*Se han evaluado 25 intervenciones practicadas en noviembre de 2017. En todas se ha comprobado la cumplimentación de las tres pestañas. Ya se ha mencionado que el LVQ lo estaba en todas.*

*La pestaña "Prequirúrgica" no se activó en 12 casos, en los 13 restantes no se encontró pauta de profilaxis tromboembólica.*

*En 4 casos se anotó el antibiótico utilizado en la profilaxis, entrando en contradicción con el LVQ. En dos ocasiones se respondió que NO PROCEDE, y sin embargo se pautó Cefazolina en un caso y Amoxicilina en el otro. Y en un caso más se dice que no se administra profilaxis antibiótica porque está lactando, aunque en el LVQ se dice que Sí a la profilaxis.*

*La pestaña "Registro de Enfermería" se activó en 24 casos. La solución utilizada en el Pintado de la zona quirúrgica se ha identificado en 17 casos (9 con Merthiolate, 7 con Povidona y en 1 caso se anotó en texto libre el uso de clohexidrina al 2%), en el resto no se identifica el producto.*

## 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 comprueban las acciones de mejora relativas a cirugía ambulatoria y urgencias*

*CMA: Se ha realizado un protocolo de información. Se ha implantado un sistema mediante el cual se envían mensajes al teléfono del acompañante sobre la ubicación del paciente, vinculado a las anotaciones horarias en la HCE. Se muestra el procedimiento en la Historia Clínica Informática*

*Urgencias: Se ha elaborado Protocolo de información y acompañamiento en Urgencias. Se pregunta al personal de Información y a un enfermero de Triage, y manifiestan que se informa del tiempo estimado de espera, dependiendo de como se encuentre el Servicio por la situación de afluencia de pacientes.*

*Hay pantallas instaladas en la sala de espera de Urgencias, pero aún no funcionantes, con el propósito de dar información de los tiempos estimados para ser atendido.*

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 4
- 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:***

*Se verifica, a través de la audición de la grabación de la reunión mantenida con nueve pacientes voluntarios, que se ha llevado a cabo un Focus Group sobre su experiencia en el Servicio de Urgencias. Los temas más relevantes fueron la espera y el acompañamiento. Además existe informe de esta reunión.*

## 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.*

*Se han impartido cursos formativos sobre gestión de residuos al personal de las empresas subcontratadas, UNILAB (laboratorio de análisis clínicos) y MASA (empresa de mantenimiento). Se ven las firmas de los participantes.*

## 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 ..... 67
- Número Total de Servicios o Unidades ..... 100

#### 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 porcentaje de implantación de las escalas del dolor que señala el hospital es de un 67%. Esta cifra, lejos de la marcada como meta, no hace necesario que se realice por el equipo evaluador muestra de historias.*

## 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:**

*El Servicio de Anestesia (Unidad del Dolor) ha elaborado junto con el Servicio de Urgencias un protocolo para tratar el dolor en pacientes pediátricos en la urgencia. Se facilita el protocolo.*

*La incorporación de un representante de Atención Primaria (AP) en el Comité de Atención al Dolor, se comprueba a través de una de las actas de este Comité, en la que aparece como miembro del mismo un facultativo del ESAD.*

*Además, han visitado los Centros de Salud con una presentación sobre el dolor, y se ha creado un correo compartido para que los médicos de atención primaria puedan realizar consultas a los anestesiólogos. Se comprueba la existencia del correo y se analizan algunas de las consultas realizadas.*

*Se ha implantado el control de los pacientes por parte de los anestesiólogos, una vez que se van de alta de la URPA a hospitalización, de tal forma, que son ellos los que hacen el seguimiento del dolor, realizan las modificaciones en los tratamientos y establecen la retirada o permanencia de los catéteres y dispositivos utilizados para este fin. Se ha creado una hoja para que se recojan de forma normalizada los datos del paciente, del tratamiento y dispositivos. Se aporta este documento y se comprueba en algunos pacientes la cumplimentación de estos datos.*

## 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 ..... 1/1
- El Centro dispone de procedimiento de acompañamiento del paciente en las Unidades del Bloque Quirúrgico Pediátrico (BQP) .....NO
- El Centro tiene instaurado el procedimiento de acompañamiento del paciente en las Unidades del BQP .NO
- 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:**

*UCI: Ha creado la figura del "cuidador principal". Se aporta un documento denominado*

*" Información y normativa del cuidador principal", en el que, entre otros aspectos, se habla de los tiempos de permanencia y condiciones del acompañante en la UCI.*

*BLOQUE Q: Aportan un documento denominado "Información para acompañantes en el bloque quirúrgico", en el que se alude brevemente a los momentos en los que el acompañante puede estar al lado del paciente. Se trata de un documento orientado fundamentalmente a la Información a facilitar al acompañante y que, en cualquier caso, no hace referencia alguna a la población infantil.*

*En la visita por las dependencias del hospital se comprueba la existencia de acompañantes en UCI y en URPA.*



### 3.1.2. Coordinador de Información

---

- El Centro dispone de coordinador de información en las unidades de hospitalización .....NO
- 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 confirma que no dispone de la figura de coordinador de la información.*

### 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 .....NO
- Número de unidades en las que se ha efectuado ..... NA
- Se ha realizado plan de mejora para la unidades de hospitalización del Centro ..... NA

#### 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:**

*El Hospital confirma que no ha realizado actuaciones al respecto.*

## 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..... 3

#### Observaciones y Comentarios

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

**Acciones de Mejora y Verificación:**

1.-Plan de mejora para las demoras en las consultas de Traumatología:

Se ha elaborado un cuestionario que cumplimenta el médico de AP (MAP) con los datos más relevantes de la patología a estudiar, y que el traumatólogo valora para indicar la prueba que debe solicitarse. De esta forma, el paciente acude a la primera cita con el especialista con estudio de imagen ya realizado. Se constata en Atención al Paciente la existencia de cuestionarios remitidos por los MAP con la contestación del traumatólogo.

2.-Envío de SMS a los familiares informando de que acudan a la sala de espera de B.Qx puesto que la intervención ha finalizado y van a ser informados por el cirujano. Se comprueba en el mostrador de Admisión General, que se recoge el teléfono de los acompañantes de los pacientes que ingresan para cirugía programada y el funcionamiento del sistema.

3.-Enviar a los jefes de servicio informe sobre las reclamaciones y sus motivos. Se comprueba la remisión a los jefes de servicios de los informes mensuales.

4.-Mejorar la accesibilidad de la recepción principal. En el momento de la visita el centro aún no se ha alcanzado el objetivo. Se observa que en el mostrador de Radiodiagnóstico ya se han hechos las modificaciones para atender a los pacientes con accesibilidad reducida, pero no en el mostrador Principal.

#### 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 ..... 10
- % 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.” ..... \*

### 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:**

*Existe un registro en formato excel que cuenta con los datos expresados en este epígrafe. Hay que señalar que, según nos informan, el Comité Técnico de Coordinación de la Información se ha constituido en 2018. Los documentos incluidos en el listado con anterioridad a su constitución eran aprobados por el Departamento de Comunicación.*

*\* Los dos documentos aprobados en este año (2018) ya llevan impreso el texto con la indicación relativa al Comité y la fecha de aprobación.*

## 5. CONCLUSIONES

### Indicadores de calidad asistencial

- ✓ SE COMPRUEBA QUE SE HAN LLEVADO A CABO EN EL ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO Y EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA, ACTUACIONES RELATIVAS A EVITAR O REDUCIR PRÁCTICAS INNECESARIAS.
- ✓ SI BIEN EL HOSPITAL MANIFIESTA QUE NO HA ALCANZADO LA META ESTABLECIDA; SE APRECIA QUE SE HA ESTADO TRABAJANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, VERIFICANDO LOS OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS DE: HEMATOLOGÍA, CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO, ANESTESIA Y REANIMACIÓN, UCI Y GINECOLOGÍA.
- ✓ SE HAN LLEVADO CABO DIEZ RONDAS DE SEGURIDAD, ENTRE ELLAS, DOS EN UCI, UNA EN BLOQUE QUIRÚRGICO Y UNA EN EL ÁREA DE URGENCIAS. ESTÁN DOCUMENTADAS, CUENTAN CON LA ASISTENCIA DE PERSONAL DIRECTIVO Y SE EVALÚAN Y SIGUEN LAS MEDIDAS QUE SE ADOPTAN.
- ✓ SE HAN DESIGNADO LOS RESPONSABLES PARA EL DESARROLLO DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.
- ✓ SE CONSTATA LA IMPLANTACIÓN DEL LVQ.
- ✓ EL LVQ NO INCORPORA EL DATO DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA, NI EL PINCELADO ESPECÍFICO CON CLORHEXIDINA. EL RASURADO DEL VELLO SE RECOGE COMO "CHECK LIST" EN EL REGISTRO DE ENFERMERÍA.
- ✓ EL LVQ SI INCORPORA EL REGISTRO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA; PERO CABE SEÑALAR QUE EN LA MUESTRA ESTUDIADA, SE OBSERVARON CONTRADICCIONES ENTRE LO QUE FIGURABA EN EL LVQ Y LO QUE SE REFLEJABA EN TEXTO LIBRE.
- ✓ DE LAS CINCO ACCIONES DE MEJORA IMPLANTADAS SEGÚN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, SE COMPRUEBAN LAS RELATIVAS A CMA Y URGENCIAS.
- ✓ SE HA LLEVADO A CABO UNA TÉCNICA CUALITATIVA DE OPINIÓN SOBRE LA ASISTENCIA PRESTADA EN URGENCIAS.
- ✓ DE LAS TRES PRÁCTICAS AMBIENTALES DECLARADAS, SE VERIFICA LA RELACIONADA CON GESTIÓN DE RESIDUOS.

- ✓ SE CONSTATA QUE SE HA TRABAJADO EN LAS TRES LÍNEAS OBLIGATORIAS SOBRE ATENCIÓN AL DOLOR.

## Indicadores de humanización

---

- ✓ EL HOSPITAL DISPONE DE PROCEDIMIENTO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE EN UCI.
- ✓ NO CUENTA CON PROCEDIMIENTO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN BLOQUE QUIRÚRGICO.
- ✓ NO EXISTE LA FIGURA DE COORDINADOR DE LA INFORMACIÓN EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.
- ✓ NO SE HAN LLEVADO A CABO ACTUACIONES PARA MEDIR E IDENTIFICAR FUENTES DE RUIDO.

## Indicadores de información y atención al paciente

---

- ✓ SE COMPRUEBA LA IMPLANTACIÓN DE LAS TRES ACCIONES DE MEJORA COMUNICADAS POR EL HOSPITAL.
- ✓ EL REGISTRO DE DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE CONTIENE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS. EL CTCI SE CONSTITUYÓ EN 2018 Y LOS DOCUMENTOS QUE SE ESTÁN APROBANDO YA CUENTAN CON EL TEXTO REQUERIDO.