

---

# **Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial**

## **Año 2018**

---

Centro Sanitario  
**Hospital Universitario Infanta Elena**

Fecha: julio 2019

---

**Plan de Evaluación 2019-2020**

---

## Equipo de Evaluación

---

**Rosa María Sanz Maroto**

# Índice

---

	<u>Página</u>
1. Introducción .....	4
1.1. Justificación .....	4
1.2. Objetivos.....	4
1.3. Metodología y Actuaciones .....	4
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.....	11
2.4. Desarrollar la gestión de la calidad.....	13
2.5. Optimizar la atención al dolor .....	13
3. Conclusiones .....	16

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Justificación

---

*La Subdirección General de Calidad Asistencial, dependiente de la D.G. de Humanización, coordina 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*

## 1.3. Metodología y Actuaciones

---

El equipo evaluador se desplazó al Hospital Universitario Infanta Elena los días 11 y 13 de junio de 2019 para verificar los objetivos del programa.

### Entrevistas

---

Responsable de Calidad del Hospital Universitario Infanta Elena (HUIE).

Jefa de Servicio de Medicina Preventiva.

Responsable del Servicio de Hematología.

Los responsables de seguridad del paciente en los servicios de Radiodiagnóstico, Rehabilitación, Pediatría, Cirugía General (Médico Adjunto del Servicio) y responsable de seguridad de quirófano.

Jefa de Servicio de la UCI

Directora de los Servicios de Admisión y de Atención al Paciente e Información.

Supervisora de Hospitalización quirúrgica.

Supervisora de Urgencias.

## Análisis Documental

---

-Análisis de una muestra de Historias Clínicas.

-Indicadores de resultados del Programa Cirugía Segura.

-Soporte documental especificado en los distintos apartados de la evaluación.

## Observación Directa

---

Servicio de Urgencias, Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos.

## 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.

- N° de objetivos implantados de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente ..... 12
- Objetivos prioritarios:*
- Desarrollo de actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias..... Sí
  - Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes ..... 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.
- Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes.

Verificar el desarrollo de estos dos objetivos.

#### **Objetivos y Verificación:**

Han aportado documentación de los objetivos "no hacer" implantados en los servicios de Alergia, Anatomía Patológica, Anestesiología, Cardiología, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Dermatología, Digestivo, Endocrinología, Farmacia, Geriátrica, Ginecología, Hematología, Laboratorio, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oftalmología, ORL, Pediatría y UCI pediátrica, Psiquiatría, Radiodiagnóstico, Reumatología, Rehabilitación, Traumatología, UCI, Urgencias y Urología.

Se ha verificado que en todos los servicios mencionados, se han establecido objetivos para reducir prácticas innecesarias. En algunos de ellos han aportado sesiones de formación mediante presentaciones de PowerPoint, y evaluaciones de los resultados obtenidos.

En concreto se ha verificado la implantación de prácticas innecesarias en:

**Hematología.** Objetivo, no solicitar pruebas de laboratorio innecesarias en el diagnóstico y control de la trombofilia. Para ello se han creado en la historia informática (CASIOPEA), dos nuevas plantillas con el perfil de pruebas a solicitar, uno para trombofilia adquirida y otro para trombofilia hereditaria. Si se desea solicitar alguna prueba adicional debe solicitarse y se evalúa si se adapta a la evidencia científica. Se comprueba la existencia de las citadas plantillas.

**Rehabilitación.** Objetivo, mejorar el uso adecuado de sesiones de láser de baja intensidad en patologías avanzadas de hombro, en donde su uso deja de ser efectivo. Se comprueba la redacción de un protocolo que incluye las indicaciones y la creación de un registro mensual de sesiones según patologías que permita comprobar la disminución en el número de sesiones.

**En Cirugía General.** Objetivo estandarizar los criterios de actuación en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical, incorporando la mejor evidencia disponible. Reducir la variabilidad clínica. Se redacta un protocolo que es presentado en sesión clínica el 15 de junio de 2018.

*En radiodiagnóstico se compró un aparato nuevo de TC y durante 2018 se ajustaron las dosis de radiaciones a la nueva tecnología. Aportan estudio comparativo de dosis recibida por el paciente.*

*Se han diseñado carteles colocados en el área de radiodiagnóstico que con el eslogan "evita radiaciones innecesarias".*

*Han realizado sesiones formativas para el personal de la unidad. Una sobre la Implantación del código PEACE: P, Paciente correcto, E Exploración correcta, A ALARA («As Low As Reasonably Achievable»), C Contraste, dosis y concentración y E Explicación y cuidado y otra sesión de "No hacer" en que se abordó no hacer estudios de TC de tórax y abdomen sin sistema de reconstrucción iterativa que reducen la dosis de radiación. Han aportado las actas y firmas de asistencia de ambas.*

## 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 sesiones de revisión de casos o diseñar e implantar recomendaciones o prácticas seguras .....30
- (b) Número total de Servicios o Unidades.....31
- Índice: a/b\*100 .....96,80

### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Alcanzada, si al menos el 95% 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 de revisión de casos o bien se ha trabajado en una práctica segura.*

#### **Verificación:**

*Se seleccionaron los servicios de Farmacia, Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología.*

*Servicio de Farmacia:*

*Han acreditado documentalmente la realización de una sesión sobre "Errores de medicación notificados durante 2017" y en diciembre de 2018, otra sobre "Conciliación de la medicación al ingreso en pacientes Crónicos Complejos", para evitar la dispensación errónea e interacciones.*

*Servicio de Cirugía General:*

*Presentan tres sesiones de análisis de incidentes celebradas en 2018 y hoja de firmas de los asistentes.*

*Medicina interna: Con el apoyo de PowerPoint presentaron en tres sesiones clínicas el análisis de incidentes. Se acredita su celebración mediante la recogida de firmas los días 22 y 29 de junio y 20 de diciembre de 2018.*

*Traumatología: Se llevaron a cabo dos sesiones de análisis de incidentes de los que aportan recogida de firmas de asistencia del personal del servicio pero no consta la fecha.*

### 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 ..... 4
- 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 del grupo 3: Siete rondas.

Hospitales de los grupos 1 y 2: Seis rondas de seguridad:

Una /semestre en: UCI y Bloque Quirúrgico.

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Cuatro rondas, en los de apoyo 2 en bloque quirúrgico, el resto en cualquier área.

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 y UCI.

Resto: Las rondas realizadas.

**Verificación:**

Mediante la entrega de las correspondientes actas se han acreditado las siguientes Rondas de Seguridad en UCI: días 20 de febrero, 5 de abril, 16 de octubre de 2018 y 16 de enero de 2019; Bloque Quirúrgico: 11 de junio y 17 de diciembre de 2018; Urgencias, 9 de Octubre de 2018 y 14 de enero de 2019; Obstetricia, 11 de diciembre de 2018 y en Neonatología el 22 de noviembre de 2018.

En las citadas actas consta la asistencia de personal del equipo directivo, las medidas de mejora propuestas y la evaluación de las medidas adoptadas. En documento aparte se completa el seguimiento cronológico y el plazo establecido para la consecución de objetivos.



## 2.2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

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

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas\*100) ..... 95,5%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 117
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra\*100) ..... 94,87%
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica\* ..... Sí

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Alcanzada si >95%

*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

*De una muestra de 117 intervenciones quirúrgicas realizadas en el mes de mayo, se ha obtenido un porcentaje de implantación del LVQ del 94,87%.*

*El listado de verificación quirúrgica incluye un ítem de profilaxis de enfermedad tromboembólica*

#### 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% ..... \*
- 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

A través de una muestra de 29 intervenciones, (5 de cirugía de colon, 10 prótesis de cadera y 14 de prótesis de rodilla), se comprobó que en todos había profilaxis antibiótica previa, pero en el caso de cirugía de colon, el antibiótico utilizado no era el recomendado por el propio protocolo del Hospital.

\* El registro de la preparación de la piel se realiza según protocolo en la Hoja de Enfermería. En una muestra estudiada de 49 historias, su registro fue del 97,6%.

\* En cuanto a la correcta eliminación de vello, se realiza según protocolo con cortadora eléctrica y se registra en la Hoja de enfermería. En la muestra de 49 pacientes, constaba el registro de la retirada del vello en 46 (93,88%).

## 2.2.2. Desarrollo de actuaciones para la atención al paciente con sepsis

- Se ha constituido un grupo de trabajo/ Comité/ Equipo multidisciplinar ..... Sí
- Se ha realizado la revisión o aplicación de las recomendaciones institucionales de atención al paciente con sepsis ..... Sí

### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Alcanzada si se han realizado al menos dos actuaciones.

Comprobar la constitución del grupo de trabajo y el desarrollo de alguna de las actuaciones referidas por el centro, revisando la ficha.

**Verificación:**

El Grupo de Trabajo/Comité de Atención al paciente con Sepsis se constituyó en 2017 y en dicha acta de constitución, se propusieron como acciones la revisión de las recomendaciones institucionales de atención al paciente con sepsis. Dicha revisión se plasmó en un documento de consenso, concluido en julio de 2018.

También han aportado un protocolo Código Sepsis en Urgencias y Hospitalización, de fecha septiembre de 2018 aprobado en octubre de 2018.

Se verifica la inclusión del formulario del Código SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) en la historia clínica. Este formulario se ha activado en mayo de 2019.

## 2.3. MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

### 2.3.1. Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según encuesta de satisfacción 2017

- Número de acciones de mejora implantadas..... 23

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Implantar cinco acciones de mejora (al menos una en cada segmento, salvo que se justifique su no realización por satisfacción >95%, en cuyo caso se sustituye por otro 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 al menos dos acciones de mejora seleccionadas por el equipo evaluador

#### **Acciones de Mejora y Verificación:**

De las 23 acciones de mejora propuestas por el centro, se describen a continuación las que se comprobaron documentalmente y las que pudieron comprobarse "in situ" los días de la visita.

##### *Hospitalización:*

*Mejoras en la comida.* Aportan acta de la reunión celebrada el 3 de mayo de 2018, entre los Jefes de cocina y responsables del Hospital en que se acordaron algunas mejoras como añadir hierbas aromáticas, revisión de emplatados, Información de las dietas. En la visita a la planta de hospitalización se comprueba la disponibilidad de elección de menús.

*Entretenimiento en Hospital de Día Pediátrico:* han puesto en marcha la actuación de un mago que entretiene a los niños durante su estancia. Se acredita mediante correspondencia institucional (emails) y carteles.

*Atención a pacientes frágiles.* durante 2018 se ha desarrollado un Protocolo de prevención de deterioro funcional asociado a la hospitalización y un Procedimiento de monitorización del paciente frágil (aprobado en marzo de 2018) que incluye el uso de pulseras electrónicas de seguimiento de actividad que indican los pasos realizados, las horas y tipo de sueño, etc.. El día de la visita se comprueba que algunos de los pacientes son portadores de la mencionada pulsera, que en los pasillos de la planta se han diseñado circuitos de deambulación para que "paseen" que han dotado las habitaciones de reloj y calendario para evitar su desorientación y que hay instalados sonómetros en varias zonas del hospital.

##### *Urgencias:*

*Durante la visita se comprueba la mejora de las instalaciones mediante la colocación de paneles blancos de fenólico en las zonas de paso y rediseño de consultas de trauma y yesos.*

*En el área de Pediatría se comprueba la dotación de gafas de simulación virtual para distraer a los más pequeños durante algunas maniobras terapéuticas y muñeco vibrador para aliviar el dolor en las zonas de punción venosa.*

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 8
- Se han realizado técnicas de tipo cualitativo a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria..... Sí

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Hospitales de grupo 3: cinco líneas de actuación.

Hospitales de los grupos 1 y 2: Cuatro líneas.

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.), que en el grupo 3 deben ser al menos dos y en el resto una, 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:**

Han aportado informes sobre:

-12 entrevistas telefónicas abiertas a usuarios del Servicio de Urgencias Generales de Adultos, excluyendo Urgencias de Traumatología, CGD y Ginecología, atendidos la primera quincena de noviembre 2018. El objetivo era conocer la experiencia de los pacientes que habían valorado, a través de NPS (Net Promote Score), la atención recibida con puntuaciones inferiores a 7 (opinión pasiva y detractores).

- Cuestionario abierto a 40 pacientes atendidos durante los meses de mayo y junio de 2018 y que estaban en tratamiento en Hospital de Día. El cuestionario constaba de seis preguntas: 1. ¿Qué mejoraría de la sala de tratamientos del Hospital de día? 2. Cuando está recibiendo tratamiento, ¿se siente bien atendido? 3. ¿Le parece que la intimidad de la sala es la adecuada? 4. Cuando su tratamiento está ligado al resultado de una prueba previa, ¿le parece adecuado el tiempo de espera desde que le citan hasta que inicia tratamiento? 5. ¿Echa en falta algún servicio o prestación en esta área? 6. Teniendo en cuenta todas las consultas del área de hospital de día, también las exteriores, ¿qué mejoraría de las mismas? Aportan breve informe con resultados, redactado en junio de 2018.

-Técnica cualitativa de pacientes de rehabilitación cardíaca: Estudio cualitativo a través de entrevista telefónica en profundidad, en noviembre de 2018, para conocer la experiencia y expectativas de los pacientes del área del corazón. Se realizaron 25 encuestas de pacientes de Cardiología del HUIE, atendidos durante los meses de septiembre y/u octubre de 2018, y que también precisaron atención de Cirugía Cardíaca y Rehabilitación Cardíaca. Las encuestas fueron realizadas por Personal de atención al paciente (Hospital Fundación Jiménez Díaz, FJD), Fisioterapeutas y DUES del servicio de Rehabilitación cardíaca. Han aportado presentación en PowerPoint con los resultados obtenidos

## 2.4. DESARROLLAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 2.4.1. Desarrollo de actuaciones para la implantación, actualización y mejora de los sistemas de gestión ambiental (SGA)

- Nº de prácticas desarrolladas ..... 4

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:**

*Hospitales de los grupos 2 y 3: Al menos, tres prácticas.*

*Hospitales del grupo 1, apoyo, media estancia y psiquiátricos: Al menos dos prácticas.*

**Verificación:**

*Comprobar una de las prácticas. Constatar de acuerdo a lo que plasman en la "Ficha de buenas prácticas".*

*Se comprueba el uso combinado de biomasa y energía térmica solar para la producción de agua caliente sanitaria (ACS).*

*Aportan informe y presentación en PowerPoint del seguimiento de consumo de energía. En dicho informe consta que la puesta en marcha de la caldera de biomasa se realizó por el fabricante BIOCURVE en 14 de Junio de 2018 y desde ese momento, el consumo de gas natural en la producción de ACS es cero.*

## 2.5. OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

### 2.5.1. Medición del dolor en Servicios específicos

- Número de pacientes de Pediatría, Cirugía General y Traumatología que tienen recogida en la historia la medición con una escala de valoración del dolor ..... 24
- Número total de pacientes de Pediatría, Cirugía General y Traumatología de la muestra ..... muestra 24

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Alcanzada si en el 80%.

*Verificar la implantación en: UCI, pediatría, cirugía general y traumatología. Calcular el resultado global mediante muestra de pacientes de los 4 servicios.*

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

**Verificación:**

*En nuestra visita llevada a cabo el jueves 13 de junio de 2018, en una muestra de 24 pacientes (10 de CGD, 10 de TRA y el total de los cuatro niños ingresados en ese momento en PED), se comprobó que en el 100% de los casos estaba recogida en la historia clínica, la medición del dolor con una escala de valoración, como mínimo dos veces al día.*

*En el Servicio de Medicina Intensiva utilizan la escala EVA o ESCID (Escala de Conductas Indicadoras de Dolor), dependiendo del grado de consciencia del paciente.*

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 7

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 vulnerable (infantil y en los hospitales sin pacientes en edad infantil seleccionar otra población vulnerable)*

*2) Inclusión de un representante de atención primaria en el Comité, desarrollando al menos acciones conjuntas semestrales.*

*3) Desarrollar actuaciones para promover y coordinar la derivación adecuada de pacientes y la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos incluyendo un análisis de la situación del centro.*

**Líneas de Actuación y Verificación:**

*Según las Actas y protocolos aportados, se ha podido verificar que se ha trabajado en las siguientes líneas:*

*Línea 1: Dolor en población vulnerable. El hospital ha aportado el Protocolo y actividades del programa "manejo del paciente frágil", que incluye una serie de medidas (por ej. el descanso nocturno) que favorecen un mejor control del dolor.*

*Protocolo de actuación en dolor en pequeños procedimientos en el área de pediatría. Se han dado charlas a los diferentes servicios, en particular a Traumatología y los médicos de Urgencias (MUG), aconsejando los llamados "Kit de no hacer daño" (que agrupa un conjunto de fármacos y dispositivos pensados para evitar que los niños experimenten dolor). Se muestra acta.*

*Línea 2: Según consta en las actas y ficha de situación a 31 de diciembre de 2108 del Comité del Dolor, se incluye un representante de Atención Primaria (Director de Centro del CS Ciudades en Getafe).*

*Línea 3: Se han redactado protocolos de analgesia a domicilio en pacientes intervenidos bajo régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria que incluyen la elaboración de unas "bolsas de medicación" adecuadas para mejorar el control del dolor las primeras 48 horas tras la cirugía*

*Informe del seguimiento entre abril y noviembre de 2018, del control telefónico de analgesia en pacientes dados de alta tras CMA. Las presentaciones con los datos están en intranet.*

*En los centros de salud, en el momento en el que el paciente intervenido quirúrgicamente es dado de Alta, se establece una alerta informática en la agenda del médico y enfermera correspondiente.*

*"Implementación de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio que envían los pacientes con PCA (Analgesia Controlada por el Paciente) intravenosas o Epidurales a la planta, con las pautas establecidas por el Servicio de Anestesiología y Reanimación. Se ha logrado realizar del mismo modo, un formulario propio de la unidad para el registro de PCA, fármaco y dosis empleadas, evolución del dolor, duración del tratamiento y posibles efectos secundarios. Este formulario se encuentra disponible en la plataforma Casiopea.*

*Elaboración de una guía sobre el manejo bombas de analgesia PCA en planta.*



## 3. CONCLUSIONES

### Indicadores de calidad asistencial

- ✓ EL HOSPITAL HA IMPLANTADO 12 OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EN ESTA EVALUACIÓN SE VERIFICÓ LA EXISTENCIA DE OBJETIVOS PARA REDUCIR LAS PRÁCTICAS INNECESARIAS EN HEMATOLOGÍA, REHABILITACIÓN Y CIRUGÍA GENERAL.
- ✓ EN RADIODIAGNÓSTICO SE COMPROBÓ EL AJUSTE DE DOSIS DE EXPLORACIÓN, A LA TECNOLOGÍA DEL NUEVO APARATO DE TC ADQUIRIDO. SE ACREDITARON DOS SESIONES FORMATIVAS, UNA DE IMPLANTACIÓN CÓDIGO PEACE Y OTRA DE "NO HACER" ESTUDIOS DE TC SIN SISTEMA DE RECONSTRUCCIÓN ITERATIVA.
- ✓ SE HA VERIFICADO EL DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD EN LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE INCIDENTES EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA, CIRUGÍA GENERAL, MEDICINA INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA.
- ✓ SE HAN REALIZADO 10 RONDAS DE SEGURIDAD Y EN LAS ACTAS DE TODAS ELLAS SE HA CONSTATADO LA PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO, PROPUESTAS DE MEJORA Y EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS.
- ✓ EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA, LVQ, ESTÁ IMPLANTADO EN EL 94,87% DE LAS HISTORIAS EVALUADAS, CIFRA ASIMILABLE AL 95% ESTABLECIDO COMO OBJETIVO. INCLUYE EL REGISTRO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA Y TROMBOEMBÓLICA.
- ✓ EL REGISTRO DE PREPARACIÓN DE LA PIEL Y LA ELIMINACIÓN DE VELLO SE REALIZAN EN LA HOJA DE ENFERMERÍA.
- ✓ EL HOSPITAL TIENE CONSTITUIDO UN GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON SEPSIS QUE DURANTE 2018 REDACTÓ UN DOCUMENTO DE CONSENSO DE ACTUACIÓN. SE VERIFICÓ LA INCLUSIÓN DEL FORMULARIO SOFA DE DETECCIÓN DE SEPSIS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.
- ✓ SE COMPROBARON ACCIONES DE MEJORA IMPLANTADAS COMO CONSECUENCIA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, RELATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS.
- ✓ COMO DESARROLLO DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA, HAN LLEVADO A CABO UNA ENTREVISTA TELEFÓNICA A PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS Y OTRA EN CONSULTA DE CARDIOLOGÍA.



EN HOSPITAL DE DÍA COMPLETARON UN CUESTIONARIO DE SEIS PREGUNTAS A 40 PACIENTES TRATADOS EN MAYO Y JUNIO DE 2018.

- ✓ EL HOSPITAL HA DESARROLLADO 4 ACTUACIONES PARA LA MEJORA DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL. SE COMPRUEBA EL USO COMBINADO DE BIOMASA Y ENERGÍA TÉRMICA SOLAR PARA LA PRODUCCIÓN DE AGUA CALIENTE SANITARIA (ACS).
- ✓ EN CUANTO A LAS MEDIDAS PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR, SE HAN EVALUADO 24 HISTORIAS CLÍNICAS, COMPROBÁNDOSE QUE EL 100% DE LOS PACIENTES TENÍAN RECOGIDA LA VALORACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE UNA ESCALA.
- ✓ SE HAN VERIFICADO LA PUESTA EN MARCHA DE LAS TRES LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR.