
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial

Humanización, e Información y Atención al Paciente Año 2017

Centro Sanitario
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha:03/04/2018

Plan de Evaluación 2017-2018

Equipo de Evaluación

Mariano N. VILLANUEVA HURTADO
Lourdes PALLARÉS VELARDE

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	8
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	16
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.

Desplazamiento del Equipo Evaluador al H. U. Rey Juan Carlos los días 17 y 18 de marzo de 2018 para la toma de datos en las siguientes fuentes de evidencia:

Entrevistas.

Gerente.

Responsable de Calidad.

Responsable de Atención al Paciente.

Subdirectora de Enfermería.

Jefe del Servicio de Anestesia.

Jefe del Servicio de Medicina Preventiva.

Análisis Documental.

Toda la documentación soporte para la justificación del cumplimiento de objetivos.

Historia Clínica Informatizada (Casiopea).

Observación Directa.

Acceso a la Intranet e Historias Clínicas electrónicas.

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:

Evitar o reducir prácticas innecesarias.- Pactados con la práctica totalidad de las unidades asistenciales programas de "No hacer", agrupados en diferentes aspectos como son: Evitar pruebas innecesarias (en 15 servicios); Tratamiento farmacológico innecesario (en 11 servicios); Disminución de transfusiones (en 4 servicios); Etc.. Se facilita en soporte electrónico al equipo evaluador relación de servicios implicados con las actividades realizadas y los accesos a los diferentes protocolos utilizados, evaluando una muestra de ellos.

Seguridad en el área de obstetricia y ginecología.- Los objetivos realizados y que se documentan son:

1.- Evitar tratamiento hipotiroidismo en gestantes.- Se facilita protocolo de Patología Tiroidea en Gestación con las pautas de actuación

2.- Evitar linfadenectomía axilar en pacientes con mastectomía y ganglios centinela positivos. Aplicación de los criterios de ensayo Amaros. (Muestran en soporte electrónico presentación de los autores).

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.....35
- (b) Número total de Servicios o Unidades.....38
- Índice: a/b*10092,1

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:

Todos los servicios, 38 en total, planificaron al menos dos objetivos de seguridad, cumpliendo el criterio 35 de ellos. Se muestra al equipo evaluador la relación de los servicios con los objetivos planificados y los objetivos alcanzados.

Entre las actividades realizadas por los servicios que cumplieron el objetivo figura una sesión de morbimortalidad y una sesión de seguridad del paciente, comprobando el hecho en una muestra de ellos elegidos al azar por el equipo auditor.

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

- Número de Rondas de Seguridad realizadas7
- Número de rondas a UCI2
- Número de rondas a Urgencias2
- Número de rondas al Bloque Quirúrgico2
- Participaban miembros del equipo directivo..... Sí
- Las Rondas están documentadas Sí
- Se han adoptado y evaluado, en su caso, las medidas 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:

Durante el ejercicio 2017 se realizaron 7 rondas de seguridad.

Rondas de Seguridad: 2 en UCI (20/04/2017 y 13/12/2017); 2 en Urgencias (29/05/2017 y 09/11/2017); 2 en Bloque Quirúrgico (05/04/2017 y 18/10/2017) y 1 en Medicina Interna (11/07/2017).

Se aportan las actas al equipo evaluador, comprobando en todas ellas la participación de miembros del equipo directivo.

De la lectura de las actas se constata la adopción de medidas correctoras sobre la marcha de las incidencias detectadas, verificando en la siguiente ronda su cumplimiento.

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 aportan los nombramientos de los responsables quirúrgicos (uno hasta noviembre de 2017 y otro desde el citado mes) y de la responsable de Medicina Preventiva.

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas*100) 90,1 %
- 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* 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 analizó una muestra de 25 historias clínicas de pacientes intervenidos el 22/11/2017, comprobándose en todas ellas la cumplimentación del LVQ que incluía, entre otros, el ítem de la 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% 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

Durante el año 2017, los registros de la profilaxis tromboembólica y antibiótica se encontraban en el LVQ y la pincelada de la piel y eliminación del vello en un formulario quirúrgico de enfermería. En 2018 se han unificado en CASIOPEA los citados campos en un único check list quirúrgico.

En el análisis de la muestra de 25 historias clínicas a las que se hizo mención en el apartado anterior encontramos:

- En todas ellas estaban cumplimentados los campos correspondientes a la profilaxis tromboembólica y antibiótica.*
- El pincelado de clorhexidina alcohólica solo aparecía especificado en 9 de las historias analizadas, en 1 historia utilizaron povidona yodada, no figurando en el resto el tipo de antiséptico aplicado.*
- El método usado para la eliminación del vello no figuraba especificado en ninguna de las historias evaluadas, aunque según nos informan, con carácter general, se utilizan cortadoras de pelo con cabezales desechables.*

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..... 12

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:

12 acciones de mejora: 3 acciones en el segmento de hospitalización, 2 en el de consultas externas, 4 en el de cirugía ambulatoria y 3 en urgencias.

Se comprobaron dos acciones de mejora:

1.- Consultas externas: Sistema de anulación/modificación de citas a través del teléfono móvil. Comprobado y verificado como usuario del sistema por uno de los auditores.

2.- Cirugía ambulatoria: Mejora de la intimidad del paciente facilitándole ropa interior desechable. Se muestran modelos utilizados al equipo evaluador.

Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida.

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 11
- 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:

Conocer la experiencia de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias: Se pulsó la opinión de 12 pacientes (6 hombres y 6 mujeres) que acudieron al citado servicio en la primera quincena del mes de octubre para recabar su opinión. El estudio consistió en entrevistas telefónicas grabadas a los citados pacientes para conocer sus puntos de vista sobre la asistencia prestada. utilizando como base un cuestionario preestablecido. Tras la realización de la transcripción de las entrevistas y análisis de los aspectos comentados con los pacientes, se identifican puntos fuertes y áreas de mejora. Se muestra al equipo auditor resultado del estudio con las acciones de mejora propuestas.

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.

Estudios observacionales de segregación de residuos: Se muestran en el portal de enfermería los estudios realizados y las evidencias de participación del personal en los cursos de formación.

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 11
- Número Total de Servicios o Unidades 12

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:

Implantadas las escalas de valoración del dolor en todas las unidades asistenciales, incluidas las Urgencias, con la única excepción del Servicio de Psiquiatría.

Establecido dicho ítem como campo obligatorio en la valoración de enfermería.

Se analizó en CASIOPEA una muestra de historias clínicas de pacientes atendidos el 23/03/2018 (6 de Pediatría, 6 de Urgencias, 6 de Cirugía General y 7 de Traumatología) figurando en todas ellas cumplimentada la escala de valoración del dolor.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 6

Obligadas:

- Atención al Dolor en la población infantil u otra vulnerable Sí
- Existencia de representante de Atención Primaria en el Comité..... Sí
- Sepromueve 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.- Dolor en población infantil.- Elaboración del protocolo "Ningún niño con dolor" (Sedoanalgesia en pediatría), poniendo a disposición del equipo evaluador la última revisión del documento elaborada en octubre de 2017.

2.- Se comprueba la presencia de un facultativo de Atención Primaria en la ficha de situación del Comité de Atención al Dolor.

3.- Promoción de la cumplimentación normalizada y el registro de informes y tratamientos:

- El hospital tiene establecido un procedimiento de Elaboración de Informe de Alta, donde, entre otros aspectos, se indica la necesidad de registrar el tratamiento para el dolor. (Se muestra procedimiento)

- En el sistema de Historia Clínicas se dispone, para determinadas patologías, de plantillas con pautas normalizadas de tratamiento del dolor para incluir en los informes de alta. (Se muestra).

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 instauradoUCI única
- 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 Bloque quirúrgico único

Observaciones y Comentarios

Meta:

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

Líneas de Actuación y Verificación:

Al ingreso del paciente en UCI se entrega un díptico informativo donde se describen las principales características de la unidad, horarios y normas de funcionamiento. Asimismo disponen de una nota informativa específica para el cuidador principal con las normas básicas que debe cumplir. (Se facilitan ámbos documentos al equipo auditor).

El centro dispone de un único bloque quirúrgico con 12 quirófanos, donde se realiza toda la cirugía (general, pediátrica y de urgencia) no existiendo como tal un BQP.

Implantado en abril de 2017 un protocolo de "Humanización de la Cirugía en Pacientes Pediátricos", elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica, donde se establece el procedimiento de acompañamiento al quirófano de los padres de los niños que van a someterse a una intervención quirúrgica. (Se muestra el documento).

3.1.2. Coordinador de Información

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

Observaciones y Comentarios

Meta:

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

Líneas de Actuación y Verificación:

El centro no dispone de la figura de coordinador de información propiamente dicha.

Por protocolo ("Información Clínica") que se facilita al equipo evaluador, cada paciente tiene asignado un facultativo de referencia, responsable de coordinar las acciones en materia de información clínica. Este profesional consta como médico responsable del paciente en la historia clínica electrónica de forma que puede ser identificado por cualquier trabajador, debiéndose presentar como tal al paciente y familiares.

En casos de pacientes crónicos complejos, atendidos por diferentes especialistas, actúa como coordinador de la información un médico internista de la Unidad de Cronicidad.

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 *
- 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:

No se han realizado mediciones del ruido con sonómetro y registros en el hospital.

** Durante el mes de septiembre de 2017 se recogieron por parte de las supervisoras de hospitalización, las áreas a mejorar con respecto a la percepción del ruido nocturno, tras pulsar la opinión de los pacientes, mostrando el resultado del estudio al equipo evaluador.*

Durante el mes de octubre de 2017 se establecieron conjuntamente con los profesionales de Geriátría las actuaciones a desarrollar para respetar el sueño nocturno en pacientes frágiles.

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..... 7

Observaciones y Comentarios

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

Acciones de Mejora y Verificación:

- 1.- Potenciar el uso del Portal del Paciente para consultar y modificar citas y apertura de un nuevo puesto de atención al paciente en Admisión.
- 2.- Modificación y mejora del texto del SMS para reprogramar citas.
- 3.- Relentizar la velocidad de giro de la puerta giratoria de salida del hospital.
- 4.- Planificación de los recursos en el Servicio de Farmacia para agilizar la entrega de medicación a los pacientes del Hospital de Día.
- 5.- Implantación del circuito de organización de celadores para agilizar el traslado de pacientes a las planta.

De todo lo anterior se muestran las evidencias en soporte electrónico al equipo evaluador

6 y 7 fueron reclamaciones puntuales de un paciente, revisadas y valoradas en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos.

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 50
- % 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."86 %

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:

Disponen de un "Registro de Información Dirigido a Pacientes 2012 - 2018". que consta de un total de 365 documentos, de los que 50 fueron aprobados en 2017.

El texto "Documento aprobado por la CTCL del hospital no figura en el 100 % de los documentos (43 de los 50) por recibirse la notificación del SERMAS en este sentido en el mes de septiembre.

Se facilita excel del Registro de Información con los siguientes campos: Id_Documento; Nombre del documento; Objetivos del documento; Tipo de soporte; Servicio promotor; Fecha de registro; Validación comisión; Identificación en el documento con aprobación CTCL; Fecha de inicio de difusión; Fecha de revisión y Fecha de retirada.

5. CONCLUSIONES

Indicadores de calidad asistencial

- ✓ SE HAN IMPLANTADO Y DESPLEGADO TODOS LOS INDICADORES DE CALIDAD PACTADOS, CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE QUE EN LO REFERENTE A LAS MEDIDAS DEL PROYECTO IQZ LOS CAMPOS DE PINCELADA DE PIEL CON CLORHEXIDINA Y EL MÉTODO UTILIZADO PARA LA ELIMINACIÓN DEL VELLO NO SE SUELEN CUMPLIMENTAR.

Indicadores de humanización

- ✓ EL HOSPITAL DISPONE DE PROCEDIMIENTOS DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE EN UCI Y CIRUGIA EN NIÑOS.
- ✓ EL CENTRO NO DISPONE DE LA FIGURA DE COORDINADOR DE INFORMACIÓN PROPIAMENTE DICHA. COMO ALTERNATIVA CADA PACIENTE TIENE ASIGNADO UN FACULTATIVO DE REFERENCIA, RESPONSABLE DE COORDINAR LAS ACCIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN CLÍNICA.
- ✓ NO SE HAN REALIZADO MEDICIONES DEL RUIDO EN EL HOSPITAL.
- ✓ LAS FUENTES DE RUIDO SE IDENTIFICARON POR LAS SUPERVISORAS DE HOSPITALIZACIÓN TRAS PULSAR LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES.

Indicadores de información y atención al paciente

- ✓ SE COMPRUEBA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES Y LA EXISTENCIA DEL REGISTRO DE DE DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE CON LOS ITEMS REQUERIDOS.