
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Hospitales

2016

Centro Sanitario
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: abril 2017

Plan de Evaluación 2017-2018

Equipo de Evaluación

Eva Anguita Ruiz

Índice

	<u>Página</u>
Introducción.....	4
Justificación.....	4
Objetivos.....	4
Metodología y Actuaciones	5
Indicadores de Calidad.....	6
1. Desplegar la seguridad del paciente en la organización.....	6
2. Impulsar prácticas seguras.....	8
3. Revisar y mejorar los resultados clave de la organización.....	10
4. Mejorar la calidad percibida	12
5. Desarrollar la gestión de la calidad	14
6. Optimizar la atención al dolor.....	14
Conclusiones	17

INTRODUCCIÓN

Justificación.

La Consejería de Sanidad establece de forma anual los objetivos a desarrollar por todos los hospitales.

En relación con ello, la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, desde la Subdirección General de Calidad Asistencial, señala los correspondientes al área de calidad y seguridad del paciente.

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.

Objetivo del Programa.

Verificar el cumplimiento de los objetivos de Calidad y Seguridad del Paciente establecidos en lo que se refiere a:

Desplegar la seguridad del paciente en la organización

Impulsar prácticas seguras

Revisar y mejorar los resultados clave de la organización

Mejorar la calidad percibida

Desarrollar la gestión de la calidad

Optimizar la atención al dolor

Metodología y Actuaciones.

Previo análisis de la documentación enviada por la Subdirección General de Calidad sobre los objetivos de Calidad del Hospital, se solicitó al centro información sobre los mismos, para posteriormente realizar la correspondiente visita para trabajo de campo donde se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

Entrevistas.

Directora Asistencial

Directora de Calidad

Responsable de Atención al Paciente

Jefe de Servicio de Radioprotección

Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación

Jefe de Servicio de Medicina Preventiva

Subdirectora de Recursos Humanos

Subdirectora de Enfermería

Análisis Documental.

Actas, protocolos, informes de resultados, presentaciones

Nombramientos de responsables de seguridad

Observación Directa.

Diversos informes y fichas de recogida de datos incluidos en la intranet del hospital.

Portales de la web del hospital.

Diversos registros en historia clínica electrónica.

Cuadro de mandos de jefes de servicio.

Correos electrónicos

INDICADORES DE CALIDAD

1. DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

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 13

Objetivos prioritarios:

- Identificación de prácticas innecesarias Sí
- Uso de radiaciones ionizantes Sí

Observaciones y Comentarios

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

- Identificación de prácticas innecesarias

- Uso seguro de radiaciones ionizantes

Verificar el desarrollo de estos dos objetivos.

Objetivos y Verificación:

Sobre el uso seguro de radiaciones ionizantes se verificaron las siguientes actuaciones:

1.- Implementación de un software en radiología convencional que permite la explotación de indicadores dosimétricos en pacientes por tipo de exploración

Se comprueba por observación directa de base de datos, que actualmente el hospital cuenta con un software en los equipos radiológicos que permite conocer la dosis en superficie a la entrada del paciente (dosis referenciada), la tasa de repetición, el historial de pruebas especiales por paciente, etc.

2.- Creación del Comité de Dosis en Radiodiagnóstico

Se verifica la existencia del Comité mediante el acta de la reunión celebrada el 6 de octubre de 2016.

3.- Implementación del listado de verificación de tratamiento en el acelerador lineal de radioterapia

Se comprueba la existencia del protocolo de verificación de tratamiento, aprobado en agosto de 2016 por la Comisión de Garantía de Calidad de Oncología Radioterápica.

4.- Reducción de la dosis glandular mediante el empleo de la imagen sintetizada en mamografía

Se aporta el documento de explotación de las mamografías realizadas en el período de abril 2016-abril 2017, con el número de mamografías realizadas bajo las distintas modalidades de técnica de mamografía y sus correspondientes dosis calculadas de radiación.

Complementariamente, se comprueba en el acta del Comité de Dosis en Radiodiagnóstico que consta la implementación de esta técnica en mamografía.

Sobre la identificación de prácticas innecesarias:

1.- Realización de pruebas preoperatorias innecesarias en pacientes pediátricos que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas

Se aporta el documento realizado por los responsables de seguridad del Servicio de anestesia, con el objetivo y sus indicadores de evaluación.

Mediante observación directa, se comprueba la existencia de un informe de evaluación con los datos comparados del 2015 y 2016, en el que se aprecia una disminución superior al 50% (del 2 al 0,9%).

2.-Protocolo de uso de RNM en dolor lumbar en pacientes reumatológicos.

La responsable de calidad aporta el protocolo aprobado en noviembre de 2016.

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

- 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 seguras35
- El Servicio o Unidad cuenta con responsable de seguridad nombrado,Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si >80% de Servicios o Unidades tienen, al menos, 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:

Se aporta la presentación utilizada para las sesiones de análisis de efectos adversos, y los listados de recopilación con los ponentes, asistentes, y sesiones realizadas en los servicios de anatomía patológica, anestesiología, cirugía cardíaca y neurocirugía los días 10 de octubre y 1,15 y 16 de diciembre de 2016, respectivamente.

Se comprueba la existencia de los nombramientos para los responsables de seguridad de las 38 unidades.

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

- Número de Rondas de Seguridad realizadas4
- Las Rondas están documentadas Sí

- Se han realizado, al menos, dos rondas a UCISí
- Se ha realizado, al menos, una ronda a Urgencias.....Sí
- Se ha realizado, al menos, una ronda al Bloque QuirúrgicoSí
- Participaban miembros del equipo directivoSí

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cuatro rondas de seguridad. Dos de ellas en UCI, una en Urgencias y una en el Bloque Quirúrgico.

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Tres 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 hayan 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.

Verificación:

Se han analizado las actas de las rondas realizadas en bloque quirúrgico, urgencias y UCI. En todas ellas han participado, al menos, la Directora Asistencial, y la Jefe de Servicio de Medicina Preventiva.

Los temas tratados han incluido aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

No está sistematizado documentalmente el seguimiento de los acuerdos y decisiones que se toman en las rondas.

2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

2.2. Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos.

- Número de Planes de mejora implantados..... 13
- Uno de los planes se refiere a evaluación del cumplimiento de higiene de manosSí

Observaciones y Comentarios

Meta: Implantar, al menos, dos planes de mejora de higiene de manos, uno de los cuales debe ser de evaluación de su cumplimiento.

Verificar que entre los planes de mejora, han abordado la evaluación del cumplimiento de higiene de manos, a través de observación.

Planes y Verificación:

Se comprueba mediante observación directa, las hojas de recogida de datos con los campos que se cumplimentan: día, unidad, observador, indicación/momento, tipo higiene, guantes, aislamiento) y los resultados que están incluidos en la intranet del hospital, en el portal de enfermería.

La Jefe de Servicio de Medicina Preventiva comenta que estos estudios actualmente se han incorporado como una práctica mensual habitual en el hospital.

2.3.Utilización de la hoja de verificación quirúrgica (intervenciones programadas).

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas* 100).....90,03%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 1020
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra)..... 0,90

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si >90%

Verificación: A través de una muestra de historias clínicas

Se revisaron 10 historias correspondientes a los pacientes quirúrgicos intervenidos en un día de noviembre elegido al azar. En todas ellas estaba correctamente cumplimentado el listado de verificación quirúrgica en todos sus apartados.

2.4.Implantación del sistema de identificación inequívoca mediante pulseras en Urgencias.

- Índice dado por hospital (nº de pacientes con pulsera/nº total pacientes estudiados*100)..... 94%
- Observación directa: nº de pacientes con pulsera/nº de pacientes verificados*100.....NA

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada≥90%.

Se verifica a través de la observación directa del equipo evaluador en el Servicio de Urgencias.

Verificación:

Se aporta el protocolo de evaluación de la identificación inequívoca de pacientes aprobado en enero de 2016, y que marca el calendario mensual de observaciones en las distintas unidades y los momentos de realización.

Mediante observación directa se verifican los resultados de las observaciones realizadas en el año 2016 en el Servicio de Urgencias. Se encuentran en la intranet del hospital, en el portal de enfermería.

Ante las evidencias mostradas, y máxime teniendo en cuenta también los resultados de las evaluaciones de años anteriores, no se consideró necesaria la visita de comprobación a urgencias.

3. REVISAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

3.1.Revisión Observatorio de Resultados.

- Cuentan con responsable del proyecto Observatorio de ResultadosSÍ
- Se han revisado los resultados del Observatorio en una reunión del equipo directivoSÍ
- Se ha realizado informe según formato establecidoSÍ
- Los resultados del Centro han alcanzado los niveles suficientes (apartados efectividad y seguridad)..... NO
- En caso negativo, se han revisado conjuntamente con los profesionales implicadosSÍ
- Ha sido necesario establecer áreas de mejora.....SÍ
- Las áreas de mejora cuentan con responsable, actuaciones y cronograma.....SÍ
- Se han revisado de forma específica los indicadores de infección con la participación de Medicina PreventivaSÍ

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzado el 100%, si cuentan con responsable y si existe informe de revisión según el formato establecido.

Se verifica, comprobando que se ha designado responsable, que se ha llevado a cabo la reunión de revisión por el equipo directivo y que se han revisado los indicadores de infección con la participación del Servicio de Medicina Preventiva.

Verificación:

Se solicitó la actuación del hospital en los dos aspectos en los que los resultados del Centro no habían alcanzado niveles suficientes:

1.- Reingresos en menos de 7 días en pacientes quirúrgicos.

En Junio de 2016 , se incluyó en el cuadro de mandos de los jefes de servicio el dato de los reingresos en sus servicios. Dado que los datos en este primer semestre de 2016, en comparación con los del 2015 habían pasado de 5,44% a 4,36%, se optó por no tomar ninguna medida adicional.

2.- Plan de reducción de complicaciones médicas y quirúrgicas

Se comprobó mediante la correspondiente acta, la celebración de una reunión el día 16 de septiembre de 2106 en la que se revisaron con los jefes de servicio, los indicadores de complicaciones en 2015, y el

estudio de estos mismos indicadores en el primer semestre de 2016, que se aporta también como prueba documental.

En este estudio, aparte de los datos sobre las complicaciones se recogen las medidas adoptadas:

a.- Envío a cada jefe de servicio el listado de pacientes con complicaciones para su análisis y propuesta de mejora. Se comprobó mediante observación directa la respuesta de los servicios.

b.-Inclusión en el cuadro de mandos mensual de los jefes de servicio, de los datos de complicaciones de manera comparada con el año anterior. También esta medida fue comprobada mediante observación directa en la web del hospital.

3.- Incidencia de infección en cirugía de prótesis de rodilla

Durante el año 2016, el hospital ha trabajado en la elaboración ,de manera conjunta con los otros hospitales del grupo, de un protocolo que se ha implantado en 2017, y que se muestra.

4. MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

4.2. Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según encuesta de satisfacción 2015.

- Número de acciones de mejora implantadas 10

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 verificaron las siguientes acciones de mejora:

1.-Implantación de servicios no presenciales en el portal de atención al paciente.

Se comprobó mediante visión directa la existencia de este portal en la web del Hospital, y su funcionamiento desde el teléfono móvil de la responsable de Atención al Paciente.

Asimismo se verificó mediante la hoja de explotación de los tipos de servicio prestados desde el portal del paciente, y los servicios y pacientes dados de alta en el mismo desde enero de 2014 hasta la actualidad.

2.-Mejora de los tiempos en la realización de pruebas de laboratorio y radiología en urgencias.

Se comprueba mediante observación directa a tiempo real, la existencia de un sistema en la web del hospital que permite conocer la situación de los tiempos de espera para la realización de las pruebas de laboratorio y radiología. La Directora de Calidad manifiesta que esta información se remite cuatro veces al día al equipo directivo del hospital.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 8
- 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.). Las encuestas de satisfacción u opinión no se consideran técnicas cualitativas.

Líneas de Actuación y Verificación:

Se verifica mediante la ficha técnica la realización de un estudio cualitativo a través de focus group para conocer la satisfacción y expectativas de los pacientes que han sido intervenidos en CMA.

Asimismo, se presentan las hojas de consentimiento firmadas por los pacientes, y los resultados obtenidos, con las valoraciones, las áreas de mejora, y los proyectos de actuación.

5. DESARROLLAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

5.1.Consolidación del modelo EFQM.

- Nº planes de acción implantados 4

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos, tres planes de acción para las áreas priorizadas en la autoevaluación EFQM.

Comprobar, al menos, uno de los tres planes de acción puestos en marcha.

Planes de acción y Verificación:

Según manifiesta la Directora de Calidad, el Hospital en 2016 ha llevado a cabo una autoevaluación en la que ha obtenido 500 puntos de valoración.

De los planes de acción puestos en marcha, se verifica la realización de un recopilatorio de todos los documentos de comunicación interna que usan las diferentes áreas del hospital, como una de las líneas de actuación previstas en el Plan de Recursos Humanos.

6. OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

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

- Número de servicios/unidades con implantación escalas de valoración del dolor 9
- Número Total de Servicios o Unidades 9

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si en el 80%.

Verificar la implantación de la escala en dos servicios quirúrgicos y dos médicos

Verificación:

Según manifiesta la Subdirectora de Enfermería, la escala de valoración al dolor está incluida en las unidades de hospitalización y urgencias como 5ª constante en los formularios de enfermería, y la valoración que hace el hospital de su cumplimentación se obtiene de manera automática de la historia.

Se revisan las cumplimentaciones de esta escala en los pacientes seleccionados para la comprobación del listado de verificación quirúrgica, obteniéndose un porcentaje de cumplimentación del 100% en los casos en los que era aplicable.

Se complementa esta verificación con una descarga que se hizo de la cumplimentación de la escala en todos los pacientes ingresados en el día de la visita, junto con la valoración de instauración de tratamiento en pacientes con valoración 4.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 18

Obligadas:

- Atención al Dolor Agudo Sí
- Atención al Dolor Crónico Sí
- Se han revisado y actualizado en los tres últimos años protocolos de atención al dolor Sí
- Coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGR), para establecer línea centrada en la seguridad del tratamiento del dolor Sí
- Coordinación con Atención Primaria 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

Las líneas de actuación deben al menos contemplar: la atención al dolor agudo, la atención al dolor crónico, (siendo obligado en estas líneas la revisión y actualización de protocolos en los últimos tres años -2016, 2015,2014-), la seguridad en el tratamiento del dolor en coordinación con las UFGR (obligada la inclusión de contenidos relacionados con la atención segura del dolor, en los planes de acogida del centro a los profesionales) y líneas de coordinación con Atención Primaria

Verificar que se ha trabajado en:

- Revisión y actualización de protocolos de atención al dolor agudo y al crónico.
- Inclusión de contenidos sobre atención segura al dolor en los planes de acogida a profesionales.
- Coordinación con Atención Primaria.

Líneas de Actuación y Verificación:

Sobre la revisión y actualización de los protocolos, y mediante la presentación de los correspondientes documentos, se comprueba:

- 1.- El hospital ha actualizado en julio de 2016 el protocolo de sedoanalgesia en pediatría, en diciembre de 2016 el de tratamiento del dolor en paciente con demencia, y en octubre de 2016 el de analgesia en el triaje de urgencias.
- 2.- El hospital ha participado en la elaboración de la memoria de organización y funcionamiento de la Unidad de dolor crónico.

En relación con la inclusión de contenidos sobre atención segura al dolor, se verifica con el Jefe de Servicio de Anestesiología, mediante observación directa, la existencia de un sistema que permite a la enfermera designada para este control conocer todos los pacientes que están hospitalizados con bombas de infusión analgésica, para planificar su atención diaria.

En cuanto a la coordinación con Atención Primaria, la Directora de Continuidad Asistencial mediante el acceso a los diferentes correos electrónico nos muestra las siguientes actuaciones:

1.- Sesión compartida por videoconferencia dirigida a los profesionales de los 9 Centros de Salud y sus 11 consultorios locales el día 20 de Enero 2016, sobre "Coordinación con la Unidad el Dolor. Escalas del Dolor", con el Dr. Agustín Mendiola y la DCA Carmen Plaza.

2.- Sesión presencial en el CS Villaviciosa de Odón con sus profesionales, el 24 de noviembre 2016, para reforzar la coordinación con la Unidad del Dolor,

Esta misma información se encuentra en la memoria 2016 del hospital.

3.- Implantación en 2016 de la e-consulta como medio de comunicación entre la Unidad del Dolor y los profesionales de Atención Primaria, recibiendo a lo largo de 2016, 48 e-consultas de coordinación. La e-consulta queda registrada incluida dentro de la historia clínica del paciente en AP-Madrid y en el hospital.

CONCLUSIONES

Seguridad del Paciente en la Organización

- ✓ EL HOSPITAL HA PUESTO EN MARCHA ACTUACIONES EN RELACIÓN CON EL USO SEGURO DE RADIACIONES IONIZANTES, Y DISMINUCIÓN DE PRÁCTICAS INNECESARIAS.
- ✓ SE HAN REALIZADO SESIONES DE ANÁLISIS DE EFECTOS ADVERSOS EN AL MENOS CUATROS UNIDADES.
- ✓ SE HAN LLEVADO A CABO LAS RONDAS DE SEGURIDAD OBLIGATORIAS. EN TODAS ELLAS EXISTE SOPORTE DOCUMENTAL, HAN PARTICIPADO MIEMBROS DEL EQUIPO DIRECTIVO, Y SE HAN TRATADO TEMAS DE SEGURIDAD. NO ESTÁ SISTEMATIZADO DOCUMENTALMENTE, EL SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS Y DECISIONES QUE SE TOMAN EN LAS RONDAS.

Prácticas seguras

- ✓ SE HAN REALIZADO ESTUDIOS OBSERVACIONALES DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS.
- ✓ SE HA COMPROBADO UNA CUMPLIMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL 100% DE LAS HISTORIAS REVISADAS.
- ✓ SE HA COMPROBADO LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES A LO LARGO DE TODO EL AÑO, PARA VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE PULSERA IDENTIFICATIVA EN DIFERENTES UNIDADES DEL HOSPITAL, INCLUIDO EL SERVICIO DE URGENCIAS, Y EN DISTINTOS MOMENTOS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES.

Resultados clave de la Organización

- ✓ EL HOSPITAL TIENE NOMBRADO UN RESPONSABLE DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS, Y ESTÁ DOCUMENTADA LA REALIZACIÓN DE UNA REUNIÓN DE EXPOSICIÓN DE DATOS CON EL EQUIPO DIRECTIVO, Y LA PARTICIPACIÓN DE LA JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN LA REVISIÓN DE INDICADORES DE INFECCIÓN.
- ✓ EN AQUELLOS APARTADOS EN LOS QUE LOS RESULTADOS DEL CENTRO NO HABIAN ALCANZADO NIVELES SUFICIENTES, SE HAN REVISADO CON LOS PROFESIONALES IMPLICADOS Y SE HAN LLEVADO A CABO ACTUACIONES DE MEJORA.

Calidad Percibida

- ✓ SE HAN LLEVADO A CABO, AL MENOS, DOS ACCIONES DE MEJORA EN LAS ÁREAS PRIORIZADAS SEGÚN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2015.
- ✓ SE HA EFECTUADO UN ESTUDIO CUALITATIVO A TRAVÉS DE FOCUS GROUP PARA CONOCER LA SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES QUE HAN SIDO INTERVENIDOS CON CMA.

Gestión de la Calidad

- ✓ EL HOSPITAL HA REALIZADO UNA AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM, Y SE COMPRUEBA LA EJECUCIÓN DE UNA LÍNEA DE ACTUACIÓN PREVISTA EN EL PLAN DE RECURSOS HUMANOS EN RELACIÓN CON LA COMUNICACIÓN INTERNA.

Atención al dolor

- ✓ EL HOSPITAL TIENE LA VALORACIÓN DEL DOLOR INCLUIDA COMO QUINTA CONSTANTE EN LOS FORMULARIOS DE ENFERMERÍA DE 9 UNIDADES ASISTENCIALES. EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ESTA ESCALA HA SIDO DEL 100% EN LAS HISTORIAS REVISADAS.
- ✓ EL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR DEL HOSPITAL HA ABORDADO LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL DOLOR AGUDO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE DOLOR CRÓNICO, HA INCORPORADO ACTUACIONES PARA UNA MEJOR COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y HA ESTABLECIDO ALGUNA ACCIÓN PARA LA ATENCIÓN SEGURA AL DOLOR.