

---

# **Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Hospitales**

---

## **2016**

---

Centro Sanitario  
**Hospital Universitario de Torrejón**

Fecha: Mayo 2017

---

**Plan de Evaluación 2017-2018**

---

## Equipo de Evaluación

---

**D<sup>a</sup>. Rosa María Sanz Maroto**

# 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.....	9
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.

---

El equipo evaluador realizó el trabajo de campo en la visita llevada a cabo al Hospital los días 5 y 12 de abril.

## Entrevistas.

---

- Director Médico.
- Responsable de Calidad.
- Facultativo Especialista en Anestesiología y Reanimación.
- Responsable de Seguridad del Paciente.
- Facultativo Especialista en Medicina Preventiva.

## Análisis Documental.

---

- Ficha resumen de los planes de mejora derivados de objetivos de calidad, información y atención al paciente 2015.
- Resultados 2016 Indicadores de Calidad.
- Informe de revisión de resultados del observatorio 2015.
- Historias Clínicas electrónicas.
- Documentación necesaria para la justificación del cumplimiento de objetivos.

## Observación Directa.

---

Visita y observación de las áreas de Urgencias, Farmacia, UCI y Calidad.

# 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 ..... 19

#### 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:**

\* *Identificación de prácticas innecesarias:* han aportado copia de la presentación en Power Point ante el Congreso Nacional de la Sociedad Científica SEMICYU, en junio de 2016. Se han identificado las siguientes prácticas innecesarias:

- No continuar el tratamiento Antibiótico empírico iniciado sin valorar diariamente su pertinencia y posible desescalamiento.
- Idoneidad de placa de tórax en pacientes ingresados en UCI.
- Prolongación de medidas de aislamiento.
- No transfundir Concentrados de Hematíes en pacientes críticos con Hemorragia Digestiva estables, no sangrantes, sin afectación cardiológica y/o del SNC con una Hb > 7g/dl.
- Actualización protocolo de Transfusiones.
- Analíticas repetitivas en UCI.

\* *Uso seguro de radiaciones ionizantes:* han aportado copia de las cuatro actas derivadas de las reuniones mantenidas entre el Servicio de Radiodiagnóstico y cada uno de los Centros de Salud de Atención Primaria. En dichas reuniones consta la implantación y evaluación de uso seguro de radiaciones ionizantes, mediante el catálogo de "RECOMENDACIONES NO HACER" propuesto por la SERAM, con especial referencia a las radiografías simples de columna cervical, dorsal y lumbar.

También han presentado documentación en relación con el resto de los 19 objetivos de Seguridad, entre ellos: Protocolo y Registro de caídas (12 pacientes); Participación activa en el día de Higiene de Manos Incorporación al CESIM; Analizar las quejas y reclamaciones como fuente de incidentes; Notificar los incidentes clínicos críticos y never events y realizar el ACR correspondiente; Analizar primeros resultados del proyecto de HM y dispensadores automáticos; Medición y evaluación del indicador de caídas; Medición y evaluación del indicador úlceras por presión; Elaboración y difusión del Plan de Actuación en situación de crisis, Información de eventos adversos y segundas víctimas y Actualización de procedimientos y protocolos de uso seguro de transfusiones.

## 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 seguras .....30
- 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:

Todos los Servicios del hospital cuentan con responsable de Seguridad del Paciente, si bien hay tres servicios, Endocrinología, Alergia y Reumatología que sólo cuentan con facultativo especialista y que no han aportado objetivos de seguridad.

Se han proporcionado las copias de los correos electrónicos con la convocatoria personal a cada uno de los responsables para acordar su nombramiento.

Se ha verificado la realización de análisis de incidentes en:

\*Neurocirugía mediante la revisión del índice de infecciones en intervenciones de columna y se decidió cambiar la metodología de tratamiento.

\*Anestesiología: Notificación y análisis de incidentes críticos y generación de alertas a través del sistema de notificación SENSAR.

Se redactaron boletines/recomendaciones de seguridad en

\*Anatomía Patológica con el fin de obtener mejores datos y de mayor calidad se estableció un manual que incluye nuevos criterios, tanto en las solicitudes como en la codificación.

\*Cardiología elaboró protocolos para el manejo seguro de los fármacos Anticoagulantes Orales de Acción Directa (ACODs).

Han aportado las firmas de la asistencia a una sesión formativa sobre el Sistema de Notificación de Incidentes de la Comunidad de Madrid impartida en Anestesiología, Neurocirugía y Traumatología.

Así mismo, han presentado copia de la Guía de Respuesta ante un Evento Adverso, aprobada por la Dirección en marzo de 2016 y que ha sido difundida a todos los servicios.

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

- Número de Rondas de Seguridad realizadas.....8
- Las Rondas están documentadas ..... Sí
- Se han realizado, al menos, dos rondas a UCI .....Sí
- Se ha realizado, al menos, una ronda a Urgencias.....Sí
- Se ha realizado, al menos, una ronda al Bloque Quirúrgico .....Sí
- Participaban miembros del equipo directivo .....Sí

#### 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:**

Aportaron actas de las 8 rondas de seguridad llevadas a cabo durante 2016, con el siguiente calendario: dos en la UCI (26/2) y (04/11); una en Urgencias (22/04); otra en Bloque quirúrgico (27/05); en Farmacia (1/03); en Anatomía Patológica y Hemodinámica (25/11) y en Maternidad /Pediatría/UCN (30/09). En todas ellas consta la participación de algún miembro del equipo directivo.

Se comprobaron in situ varias de las acciones llevadas a cabo en Bloque Quirúrgico, Urgencias y UCI.

En el informe de las citadas Rondas, constan las medidas propuestas en relación con la seguridad del paciente y la evaluación de las ya implantadas.



## 2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

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

- Número de Planes de mejora implantados .....2
- Uno de los planes se refiere a evaluación del cumplimiento de higiene de manos .....Sí

#### 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:**

*Han aportado copia de la implantación de dos planes de mejora en Higiene de manos (HM): - 5º Plan de acción en HM, en septiembre 2016, previo a la Observación directa de la adherencia del personal sanitario en noviembre de 2016 y - 6º plan de acción en HM, incorporando los resultados de la mencionada Observación.*

*- De acuerdo al Informe de la Adherencia a la HM en los profesionales sanitarios (basado en la observación realizada en Nov 2016), se realizaron observaciones en plantas de Hospitalización y en Diálisis hallando un cumplimiento global cercano al 70%.*

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

- Índice dado por hospital ( $n^{\circ}$  intervenciones con LVQ/ $n^{\circ}$  intervenciones estudiadas\* 100) .....98,52%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra) ..... 15
- Índice muestra ( $n^{\circ}$  intervenciones muestra con LVQ/ $n^{\circ}$ total intervenciones muestra) ..... 100%

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** *Alcanzada si >90%*

**Verificación:** *A través de una muestra de historias clínicas*

*El total de las intervenciones estudiadas contaban con LVQ cumplimentada, no obstante, en un caso no constaba la toma de muestras para Anatomía Patológica, a pesar de que había sido necesaria (se trataba de una neoplasia).*

## 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)..... 100%
- Observación directa: nº de pacientes con pulsera/nº de pacientes verificados\*100..... 100%

### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Alcanzada  $\geq 90\%$ .

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

**Verificación:**

*El día de la visita el equipo de evaluación pudo observar que en el Servicio de Urgencias todos los pacientes (aproximadamente 30 en la sala de espera), llevaban en su muñeca una pulsera identificativa.*

## 3. REVISAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

### 3.1. Revisión Observatorio de Resultados.

- Cuentan con responsable del proyecto Observatorio de Resultados ..... Sí
- Se han revisado los resultados del Observatorio en una reunión del equipo directivo ..... Sí
- Se ha realizado informe según formato establecido ..... Sí
- Los resultados del Centro han alcanzado los niveles suficientes (apartados efectividad y seguridad)..... NO
- En caso negativo, se han revisado conjuntamente con los profesionales implicados ..... Sí
- 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 Preventiva ..... Sí

### 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:**

*El Hospital cuenta con responsable del Observatorio (Director Quirúrgico) que ha redactado el informe requerido, con revisión de los indicadores y la participación del Gerente, Director Médico, Director Económico-Financiero, Directora Enfermería y Director de Sistemas.*

*En la reunión de revisión se estudiaron los resultados del Hospital comparados con el conjunto de los Hospitales de Madrid y del Grupo; utilizándose además los indicadores que se obtienen con "Iametrics".*

*Se informó de los Planes de Mejora iniciados en*

*\*Reingresos (Traumatología y Urología), con el seguimiento de los mismos, pasando de una tasa en Traumatología del 5,8% a 2,3%. En Urología no se ha producido disminución en la Tasa de reingresos por lo que se propondrán nuevas actuaciones en 2017.*

*\*IRA. Se ha seguido un protocolo de vigilancia de infección de todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en el hospital y de vigilancia de las ITU en pacientes ingresados.*

*\*Cesáreas de bajo riesgo. En 2016 la tasa de cesáreas bajó significativamente al 16,3%, frente a 17,8% en 2015 (en ese año la media de Madrid es 20,40%).*

*El Responsable nos hace observar que, si bien algunos niveles difieren de los estándares medios de su grupo (por ej. cesáreas), el indicador no ha utilizado los mismos parámetros, circunstancia que se ha comunicado a la Comunidad de Madrid para que se estudie y valore.*

## 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 ..... 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:**

Han acreditado:

En Urgencias: Tiempos de espera. "Creación de grupo de mejora de la asistencia prestada en urgencias: Se ha rediseñado un TER solo para pacientes hospitalizados diferente de los ambulantes. También se ha implantado un sistema de envío de muestras (tipo bala) con el laboratorio. Se ha establecido un sistema de aviso a los jefes de servicio, cuando los tiempos de espera en Urgencias se elevan por encima de lo previsto. En la visita a la Unidad, se comprueba la instalación de la Bala para el envío de muestras.

En Cirugía Ambulatoria: Accesibilidad/señalización. Se han incorporado directorios táctiles en los ascensores que llevan al Bloque Quirúrgico. Mejora de la señalización desde Admisión principal hasta el Bloque Quirúrgico. Se comprueba en la visita.

### 4.3. 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.). Las encuestas de satisfacción u opinión no se consideran técnicas cualitativas.

**Líneas de Actuación y Verificación:**

*Han aportado un Plan de seguimiento de las líneas de actuación de Calidad Percibida (CP) con las propuestas a realizar, responsables y seguimiento de actividades.*

*Línea 1: Conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo cualitativo. Se ha acreditado mediante grabación, la realización de una técnica cualitativa grupal, a través de la realización de un focus group cuyo objetivo era conocer " ¿por qué los pacientes se pueden sentir desinformados en el bloque quirúrgico?" y detectar sus necesidades al respecto.*

*Se elaboró un protocolo donde se detalla cómo se debe realizar el focus group, y la batería de preguntas que se decidieron plantear. Tras la aprobación de la dinámica por parte de la D.G Calidad, se realizó la actividad en junio de 2016, se redactó un informe y se analizaron los resultados en un comité de calidad percibida extraordinario. No se obtuvieron resultados concluyentes debido a que la asistencia al focus group fue baja y se decidió repetir la dinámica en el primer trimestre de 2017.*

## 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:**

Derivado de la Autoevaluación FQM, han desarrollado Cuatro Planes de Acción: .-Publicar los informes del barómetro de calidad y cuadro de acciones de mejora mediante el envío de una newsletter . Desarrollar plan de alianzas, dirigidas fundamentalmente a fidelizar a la Asociaciones y Fundaciones colaboradoras. Desarrollar un plan de educación para la salud.

Se comprobó la acción de mejora relativa a "Sensibilizar a los empleados sobre su contribución necesaria al mantenimiento de equipos e instalaciones". Para ello aportaron estudio y seguimiento de averías en los equipos por su mal uso o por un uso inadecuado.

## 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 ..... 7
- Número Total de Servicios o Unidades ..... 7

#### Observaciones y Comentarios

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

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

**Verificación:**

*En la evaluación de Indicadores de Calidad 2016, han informado de la implantación de la Escala de Valoración de dolor en 7 servicios o Unidades sin que quede claro a qué servicios del Hospital se refiere.*

*Se procedió a evaluar el registro del dolor en 15 historias de pacientes de servicios quirúrgicos y médicos. De los 15, en 13 (87%), se halló alguna anotación, no obstante la anotación es en texto libre en el evolutivo de enfermería sin contar con ningún tipo de escala de valoración del dolor.*

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

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

### Obligadas:

- Atención al Dolor 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:**

*Línea 1: Atención al dolor agudo: han aportado protocolos revisados y actualizados en 2016 que incluyen líneas de actuación en caso de sobredosis. En julio de 2016, se creó la UDA postquirúrgico. En la actualidad se está desarrollando la fase de implantación del registro del Dolor como la 5ª constante vital. Aportan presentación en Power Point que se hizo en sesión general al Hospital.*

*Línea 2: Atención al dolor crónico: Han presentado la última revisión y actualización de protocolos con fecha marzo de 2017.*

*Línea 3: Seguridad en tratamiento del dolor en coordinación con UFGRS. Dos representantes del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Dolor forman parte de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios, en representación de la Unidad del Dolor, pero no consta la inclusión de contenidos relacionados con la atención segura del dolor en los planes de acogida del centro a los profesionales.*

*Línea 4: Coordinación con Atención Primaria: han aportado actas del Comité de Atención al Dolor donde se recoge la necesidad de formación en A.P., pero siguen sin acreditarse las acciones llevadas a cabo.*

*Línea 5.- Completar la cartera de Técnicas de Dolor Crónico con la implantación de neuroestimuladores. En esta línea han aportado un Documento con las Funciones de Enfermería en el tratamiento del Dolor Crónico, en que queda recogido el uso de neuroestimuladores.*

*Línea 6.- Apoyo al tratamiento del Dolor en todas la Unidades de Hospitalización. Esta línea de actuación solo ha quedado definida en el Hospital de día Médico. En el resto de Unidades de Hospitalización no ha quedado acreditada.*



# CONCLUSIONES

## Seguridad del Paciente en la Organización

---

- ✓ EL CENTRO HA ACREDITADO LA IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN ESPECIAL LA IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS INNECESARIAS Y DEL USO SEGURO DE RADIACIONES IONIZANTES CON ESPECIAL ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD.
- ✓ MÁS DEL 80% DE LOS SERVICIOS TIENEN OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EN CUATRO DE ELLOS (NEUROCIRUGÍA, ANESTESIOLOGÍA, ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CARDIOLOGÍA) SE HA VERIFICADO LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS DE INCIDENTES O BIEN QUE SE HA REDACTADO ALGUNA RECOMENDACIÓN.
- ✓ SE HA CONSTATADO EN LA VISITA A LAS UNIDADES DE URGENCIAS Y FARMACIA LA PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD, ASÍ COMO ALGUNAS DE LAS ACCIONES LLEVADAS A CABO POSTERIORMENTE.

## Prácticas seguras

---

- ✓ SE HA ACREDITADO DOCUMENTALMENTE LA EVALUACIÓN DE HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES.
- ✓ EN LA VISITA A URGENCIAS SE CONSTATÓ LA IDENTIFICACIÓN MEDIANTE PULSERAS.
- ✓ EN LA EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS SE COMPROBÓ LA UTILIZACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA.

## Resultados clave de la Organización

---

- ✓ EL CENTRO CUENTA CON RESPONSABLE DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS Y HA ELABORADO EL INFORME DE REVISIÓN REQUERIDO Y ACCIONES DE MEJORA.

## Calidad Percibida

---

- ✓ SE HA ACREDITADO LA IMPLANTACIÓN DE MEJORAS EN 5 SEGMENTOS, VERIFICÁNDOSE DOS DE ELLAS EL DÍA DE LA VISITA (MEJORA DE LA SEÑALIZACIÓN Y LA INSTALACIÓN DE UN SISTEMA DE ENVÍO DE MUESTRAS (TIPO BALA) CON EL LABORATORIO.
- ✓ HAN LLEVADO A CABO UNA TÉCNICA CUALITATIVA CON RESULTADOS NO CONCLUYENTES PORQUE LA PARTICIPACIÓN FUE BAJA.

## Gestión de la Calidad

---

- ✓ HAN ACREDITADO LA IMPLANTACIÓN DE CUATRO PLANES DE MEJORA DERIVADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN EFQM.

## Atención al dolor

---

- ✓ EN MÁS DEL 80% DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, EN LA HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA SE ANOTA LA VALORACIÓN DEL DOLOR, PERO NO HAY NINGUNA ESCALA ESTABLECIDA.
- ✓ EL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR HA ESTABLECIDO DURANTE 2016 SEIS LÍNEAS DE ACTUACIÓN QUE CONTEMPLAN TODOS LOS ASPECTOS REQUERIDOS, SALVO LA INCLUSIÓN DE CONTENIDOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SEGURA DEL DOLOR EN LOS PLANES DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES. TAMPOCO HAN QUEDADO ACREDITADAS LAS ACCIONES DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA.