



Comunidad
de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA

Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación

Área de Evaluación Sanitaria

Evaluación del Cumplimiento de los Objetivos de Calidad Hospitales

2021

Centro Sanitario
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Fecha: mayo 2022

Plan de Evaluación Sanitaria 2022



Comunidad
de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA

Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación

Área de Evaluación Sanitaria

Equipo de Evaluación

Rosa María Sanz Maroto



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 Humanización y Atención al Paciente, 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, cuyo cumplimiento verifica el Área de Evaluación Sanitaria, según figura en los vigentes Planes de Inspección de la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria.

Objetivo del Programa.

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

- Mejorar la calidad percibida por parte del ciudadano
- Promover la mejora de la seguridad del paciente en el hospital.
- Impulsar las prácticas seguras en cada centro.
- Desarrollar la gestión de calidad
- Fomentar actuaciones para la mejora de la atención al dolor

Metodología y Actuaciones.

- Estudio de la documentación recibida. Análisis de la documentación remitida por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA) en relación con los objetivos de calidad y actuaciones de mejora implementadas, así como de la documentación adicional, Historia Clínica Electrónica (HCE) y registros obtenidos del hospital.
- Visita al Hospital el jueves día 28 de abril.
- Reunión con responsables de calidad y de seguridad del paciente del Hospital.



- Entrevistas con:
 - Responsable del equipo de Calidad.
 - Supervisora de Calidad de enfermería.
 - Residente de Medicina Preventiva.
 - Coordinadora de Oncología.
 - Enfermera de Psiquiatría.
 - Coordinadora de Quirófano y Coordinadora de CMA.
 - Médicos de la Unidad de Neonatología.
 - Coordinador del Servicio de Urgencias.
 - Supervisora de Urgencias.
- Análisis de la documentación aportada en la visita.
- Evaluación de Historias clínicas.
- Observación directa.



INDICADORES DE CALIDAD

1. OBJETIVO: Mejorar la calidad percibida por el ciudadano

1.1. Desarrollar actuaciones para aumentar la satisfacción de los ciudadanos con la atención sanitaria recibida.

- Nº de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida desarrolladas.....20
- Constatación de que se ha realizado alguna técnica de tipo cualitativo para conocer la opinión de pacientes y/o familiarSI
- Se ha realizado un mapa de experiencia del paciente en un área seleccionada.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta/ objetivo: Los hospitales de los grupos 1 y 2 deberán haber desarrollado 5 líneas de actuación, siendo al menos 1 técnica cualitativa y otra el mapa de experiencia. Los grupos 3, de sus 5 líneas al menos 2 cualitativas, y otra el mapa de experiencia

Verificación:

1.- Para conocer la opinión de los pacientes, han realizado:

- Un estudio cualitativo a través de **entrevistas a 12 pacientes del Servicio de Patología de Columna en consulta no presencial**. Los pacientes fueron seleccionados entre los que previamente habían valorado la atención entre 4 y 8 (detractores y pasivos). Las entrevistas constaban de 5 preguntas abiertas. El desarrollo del estudio comenzó en mayo de 2021 se elaboró el informe en julio de 2021. Han aportado informe y conclusiones.
- **Encuestas telefónicas sobre las mejoras en el Servicio de Urgencias**. El estudio se ha llevado a cabo seleccionando 10 pacientes que habían valorado el Servicio de Urgencias entre "0 y 4" (NPS), en la primera quincena del mes de diciembre de 2021, excluyendo Traumatología y Ginecología. La encuesta consta de 5 preguntas abiertas. El informe final se realizó en enero de 2022. Aportan informe de resultados.

2.- Sobre el mapa de experiencia:

El Hospital con fecha 26 de noviembre de 2021 ha elaborado un documento con el "**Mapa del paciente**", para mujeres embarazadas en donde se desarrolla todo el proceso y los puntos clave que la mujer puede esperar: ✓ Información estructurada desde el inicio. ✓ Organización por trimestres. ✓ Plan de citas y consultas. ✓ Solicitud automatizada de pruebas en cada periodo. ✓ Formación y ejercicios. ✓ Recomendaciones durante todo el embarazo. ✓ Dialogo web con su matrona en el 3º trimestre.



Otras actuaciones:

- En su página web, a través del “portal del paciente”, tiene instalado un sistema **Chat Bot** que mediante aplicaciones informáticas **simulan la conversación con una persona, dándole respuestas automatizadas** a sus dudas o preguntas más comunes. Utilizando esta herramienta han podido estudiar el tipo de solicitudes y preguntas más frecuentes de los usuarios al Servicio de Atención al Paciente y a Admisión. Han presentado informe de resultados año 2021.
- Desarrollo de un Procedimiento para facilitar a los familiares de los pacientes en UVI, una **información adicional y/o complementaria a la trasladada por el personal facultativo**. Se ha puesto en marcha en diciembre de 2021.

2. OBJETIVO: Mejorar la seguridad clínica

2.1. Participación activa de directivos en rondas de seguridad.

- Número de rondas de seguridad realizadas9
- Número de rondas en UCI realizadas2
- Número de rondas en urgencias realizadas2
- Número de rondas en bloque quirúrgico realizadas.....2
- Número de rondas en unidades de hospitalización breve psiquiátrica realizadas1
- Número de rondas en otras unidades2

Observaciones y Comentarios

Meta/objetivo: Realizar rondas en las áreas prioritarias de UCI, urgencias, bloque quirúrgico y unidad de hospitalización breve de psiquiatría. El número de rondas será 8 en hospitales grupo 3, 7 en los hospitales grupo 1 y 2 y 5 en los psiquiátricos y de media estancia.

Verificar que la ronda está realizada, documentada, evaluada y que su temática está vinculada a la seguridad del paciente.

Verificación: Han aportado las actas de las rondas que incluyen la fecha, los asistentes, las acciones acordadas, responsable y seguimiento. A continuación, se relacionan los temas más relevantes que constan en las actas, algunos de los cuales se confirmaron durante la visita:



UCI:

Las rondas se hicieron el 24 de junio y el 4 de noviembre de 2021. En dichas rondas se incide en las medidas para promover la humanización en la UCI: mayor comunicación de los pacientes con los familiares, control medidas ambientales, control del dolor, prevención de úlceras por presión, prevención de bacteriemia, de neumonías, de infección asociada a sonda vesical, , instauración de unidosis....etc. El día de la visita se comprobaron las medidas de confort ambiental, la existencia de colchones antiescaras, Tablet para comunicación con familiares, el registro EVA y ESCID del dolor y la instauración de un sistema unidosis.

Urgencias:

Rondas realizadas el 21 de junio y 16 de diciembre de 2021. Se insiste en el registro EVA del dolor en Triage, necesidad de diseñar y colocar cartelería de necesidad de aislamiento, cuando proceda. Se detectaron algunos errores informáticos en el volcado de informes desde el SUMMA a la historia de pacientes. (En la visita confirman que ya están solucionados). En el acta de diciembre, se insiste en el registro EVA del dolor en triage que solo es del 40%. En la visita se muestra la realización por personal del curso de prescripción en MUP (Módulo Único de Prescripción). Se comprueba el registro del dolor en algunos de los pacientes que han sido atendidos y la colocación de la señalética de necesidad de aislamiento mencionada.

Bloque quirúrgico:

Rondas realizadas el 22 de junio y 14 de diciembre de 2021. Se trata de la mejora del registro de profilaxis tromboembólica y antibiótica. Ya se ha aprobado el Protocolo de control de normotermia, pero el de normoglucemia está pendiente de aprobación. En el acta de diciembre se revisan los protocolos pendientes de redacción y aprobación, entre ellos el de "Atención perioperatoria".

Unidad de hospitalización breve psiquiátrica:

Ronda realizada el 15/diciembre/2021. Se revisa la prevención de caídas, proponiendo la instalación de suelo antideslizante y sistemas de contención en las camas: queda pendiente su presupuesto. Identificación correcta de los pacientes.

Se está redactando "Protocolo de agitación, fugas y ausencias". Ha sido aprobado en este mes de abril de 2022.

Hospital de día Oncohematológico:

Ronda realizada el 9 de junio de 2021. Se repasa el circuito de validación de las prescripciones de quimioterapia y la posibilidad de interconsulta telefónica al médico prescriptor en caso de "duda".

Unidad de Neonatología:

Ronda realizada el 1 diciembre 2021. En el último cuatrimestre han realizado 29 encuestas telefónicas para conocer la opinión de los usuarios de esta Unidad, con resultado de 93,10% de NPS de promotores. En nuestra visita muestran los resultados. Han actualizado el protocolo y uso de protección radiológica en neonatos. Se comprueba la existencia de dichos protectores. Se reclama la desaparición en lavandería de algunos elementos de confort para los neonatos. Se ha puesto en marcha un sistema de control de los mismos. Instauración de una pulsera de identificación a los padres/madres con el cordón umbilical del niño mediante código de barras para evitar errores.



3. OBJETIVO: Mejorar la seguridad del paciente en el Centro

3.1 Implantación de objetivos de seguridad del paciente en el Centro.

- Nº de objetivos de seguridad establecidos.....11
- Constituido un Comité para adecuación de la práctica clínicaSI
- Desarrolladas acciones para la comunicación segura con pacientes o entre profesionales.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos 4 objetivos, incluidos los dos prioritarios: Constituir un Comité para mejorar la práctica clínica, y desarrollar actuaciones para la comunicación segura con pacientes o entre profesionales.

Verificación: se ha comprobado la implantación de los dos objetivos prioritarios:

1º.- El Comité (CAPC), está constituido desde 6 de mayo de 2021 y durante 2021 han realizado 4 reuniones. Esta Comisión dispone de un portal en la intranet para compartir información. Este portal está operativo desde el 14 de junio de 2021 según acreditan mediante remisión de email a todo el Comité.

2º.- Han desarrollado acciones para la comunicación segura:

- Implementación de la herramienta **diálogo-web para favorecer la comunicación profesional-paciente**. Se trata de un sistema de comunicación a través del Portal del Paciente entre éstos y el equipo médico y de enfermería, para consultas online, solucionar dudas clínicas, evitar consultas innecesarias y mejorar la experiencia del paciente y del profesional en el seguimiento clínico. En la visita de auditoría, presentan esta aplicación y se comprueba su funcionalidad. Está operativa en los servicios de Farmacia hospitalaria, hospital de día oncohematológico, y tras el alta en Neonatología.

Así mismo desde el CAPAC se plantearon 11 objetivos. De estos se han seleccionado los siguientes proyectos en desarrollo:

Disminución de cistoscopias en mujeres con diagnóstico de vejiga hiperactiva no complicada: En Fase de desarrollo: realizado análisis retrospectivo, divulgación al personal médico y actual monitorización. Se muestra documento de estudio.

Reducción de la obstinación terapéutica en el paciente oncológico, Unidad de Tumores digestivos: Durante 2021 se realizaron las siguientes fases: 1. Búsqueda bibliográfica. Definición de criterios de medición 2. Análisis del punto de partida. Recogida de datos de criterios seleccionados en paciente atendidos durante 2019. 3. Grupos de trabajo y cronograma de acción. 4. Divulgación al personal médico y de enfermería. En la actualidad se están estructurando los formularios necesarios en el sistema operativo "Casiopea" que utiliza el Hospital. Este proyecto incluye los subobjetivos de: **"Mejorar la capacitación relacionada con las habilidades de comunicación al personal de oncología y la información y comunicación con pacientes y familias: diálogo web, material en Portal del Paciente"**.



Propuestas de reducción de determinaciones de laboratorio innecesarias, en la especialidad de endocrinología: implementación de medida de Cortisol salivar nocturno (sospecha de Cushing), estandarización de criterios de realización de anticuerpos antitiroideos: Anticuerpos anti-peroxidasa (TPO), Anticuerpos anti-Tiroglobulina (TG), así como determinación de T3 y T4, si TSH normal.

Evitar realización innecesaria de hemoglobina glicada. Este último en 2021 ya estuvo en fase de ejecución mostrando el impacto del ahorro en euros.

OTROS PROYECTOS PROPUESTOS: Mejorar la indicación de **hemoterapia**; Evitar extracción de **analíticas innecesarias** al ingreso de pacientes atendidos en urgencias; Mejorar la adecuación en la práctica clínica de las recomendaciones de "no hacer" en la **patología infecciosa pediátrica**; Evitar **interrupciones innecesarias en nutrición enteral y parenteral** en pacientes en UCI; Identificar y **evitar radioterapia** evitable al final de la vida; Reducir las pruebas innecesarias de **perfusión miocárdica en medicina nuclear**; Reducir uso inadecuado de guantes; Reducción de **toma de constantes sistemática innecesaria** en pacientes hospitalizados".

4. OBJETIVO: Mejorar las prácticas seguras en la organización

4.1 Impulso de prácticas seguras.

Se han llevado a cabo actuaciones de mejora de higiene de manos

- Está disponible el preparado de base alcohólica en >95% de los puntos de atención.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Cumplir las actuaciones señaladas anteriormente y consideradas prioritarias de higiene de manos.

Verificación: Solo hay que auditar la disponibilidad en algunas camas de hospitalización de preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención.¹

Este apartado se verificó en las camas de Urgencias, Neonatos, Unidad de Psiquiatría y UCI, comprobándose la existencia de gel hidroalcohólico en los puntos de atención de pacientes.

- Nº de unidades o servicios quirúrgicos en los que están implantadas **las tres medidas obligatorias de infección quirúrgica cero (IQZ)**3 (100%)

- ¹ Que los PBA estén en **punto de atención** quiere decir que estén idealmente al alcance de la mano del personal sanitario o a menos de 2 metros. **Ejemplos:** recipientes fijados a la cama o mesilla del paciente, dispensadores de pared (<2m zona del paciente), en frascos de bolsillo que lleva el personal, en los carros de curas y/o medicación que se llevan al punto de atención.

No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace >2 m, ni los PBA que se transportan en carros, bateas y se quedan a > 2 m del paciente



Observaciones y Comentarios

Meta: Tener implantado en > 90% de los servicios en los que les es de aplicación las medidas obligatorias de IQZ: Adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%, eliminación correcta del vello.

Verificación:

Se estudiaron 40 procedimientos realizados en el mes de octubre de 2021, de cada uno de los 14 Servicios Quirúrgicos, resultando la siguiente distribución: 2 de Cirugía Cardiovascular, CCVA, 8 de Cirugía General y Digestiva, CGD; 4 de Cirugía Pediátrica, CPED; 2 Cirugía Plástica y Reparadora, CPR; 2 de CTO Cirugía Torácica CTO; 3 de Cirugía Vascular, CVA; 2 de Dermatología, DER; 4 de Ginecología, GINE; 2 de Cirugía Maxilofacial, MX; 1 de Neurocirugía, NEURO; 1 de Oftalmología, OFT; 1 de ORL; 5 de Traumatología y Cir. Ortopédica TRA, 3 de Urología URO.

En relación con la aplicación de medidas obligatorias de IQZ el Hospital tiene establecidos como obligatorios los siguientes procedimientos: 1º Cirugía de colon (Cirugía General y Digestivo:). 2º Prótesis de cadera. 3º Prótesis de rodilla, (Cirugía Ortopédica y Traumatología). 4º: Bypass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto y 5º: Bypass aorto-coronario con solo incisión torácica, (Cirugía Cardíaca).

Respecto a la profilaxis antibiótica, en las historias seleccionadas, tenían anotado su administración (SI, NO, NP) y el tipo de antibiótico administrado en 10 de los 11 procedimientos obligatorios revisados (4 hemicolectomías, 4 prótesis y 2 By pass). En una intervención de prótesis de cadera, no constaba el nombre del antibiótico, aunque sí su administración.



Hay que hacer constar que en 19 procedimientos “no obligatorios” también se administró antibiótico de forma profiláctica. De los restantes en 7, no procedía y por último en 3 más constaba la administración de antibiótico, pero sin mencionar el nombre del mismo, ni dosis ni vía de administración.

Así pues, en total, la profilaxis antibiótica quedó registrado en 36 de los 40 procedimientos estudiados (90%).

El pincelado se hizo con clorhexidina alcohólica en 30 de las 40 intervenciones (75%).

En relación a la retirada del vello siempre se hace con maquinilla eléctrica y cabezal desechable. Fue registrado en 36 de las 40 intervenciones (90,00%).

- Nº de historias con listado de verificación quirúrgica 100%

Observaciones y Comentarios

Meta: Tener implantado el LVQ en > 95% de las intervenciones quirúrgicas en las que les es de aplicación.

Verificación: Se comprobó la existencia de LVQ y su cumplimentación en los aspectos descritos en el párrafo anterior, constatando que el 100% de los procedimientos tenían este documento.

5. OBJETIVO: Mejorar la atención al dolor

5.1 Fomentar actuaciones que mejoren la atención al dolor.

- En la historia clínica de los pacientes se recoge el dolor como quinta constante.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Tener registrado diariamente en más del 90% de las historias la evaluación del dolor mediante escalas de valoración.

Verificación: El registro de la evaluación del dolor, se incluye en Casiopea desde hace más de 10 años. Dirección de enfermería ha estudiado el número de pacientes hospitalizados que han recibido una valoración de EVA de 0 a 10 entre el número total de pacientes dados de alta de enero a diciembre de 2021 en hospitalización convencional adultos. El resultado fue del 100% de las altas.



En las 40 historias evaluadas en el apartado 4º anterior, se encontró registro del dolor el día de la intervención (octubre 2021), en 35 de ellas (88%). Así mismo en nuestra visita al Hospital se comprobó el registro del dolor en algunas de las historias de los pacientes ingresados en ese momento: 3 de Urgencias, 3 de Bloque Quirúrgico, 3 de Hospital de día oncológico; 4 de Psiquiatría. En UVI, 3 con escala EVA y 3 con escala ESCID, según el grado de consciencia del paciente. En todas constaba el registro del dolor.

Se ha incluido en el sistema informático del hospital la escala PAINAD para valorar el dolor en pacientes con deterioro cognitivo (En nuestra visita se muestra dicho registro).

- Nº de actuaciones desarrolladas para la mejora de la atención al dolor.....8
- Desarrollo de “buenas práctica” en atención al dolor.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: En los hospitales grupos 1,2 y 3 tener desarrolladas al menos 4 actuaciones incluyendo las prioritarias que son: Promover la participación y coordinación con Atención Primaria y con otros profesionales (Unidad Funcional de Riesgos), y favorecer la participación de los pacientes.

Verificación: Desarrollo de líneas de actuación:

Promover la participación y coordinación entre niveles asistenciales, profesionales y de los pacientes

- Aportan acta de reunión virtual (Zoom) de 6 de Julio de 2021 de Unidad Tratamiento del Dolor Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) **con referentes de dolor DANO de Atención Primaria**. Se revisaron la cartera de servicios de UDD, los protocolos de derivación de pacientes desde A. Primaria y el protocolo de abordaje de DNP localizado. Dichas reuniones se seguirán realizando a lo largo de 2022.
- Sigue funcionando la **e-consulta con A. Primaria**.
- Se realiza una revisión anual sobre los **eventos adversos relacionados con el dolor notificados**, con la ayuda de la Dra. Bonilla, secretaria de la UFGRS.
- Participación de varios miembros de este Comité del Dolor en la VI Jornada de los Comités de Atención al Dolor del SERMAS."
- Promover la participación de los pacientes. Se ha realizado una **encuesta a pacientes de CMA operados de hombro** para la realización del protocolo del tratamiento del dolor en estos pacientes (aportan los datos de dicha encuesta).
- Realización del taller "**Manejo hospitalario de pacientes sintomáticos en la fase final de la vida**", por parte del equipo de cuidados paliativos de la FJD.
- Creación del comité de Dolor oncológico.

Desarrollo de “buenas práctica” en atención al dolor

- Realización y puesta en marcha del protocolo para el tratamiento del dolor en pacientes de CMA tras cirugía artroscópica de hombro. Evaluación de la eficacia analgésica postoperatoria mediante reparación artroscópica del manguito de los rotadores y cirugía de inestabilidad de hombro. Se mide el dolor postquirúrgico durante el primer mes tras la cirugía, la eficacia y seguridad de la pauta analgésica y seguridad de la operación, así como la satisfacción de los pacientes. Aportan presentación del proyecto. (HU FJD Quirón-salud Dra. Fernández Bravo /Dr. Calvo. 2021).



Otras líneas:

- *Recopilación de datos sobre el tratamiento **del dolor en el triaje de urgencias** y sesiones con las enfermeras de urgencias para recordar el protocolo de actuación. Se han incorporado los **consentimientos informados para las técnicas invasivas** del tratamiento del dolor. Se realiza revisión anual de las **reclamaciones relacionadas con el dolor** que han hecho llegar los pacientes a través del servicio de Atención al paciente. Diseño de encuesta ""Experiencia del paciente en las consultas de electromiografía"" incluyendo cuestiones específicas relativas al dolor."*



CONCLUSIONES

Mejorar la calidad percibida por el ciudadano

- ✓ EL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA HA DESARROLLADO 20 ACTUACIONES, PUDIENDO CONSTATAR QUE:
 - PARA CONOCER LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES HAN REALIZADO DOS TÉCNICAS DE TIPO CUALITATIVO EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DE COLUMNA Y DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
 - HAN DESARROLLADO Y PUESTO EN MARCHA UN MAPA DE EXPERIENCIA DE LA PACIENTE EN OBSTETRICIA.
 - MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS TIPO CHATBOT, HACEN UN ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LAS PREGUNTAS Y NECESIDADES MÁS DEMANDADAS POR LOS USUARIOS, EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE.

Mejorar la seguridad clínica

- ✓ EN LAS ACTAS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD SE HAN DETECTADO LOS TEMAS MÁS RELEVANTES EN ESTA MATERIA. LAS ACTAS INCLUYEN, FECHA, ASISTENTES, ACCIONES ACORDADAS, RESPONSABLE Y SEGUIMIENTO. SE LLEVARON ACABO 9 RONDAS INCLUYENDO LAS PRIORITARIAS DE UCI, URGENCIAS, BLOQUE QUIRÚRGICO Y UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PASIQUIATRÍA.

Mejorar la seguridad del paciente en el Centro

- ✓ SE HA CONSTITUIDO UN COMITÉ PARA LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, Y DURANTE EL AÑO 2021 HA CELEBRADO 4 REUNIONES, CON 11 OBJETIVOS EN RELACIÓN CON LA ADECUACIÓN DE PRÁCTICAS.
 - HAN ACREDITADO EL DESARROLLO DE ACTUACIONES EN COMUNICACIÓN SEGURA CON PACIENTES O ENTRE PROFESIONALES CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DIÁLOGO-WEB. SE TRATA DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DEL PORTAL DEL PACIENTE, DE ÉSTOS Y EL EQUIPO MÉDICO.

Mejorar las prácticas seguras en la organización

- ✓ EN NUESTRA VISITA AL CENTRO SE HA PODIDO CONSTATAR LA AMPLIA DISPONIBILIDAD DE GEL HODROALCOHÓLICO EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN



- ✓ CON LA EVALUACIÓN DE UNA MUESTRA DE HISTORIAS CLÍNICAS SE HA EVIDENCIADO QUE ESTÁN IMPLANTADAS LAS MEDIDAS OBLIGATORIAS IQZ EN ANTIBIOTICOTERAPIA EN EL 90%, EL PINCELADO EN EL 75% Y LA RETIRADA CORRECTA DEL VELLO EN EL 90%.
- ✓ EL 100% DE LOS PROCEDIMIENTOS CONTABA CON HOJA DE LVQ.

Mejorar la atención al dolor

- ✓ LA UTILIZACIÓN DE LA ESCALA EVA PARA MEDIR Y CONTROLAR EL DOLOR ESTÁ AMPLIAMENTE DIFUNDIRA. TANTO EN LA AUTOEVALUACIÓN DEL DOLOR, REALIZADA POR EL HOSPITAL COMO POR EL ESTUDIO REALIZADO EL DÍA DE NUESTRA VISITA, SE PUSO DE MANIFIESTO QUE ESTA CONSTANTE ES ALTAMENTE REGISTRADA.
- ✓ SE HA ACREDITADO LA ACOORDINACIÓN ENTRE NIVELES TANTO CON ATENCIÓN PRIMARIA Y ENTRE ESPECIALIDADES, COMO CON LOS PACIENTES QUE PARTICIPAN ACTIVAMENTE NE LAS DIFERENTES COMISIONES.