
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Hospitales

2016

Centro Sanitario
Hospital General de Villalba

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.....	7
1. Desplegar la seguridad del paciente en la organización.....	7
2. Impulsar prácticas seguras.....	10
3. Revisar y mejorar los resultados clave de la organización.....	11
4. Mejorar la calidad percibida	13
5. Desarrollar la gestión de la calidad	15
6. Optimizar la atención al dolor.....	15
Conclusiones	18

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 de campo donde se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

Entrevistas.

Directora de Calidad

Responsable de radioprotección

Jefe de Servicio de Medicina Preventiva

Subdirector Médico

Supervisora de Hospitalización

Enfermera de consultas externas de cardiología

Auxiliar informador de CMA

Responsable de sistemas de información

Análisis Documental.

Actas de Comisiones

Manuales, protocolos, informes y presentaciones

Listados de firmas de asistentes a sesiones formativas

Archivo en papel de los listados de verificación realizados para ecocardiografía transesofágica

Correos electrónicos

Observación Directa.

Base de datos de radioprotección

Pulseras identificativas en el área de urgencias

Paneles informativos en el sala de espera de familiares de CMA

Diversos registros en historia clínica electrónica

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 15

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:

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

Se comprueba por observación directa de la 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 21 de noviembre de 2016.

3.- Actualización del manual de protección radiológica.

Según manifiesta el responsable de radioprotección, el manual actualmente autorizado es el del año 2014, que se aporta como documento en uso. En el momento de la visita no está finalizada la actualización que se comenzó en 2016.

4.- Sesiones formativas para la difusión de las buenas prácticas relacionadas con la optimización de las dosis.

Se aportan las presentaciones realizadas a los médicos el 16-11-2016 y a los técnicos de radiología el 29 de junio, junto con los listados de firmas de los asistentes.

5.- Sustitución de la radiología simple en el control de la neumonía del paciente pediátrico

Se comprueba la existencia de un documento firmado el 16 de noviembre entre los jefes asociados de radiodiagnóstico y pediatría para sustituir la radiología por ecografía en los casos indicados anteriormente.

Sobre la identificación de prácticas innecesarias

1.- No usar en pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda agentes antiarrítmicos

Se verifica en el documento de buenas prácticas en cardiología, que este es un objetivo para el 2016, y se aporta el excell de la explotación solicitada a sistemas de información del hospital con el cruce de pacientes con diagnóstico de alta de insuficiencia cardiaca congestiva y uso de 4 fármacos antiarrítmicos.

2.-No prolongar más de 24 horas, tras un procedimiento quirúrgico (cirugía general), los tratamientos de profilaxis antibiótica.

La responsable de calidad aporta el correo electrónico del responsable de sistemas de información del hospital, con el cruce realizado entre pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general y antibiótico 24 horas después de la intervención.

Además se comprobó posteriormente en la muestra de historias seleccionadas para verificar la existencia de listado de verificación quirúrgica.

3.- Evitar la realización de nuevas extracciones en pacientes con trombopenia, mediante realización de frotis de sangre periférica.

Se aporta el protocolo de actuación del servicio de hematología, la presentación de la sesión formativa para los técnicos de laboratorio, y el listado de firmas de los asistentes a la sesión del 16 de noviembre.

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 seguras39
- 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, y los listados de firmas de los asistentes a las sesiones de análisis de incidentes realizadas en los servicios de rehabilitación, neumología, hematología y anestesiología los días 15 de noviembre, 17 de noviembre, 24 de noviembre y 1 de diciembre respectivamente.

La responsable de calidad muestra un listado con los datos de identificación de los responsables de seguridad de cada unidad. En el año 2016 no ha habido nombramiento personalizado para cada uno de los responsables.

Está creado el modelo para poder hacerlo a lo largo de 2017.

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

- Número de Rondas de Seguridad realizadas 7
- 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:

Se han analizado las actas de las rondas realizadas en bloque quirúrgico, urgencias y UCI. En todas ellas ha participado el Director Asistencial del Hospital. Los temas han versado sobre aspectos de seguridad del paciente, y en todas ellas se hace una revisión de los acuerdos adoptados.

2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

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

- Número de Planes de mejora implantados 12
- 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:

Como comprobación de la evaluación del cumplimiento de higiene de manos a través de observación, se aporta el informe del estudio realizado por el hospital, y el excel de recogida de datos con los 324 registros que sirvieron al estudio.

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

- Índice dado por hospital (n° intervenciones con LVQ/ n° intervenciones estudiadas* 100) 95,74%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra) 7794
- Índice muestra (n° intervenciones muestra con LVQ/ n° total intervenciones muestra) 0,957

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si >90%

Verificación: A través de una muestra de historias clínicas

Se revisaron 12 historias correspondientes a todos los pacientes quirúrgicos dados de alta en el hospital en un día elegido al azar del mes de noviembre. 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 (n° de pacientes con pulsera/ n° total pacientes estudiados*100).....95,45%
- Observación directa: n° de pacientes con pulsera/ n° 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:

En visita al Servicio de Urgencias se verificó mediante observación directa, la utilización de la pulsera identificativa en todos los pacientes que se encontraban en la sala de espera de la urgencia de adultos.

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..... NO
- 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 dos aspectos:

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

En el año 2016, lo único que se ha podido verificar es la existencia de un documento de atención al anciano frágil, considerado por el hospital como fuente principal del aumento de reingresos quirúrgicos, con un cronograma, que plantea su implementación en 2017.

2.- Úlceras por presión:

Se establecieron acciones de mejora, con responsable y cronograma, y en todas ellas se comprobaron:

- Actas de las reuniones del grupo de mejora

- Listado de firmas de los cursos de formación.

- Tríptico de las jornadas organizadas por el Hospital.

- Modelos de formularios incluidos en la historia clínica electrónica para la prevención de las úlceras por presión.

- Carteles informativos expuestos en las Unidades de Hospitalización para mejorar la prevención y tratamiento de las úlceras por presión

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 16

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.- Mejorar la atención en el duelo en hospitalización mediante la realización de un curso el 15 de diciembre de asistencia psicológica al duelo, que se comprobó con el listado de firmas de los participantes.

2.- Mejora de la información en CMA, mediante la realización de un póster con las normas de funcionamiento, que se comprobó por observación directa que estaba expuesto en el área de espera de CMA, así como la distribución de hojas informativas que el auxiliar de recepción confirmó que se entregan a los pacientes a su llegada.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 13
- 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 comprueba la existencia de un informe con los resultados del grupo focal realizado el 28 de septiembre de 2016, sobre la atención a mujeres a las que se les ha seguido el embarazo en el Hospital, y de los correspondientes documentos de autorización firmados por las mismas.

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:

En este Hospital, y dado que entró en funcionamiento a finales del año 2014, el objetivo que se comprobó ha sido la realización del primer informe de autoevaluación en noviembre de 2016.

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 12
- Número Total de Servicios o Unidades 12

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si en el 80%.

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

Verificación:

Se verificó la implantación de las escalas de valoración del dolor en dos servicios médicos y dos quirúrgicos, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes dados de alta en un día elegido al azar. que arrojaron los siguientes resultados:

Servicio de Cirugía General.....0% de cumplimentación.

Servicio de Traumatología.....50% de cumplimentación.

Servicio de Medicina Interna.....73.7% de cumplimentación.

Servicio de Geriatría.....0% de cumplimentación

Las escalas de valoración del dolor, según se desprende de las actas del Comité de Atención al Dolor, se han considerado por el Hospital como una 5ª constante de obligado cumplimiento en los registros de enfermería, a pesar de lo cual, no se pudo comprobar su cumplimentación en todos los casos.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha18

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:

En relación con la revisión y actualización de protocolos de atención al dolor agudo y crónico:

Se comprueba la existencia de un protocolo de atención al dolor agudo postoperatorio de 2014,actualizado en octubre de 2016, así como la aprobación por el Comité de Atención al dolor en su acta de octubre de 2016 del protocolo de sedoanalgesia en urgencias pediátricas, administración de analgesia en triaje de urgencias de adultos y protocolo de atención al dolor oncológico

Con respecto a la inclusión de contenidos sobre atención segura al dolor en los planes de acogida a los profesionales:

Se confirma que el hospital ha trabajado en aspectos relacionados con la seguridad y el tratamiento del dolor, en la utilización para el manejo seguro de las bombas de PCA mediante las actas y los trípticos editados.

En cuanto a la coordinación con Atención Primaria se comprobó la incorporación en el último acta del año 2016 de dos profesionales de Atención Primaria y existencia de una consulta de Atención al dolor abierta a Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Seguridad del Paciente en la Organización

- ✓ SE VERIFICA QUE EL HOSPITAL HA PUESTO EN MARCHA ACTUACIONES ENCAMINADAS AL USO SEGURO DE RADIACIONES IONIZANTES Y A LA IDENTIFICACIÓN DE PRUEBAS INNECESARIAS.
- ✓ SE HAN REALIZADO SESIONES DE ANÁLISIS DE INCIDENTES EN AL MENOS 4 SERVICIOS/UNIDADES.
- ✓ SE HAN REALIZADO LAS RONDAS DE SEGURIDAD PREVISTAS COMO OBJETIVO, Y TODAS ELLAS ESTAN SOPORTADAS DOCUMENTALMENTE EN LA CORRESPONDIENTE ACTA. HAN PARTICIPADO MIEMBROS DEL EQUIPO DIRECTIVO Y EN ELLAS SE HAN REVISADO TEMAS DE SEGURIDAD, QUE HAN TENIDO SU CORRESPONDIENTE SEGUIMIENTO.

Prácticas seguras

- ✓ SE HAN LLEVADO A CABO ESTUDIOS OBSERVACIONALES DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES.
- ✓ SE HA COMPROBADO UNA CUMPLIMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL 100% DE LAS HISTORIAS REVISADAS.
- ✓ SE HA VERIFICADO LA UTILIZACIÓN DE PULSERAS DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL 100% DE LOS CASOS OBSERVADOS DIRECTAMENTE EN EL ÁREA DE URGENCIAS.

Resultados clave de la Organización

- ✓ EL HOSPITAL HA DESIGNADO RESPONSABLE DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS, Y SE HA LLEVADO A CABO LA REUNIÓN CON EL EQUIPO DIRECTIVO.
- ✓ SE HAN REVISADO LOS INDICADORES DE INFECCIÓN HOSPITALARIA CON LA PARTICIPACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA.

- ✓ LOS RESULTADOS DEL CENTRO NO HAN ALCANZADO NIVELES SUFICIENTES EN LOS APARTADOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y REINGRESOS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS EN MENOS DE SIETE DÍAS. EN EL PRIMERO DE ELLOS SE HAN LLEVADO A CABO ACTUACIONES CONCRETAS, QUE CONTABAN CON CRONOGRAMA Y RESPONSABLE. EN EL SEGUNDO APARTADO, AUNQUE EXISTE RESPONSABLE, EL CRONOGRAMA PLANTEADO ERA PARA EL AÑO 2017.

Calidad Percibida

- ✓ EL HOSPITAL LLEVÓ A CABO AL MENOS TRES ACCIONES DE MEJORA EN LAS ÁREAS PRIORIZADAS SEGÚN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2015
- ✓ EL CENTRO HA REALIZADO TÉCNICAS CUALITATIVAS CON PACIENTES.

Gestión de la Calidad

- ✓ SE HA ELABORADO EL PRIMER INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DEL MODELO FQM.

Atención al dolor

- ✓ SE MUESTRA UN IRREGULAR PORCENTAJE DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN AL DOLOR, 0% EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS EVALUADOS, 73.7% EN MEDICINA INTERNA Y 0% EN GERIATRÍA.
- ✓ EL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR DEL HOSPITAL CUMPLE OBJETIVOS YA QUE HA ABORDADO LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO, HA INCORPORADO ACTUACIONES PARA UNA MEJOR COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y HA ESTABLECIDO ALGUNA ACCIÓN PARA LA ATENCIÓN SEGURA AL DOLOR.