
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial

Año 2018

Centro Sanitario
HOSPITAL GENERAL VILLALBA

Fecha: Junio 2019

Plan de Evaluación 2019-2020

Equipo de Evaluación

GLORIA CALPENA GUTIÉRREZ
GUADALUPE MATA CALBACHO

Índice

	<u>Página</u>
1. Introducción	4
1.1. Justificación	4
1.2. Objetivos.....	4
1.3. Metodología y Actuaciones	4
2. Indicadores de Calidad	6
2.1. Desplegar la seguridad del paciente en la organización	6
2.2. Impulsar prácticas seguras	9
2.3. Mejorar la calidad percibida.....	11
2.4. Desarrollar la gestión de la calidad.....	13
2.5. Optimizar la atención al dolor	13
3. Conclusiones	16

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

La Subdirección General de Calidad Asistencial, dependiente de la D.G. de Humanización, coordina los objetivos de su competencia que con carácter anual se establecen para los diferentes hospitales de la red pública.

Se trata de objetivos que se traducen en una serie de indicadores o metas, cuyo cumplimiento verifica el Área de Evaluación Sanitaria, según figura en los vigentes Planes de Inspección de Sanidad, de la Dirección General de Inspección y Ordenación de la Consejería de Sanidad, de la que forma parte.

1.2. Objetivo del Programa

Verificar el cumplimiento de los objetivos de Calidad Asistencial en lo que se refiere a:

- *Desplegar la seguridad del paciente en la organización*
- *Impulsar prácticas seguras*
- *Mejorar la calidad percibida*
- *Desarrollar la gestión de la calidad*
- *Optimizar la atención al dolor*

1.3. Metodología y Actuaciones

Desplazamiento del equipo auditor al Hospital el día 27 de junio de 2019, realizando el correspondiente trabajo de campo para la toma de datos con las siguientes fuentes de evidencia:

Entrevistas

Directora de Calidad

Medico responsable de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente

Subdirectora de Enfermería y Supervisora de UCI y Hospitalización Quirúrgica

Análisis Documental

Actas de sesiones, comisiones y listados de asistencia

Manuales, protocolos, informes

Presentaciones

Cartelería

Muestreo de historias clínicas

Indicadores de los consumos de agua

Observación Directa

Visita al Hospital

2. INDICADORES DE CALIDAD

2.1. DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

2.1.1. Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro.

- Nº de objetivos implantados de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente 25

Objetivos prioritarios:

- Desarrollo de actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias..... Sí
- Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes Sí

Observaciones y Comentarios

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

- Evitar o reducir prácticas innecesarias.

- Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes.

Verificar el desarrollo de estos dos objetivos.

Objetivos y Verificación:

Se pidió a todos los Servicios que establecieran, al menos, un objetivo para reducir las prácticas innecesarias y que colaboraran con otras Unidades o con otros Servicios de modo que hubiera objetivos combinados

Se promovió a nivel central la elaboración de un poster "Codigo PEACE" dirigido a la concienciación del paciente y optimización del uso de radiaciones ionizantes que está ubicado en el Servicio de Radiodiagnóstico. Se informó a todos los profesionales y actualmente está compartido con los Hospitales Infanta Elena, Rey Juan Carlos y Fundación Jimenez Diaz.

El Servicio de Oncología Médica conjuntamente con el Servicio de ORL acordaron no solicitar prueba corporal con radiación ionizante de rutina en pacientes con enfermedad tumoral localizada en cabeza y cuello

El Servicio de Pediatría acordaron evitar la realización de radiografías en pacientes pediátricos con traumatismos craneoencefálicos leves.

El Servicio de Cardiología optó por disminuir la solicitud de pruebas de neuroimagen (TC craneal y Resonancia Magnética cerebral) en la primera consulta de paciente con cefalea en pacientes y que no sugirieran clínicamente (ni por anamnesis ni a la exploración) una cefalea con datos de alarma. Verificada presentación.

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

- (a) Número de Servicios o Unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente, uno de los cuales* debe ser impartir una sesión de análisis de incidentes, o sesiones de revisión de casos o diseñar e implantar recomendaciones o prácticas seguras39
- (b) Número total de Servicios o Unidades.....41
- Índice: a/b*10095,1%

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada, si al menos el 95% de Servicios o Unidades tienen, como mínimo, dos objetivos de seguridad del paciente que cumplen lo establecido*.

Verificar en cuatro servicios, que entre los objetivos de seguridad del paciente fijados, se encuentra el relativo a realizar una sesión de análisis de incidentes o de revisión de casos o bien se ha trabajado en una práctica segura.

Verificación:

Se verifica en cuatro Servicios previamente establecidos la realización de una sesión de análisis de incidentes

Pediatría: Reunión conjunta de Pediatría y Neonatología, realizada el 21/02/18, con el objetivo de seguridad del paciente de "Realizar y difundir el protocolo de aislamiento en pacientes con patología respiratoria". Se verifica con el listado de recogida de firmas y la presentación.

Ginecología: Reunión de objetivos de seguridad del paciente, realizada el 15/11/18, con el objetivo: "Vía clínica de parto vaginal y de cesárea y evitar anexectomía a pacientes menores de 65 años a las que se les practica histerectomía por patología benigna". Se verifica documentalmente con la recogida de firmas de los asistentes y la presentación.

Cardiología: Reunión el 15/11/2018 de revisión del Protocolo de cardioversión eléctrica. Verificada hoja de firmas y presentación.

Oftalmología: Sesión sobre la inyección intravítrea. Se verifica mediante la hoja de recogida de firmas pero no consta la fecha.

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

- Número de Rondas de Seguridad realizadas9
- Número de rondas a UCI2
- Número de rondas al Bloque Quirúrgico3
- Participaban miembros del equipo directivo..... Sí
- Las Rondas están documentadas Sí
- Se han evaluado las medidas acordadas implantar Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales del grupo 3: Siete rondas.

Hospitales de los grupos 1 y 2: Seis rondas de seguridad:

Una /semestre en: UCI y Bloque Quirúrgico.

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Cuatro rondas, en los de apoyo 2 en bloque quirúrgico, el resto en cualquier área.

Ha de tratarse de reuniones o visitas a unidades, con temática vinculada a la **seguridad del paciente**.

Debe participar algún miembro del equipo directivo (gerente, directores, subdirectores) o responsables clínicos.

Han de estar **documentadas** en acta o similar y haberse **evaluado las medidas** que a consecuencia de ellas se haya acordado implantar, al final del plazo establecido al objeto.

Hospitales grupos 1,2 y 3: Verificar las realizadas en Bloque Quirúrgico y UCI.

Resto: Las rondas realizadas.

Verificación:

Se verifica la realización de las 9 rondas de seguridad. En todas ellas hay uno o varios representantes de la Dirección

Rehabilitación: 23/05/2018.

Radiología: 14/03/2018

UCI: 28/06/2018

UCI: 04/12/2018

Urgencias: 05/04/2018

Urgencias: 08/11/2018

Bloque quirúrgico: 15/03/2018

Bloque quirúrgico: 13/09/2018

Bloque quirúrgico: 13/12/2018

Se verifican las actas correspondientes a Bloque quirúrgico, UCI y Rehabilitación.

Junto al acta se presenta un documento de Excel donde aparece además de la fecha y servicio, cada uno de los problemas o incidentes presentados, el análisis de su origen, la acción de mejora propuesta, el plazo de ejecución de la acción, el responsable, el seguimiento y el plazo, con las anotaciones correspondientes en cada apartado para las rondas realizadas

2.2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

2.2.1. Desarrollo de Seguridad en el Paciente Quirúrgico (cirugía segura LVQ e IQZ)

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas*100) 87,5%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 107
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra*100) 98,20%
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica* Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si >95%

El listado tiene que incluir un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica, de acuerdo con el programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud (<http://www.cirurgiasegura.es/>)

Verificación: A través de una muestra de historias clínicas

El porcentaje de implementación obtenida en la muestra estudiada ha sido del 98,20%.

Adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ)

- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye la profilaxis antibiótica adecuada *
- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye el pincelado con clorhexidina alcohólica 2% NO
- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye eliminación correcta del vello NO

* O cualquier otro registro quirúrgico de uso en el centro

Observaciones y Comentarios

Meta: Deben figurar al menos las tres medidas.

Si el LVQ no incorporase estas medidas, el centro debe objetivar como las cumple.

El rasurado no se considera un método de eliminación correcta del vello. Si lo es, la depilación química o por medio de cortadoras de pelo.

Verificación: A través de una muestra de historias clínicas

**La Profilaxis antibiotica se ha estado recogiendo en el programa de anestesia (B-Anesthetic) y se transcribía posteriormente al LVQ del Programa de Historia Clínica Casiopea. El hecho de ser una*

transcripción podía favorecer la existencia de errores, por lo que se ha eliminado este registro del LVQ y se solo se recoge en la hoja de anestesia que, además de ser exportable, registra la hora.

Los registros de pincelado con Clorhexidina y eliminación del vello se recogen en Casiopea en el formulario de enfermería: "Registro de Intervención quirúrgica"

2.2.2. Desarrollo de actuaciones para la atención al paciente con sepsis

- Se ha constituido un grupo de trabajo/ Comité/ Equipo multidisciplinar Sí
- Se ha realizado la revisión o aplicación de las recomendaciones institucionales de atención al paciente con sepsis Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si se han realizado al menos dos actuaciones.

Comprobar la constitución del grupo de trabajo y el desarrollo de alguna de las actuaciones referidas por el centro, revisando la ficha.

Verificación:

El Comité para la atención al paciente con sepsis fue creado el 6 de septiembre de 2018. Se ha elaborado y difundido un Protocolo de atención al paciente con sepsis, que se ha comenzado a implantar en Urgencias por lo que todavía no se ha evaluado.

Se ha realizado formación específica mediante sesiones generales dirigidas a los médicos y, a su vez, estos han impartido formación al personal de enfermería sobre la recogida de constantes.

Se verifica documentalmente el acta de constitución del comité de atención al paciente con sepsis, el formulario de urgencias donde se incluyeron los indicadores para el calculo del riesgo de sepsis y la existencia de el protocolo.

2.3. MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

2.3.1. Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según encuesta de satisfacción 2017

- Número de acciones de mejora implantadas..... 11

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Implantar cinco acciones de mejora (al menos una en cada segmento, salvo que se justifique su no realización por satisfacción >95%, en cuyo caso se sustituye por otro 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 al menos dos acciones de mejora seleccionadas por el equipo evaluador

Acciones de Mejora y Verificación:

Entre las acciones de mejora implantadas se verifica:

La existencia de Agendas de RX en sábados y domingos para disminuir la LE. Se comprueba la agenda de fines de semana de Resonancia Magnética que queda abierta de forma permanente y la de Electromiograma que se abre según necesidad (cuando hay lista de espera).

Información con dípticos a los familiares de los pacientes de Urgencias. Se comprueba la existencia del documento modificado de acuerdo a la normativa actual.

Pulseras con GPS en pacientes de Cirugía Ambulatoria. Nos muestran protocolo de uso de pulseras con GPS que se usa en todos los pacientes de CMA durante la estancia en el bloque quirúrgico.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 17
- Se han realizado técnicas de tipo cualitativo a pacientes y/o familiares para conocer su opinión sobre la atención sanitaria..... Sí

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales de grupo 3: cinco líneas de actuación.

Hospitales de los grupos 1 y 2: Cuatro líneas.

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.), que en el grupo 3 deben ser al menos dos y en el resto una, dedicada a conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo

cuantitativo en el área de urgencias o en su defecto en aquel segmento con menor valoración en la encuesta de satisfacción (ficha CCP del centro)

Líneas de Actuación y Verificación:

Han realizado dos Grupos Focales, uno en el Servicio de Urgencias y el otro en el Servicio de Cardiología.

2.4. DESARROLLAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.4.1. Desarrollo de actuaciones para la implantación, actualización y mejora de los sistemas de gestión ambiental (SGA)

- Nº de prácticas desarrolladas 5

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales de los grupos 2 y 3: Al menos, tres prácticas.

Hospitales del grupo 1, apoyo, media estancia y psiquiátricos: Al menos dos prácticas.

Verificación:

Comprobar una de las prácticas. Constatar de acuerdo a lo que plasman en la "Ficha de buenas prácticas".

Se evidencia la realización de una de las prácticas descritas: "Reutilización del agua procedente de la Diálisis para riego de zonas verdes"

Se hizo el cálculo del gasto de agua y pese a haber incrementado las estancias y los actos asistenciales de 2017 a 2018 consiguió disminuirse el consumo de agua.

2.5. OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

2.5.1. Medición del dolor en Servicios específicos

- Número de pacientes de UCI, Pediatría, Cirugía General y Traumatología que tienen recogida en la historia la medición con una escala de valoración del dolor 41
- Número total de pacientes de UCI, Pediatría, Cirugía General y Traumatología 57

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si en el 80%.

Verificar la implantación en: UCI, pediatría, cirugía general y traumatología. Calcular el resultado global mediante muestra de pacientes de los 4 servicios.

Si no es factible por cualquier circunstancia, los servicios o unidades se elegirán por el equipo evaluador.

Verificación:

Se solicitan las valoraciones de EVA correspondientes a la semana del 21/5/2018 al 27/5/2018 de los Servicios de Pediatría, Ginecología, Cirugía general y Traumatología y se verifica el cumplimiento de

la medición de la EVA en el 71,93% de las historias, inferior al objetivo establecido. A continuación, se desglosa por servicios:

Pediatría: 14 ingresados- 13 con EVA- Cumplimentación 92%

Cirugía gral: 21 ingresados- 13 con eva- Cumplimentación 62%

Traumatología: 19 Ingresados- 12 con EVA- Cunplimentación 63%

Ginecología 3 Ingresados- 3 con EVA- Cumplimentación 100%

Se cambió UCI por Ginecologia debido a que en la UCI, el registro se realiza con otro programa ya que, al ingresar el paciente desde la Urgencia, la valoración aparece reflejada en el triaje de Urgencias.

Nos indican que diariamente se genera un informe automatico a las 8 de la mañana de los pacientes a los que se ha realizado EVA en cada unidad de hospitalización, con relación al numero de pacientes ingresado en cada unidad.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 18

Obligadas:

- Atención al Dolor en la población infantil u otra vulnerable Sí
- Existencia de representante de Atención Primaria en el Comité Sí
- Se promueve la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos relacionados con uso de fármacos para el dolor Sí

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Cinco líneas de actuación

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Tres líneas de actuación

Verificar que se ha trabajado en las siguientes líneas:

1) Dolor en población vulnerable (infantil y en los hospitales sin pacientes en edad infantil seleccionar otra población vulnerable)

2) Inclusión de un representante de atención primaria en el Comité, desarrollando al menos acciones conjuntas semestrales.

3) Desarrollar actuaciones para promover y coordinar la derivación adecuada de pacientes y la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos incluyendo un análisis de la situación del centro.

Líneas de Actuación y Verificación:

1) Protocolo de dolor leve y moderado en Urgencias (población infantil). Se verifica el Protocolo de Sedo-analgésia en Pediatría: "Ningún niño con dolor" de diciembre de 2014 y revisado en diciembre de 2017, aprobado por la Dirección Asistencial e implantado en todo el Centro desde la entrada por Urgencias.

2) Se verifica documentalmente la Incorporación de un facultativo de atención primaria en el Comité de Atención al dolor.

Hay establecido un circuito entre Primaria y Hospital tanto para personal médico como de enfermería mediante el correo electrónico, a través del Director de Continuidad Asistencial. El 22 de febrero de 2018 realización de una Jornada conjunta (primaria/hospital) de cuidados paliativos y presentación y difusión del díptico de cuidados paliativos.

3) Formulario en HC informatizada para el seguimiento de las bombas de PCA. Los pacientes ingresados son seguidos por el anestesista de guardia mientras que la Unidad de Dolor Agudo se encarga de los pacientes externos. Estas bombas se ponen en quirófano y se anota en la plantilla del Plan de Trabajo de Enfermería en el programa de Historia Clínica Casiopea. El Servicio de Anestesia controla las modificaciones y la retirada. Se verifica Protocolo de uso.

3. CONCLUSIONES

Indicadores de calidad asistencial

- ✓ SE VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PRIORITARIOS EN LOS SERVICIOS DE ONCOLOGÍA MÉDICA, PEDIATRÍA Y CARDIOLOGÍA.
- ✓ SE VERIFICA LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE ANÁLISIS DE INCIDENTES EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA, GINECOLOGÍA, CARDIOLOGÍA Y OFTALMOLOGÍA.
- ✓ SE HAN REALIZADO 9 RONDAS DE SEGURIDAD, 6 OBLIGADAS Y 3 VOLUNTARIAS. TODAS ELLAS DOCUMENTADAS, CON PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS DE LA DIRECTIVA Y CON EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS.
- ✓ SE COMPRUEBA LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE MUESTREO DE HISTORIAS CLÍNICAS, ENCONTRÁNDOSE IMPLANTADO EN EL 98,20% DE LOS CASOS.
- ✓ EL LISTADO INCLUYE EL ÍTEM DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA PERO NO EL DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, PNCELADO CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA 2% NI EL DE ELIMINACIÓN CORRECTA DEL VELLO. EL ÍTEM DE PROFILÁXIS ANTIBIÓTICA ESTÁ RECOGIDO, POR CUESTIONES PRÁCTICAS Y PARA EVITAR ERRORES EN EL PROGRAMA B-ANESTHESIC Y LOS OTROS DOS ÍTEMS SE RECOGEN EN EL FORMULARIO DE ENFERMERÍA "REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA".
- ✓ EL 6 DE SEPTIEMBRE DE 2018 SE CONSTITUYÓ EL COMITÉ PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SEPSIS, SE HA ELABORADO UN PROTOCOLO ESPECÍFICO, SE HA DIFUNDIDO ENTRE LOS PROFESIONALES Y SE HA COMENZADO A IMPLANTAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
- ✓ COMO MEJORAS DE LA CALIDAD PERCIBIDA SE HAN ABIERTO AGENDAS DE RM TODOS LOS SÁBADOS Y DOMINGOS DEL AÑO. TAMBIÉN SE ABREN LAS AGENDAS DE ELECTROMIOGRAMA LOS SÁBADOS Y DOMINGOS QUE SE NECESITEN PARA REDUCIR LA LISTA DE ESPERA.
- ✓ DENTRO DE LAS ACTUACIONES PARA MEJORAR LOS SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL SE HA VERIFICADO LA REUTILIZACIÓN DEL AGUA PROCEDENTE DE LA DIÁLISIS PARA RIEGO DE LAS ZONAS VERDES.

- ✓ SE HA VERIFICADO LA IMPLANTACIÓN DE ESCALAS DE MEDICIÓN DEL DOLOR EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA, CIRUGÍA GENERAL, TRAUMATOLOGÍA Y GINECOLOGÍA EN UN 71,93% DE LOS CASOS, PORCENTAJE INFERIOR AL OBJETIVO ESTABLECIDO.

- ✓ SE VERIFICA EL DESARROLLO DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN ESTABLECIDAS POR EL COMITÉ DEL DOLOR