



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

Hospital Universitario General de Villalba

Fecha: abril 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

Eva Anguita Ruiz



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.

- Análisis de documentación remitida por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA) y por el Hospital en relación con los objetivos de calidad y actuaciones de mejora .
- Visita al Hospital el martes día 21 de abril.



- Reunión con la responsable responsable de calidad y de seguridad del paciente del Hospital Universitario General de Villalba (HUGV).

- Entrevistas con distinto personal del hospital:
 - Supervisor de urgencias.
 - Supervisora de UCI.
 - Supervisora de pediatría.
 - Supervisora de hospitalización.
 - Supervisora de bloque quirúrgico.
 - Supervisora de consultas externas.
 - Directora de enfermería.
 - Responsable de sistemas de información.
 - FEA de cardiología.
 - FEA de pediatría.

- Análisis de la documentación aportada en la visita, y comprobación en la historia clínica electrónica..

- 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 desarrolladas14
- 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 grupo 3, de sus 5 líneas al menos 2 cualitativas, y otra el mapa de experiencia

Verificación:

1.- - Como técnica cualitativa, se presentan los resultados de la encuesta telefónica realizada por personal del servicio de atención al paciente a pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias en la semana del 22 al 26 de noviembre. El número de pacientes encuestados fue 20. La entrevista estaba estructurada con una serie de preguntas clave en las que se recogía la opinión sobre trato, información, control del dolor, tiempos de espera y sugerencias de mejora.

2.- Mapa de experiencia del paciente en el área de **Hospitalización** se centra en el proceso de embarazo y parto, y consiste en una vía clínica en la que el proceso del embarazo y su seguimiento en el hospital esté estructurado y sea conocido desde el principio por la mujer, que también puede aclarar sus dudas a través de un diálogo vía web que se pone a su disposición. Se verifica mediante la presentación de la vía clínica, que recoge la encuesta que deben realizar las matronas para conocer su utilidad.

Se comprueba la puesta en marcha de otras tres líneas en relación con la calidad percibida :

3.- Se visita el área de urgencias y se observa el funcionamiento del sistema de semáforos, para separar las áreas de espera

4- Se visita una habitación digital smartroom donde los pacientes disponen de una Tablet donde pueden elegir sus dietas, etc.....

5.- En la zona de hospitalización pediátrica se comprueba la creación de habitaciones family room, para favorecer que el recién nacido que deba estar ingresado, esté acompañado de sus padres.



2. OBJETIVO: Mejorar la seguridad clínica

2.1. Participación activa de directivos en rondas de seguridad.

- Número de rondas de seguridad realizadas 9
- Número de rondas en UCI realizadas 2
- Número de rondas en urgencias realizadas 2
- Número de rondas en bloque quirúrgico realizadas 1
- Número de rondas en unidades de hospitalización breve psiquiátrica realizadas no aplica
- Número de rondas en otras unidades 4

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 facilitado las actas acreditativas de 2 rondas de seguridad en UCI (19 de mayo y 11 de noviembre 2021), 2 en urgencias (25 de mayo y 6 de octubre 2021), 1 en bloque quirúrgico(21 de octubre2021), 1 en hospitalización médica (24 de mayo 2021), 1 en hospitalización quirúrgica (17 de noviembre 2021), 1 en endoscopias, (27 de septiembre 2021) y 1 en radiología (6 de octubre 2021).

En las actas se verifica que los contenidos se relacionan con temas de seguridad del paciente, y también se refleja un seguimiento de las mejoras propuestas ante las anomalías detectadas. El orden del día habitual de las actas se refiere a: aprobación del acta anterior, puesta al día de proyectos del ejercicio anterior, nuevos proyectos del año en curso, revisión de incidentes de seguridad, presentación a la Dirección de dificultades y ruegos.

El día de la visita realizada **el 21 de abril de 2022**, se comprobaron las siguientes acciones derivadas de las actas de rondas de seguridad en:

- **UCI.-** Se verifica la existencia de la guía del trabajador para que las nuevas incorporaciones conozcan el uso de los dispositivos más habituales en UCI, y se muestra el protocolo de traslado intrahospitalario de paciente crítico que es un check lista para que el personal de enfermería verifique las condiciones en que se traslada el paciente.
- **Urgencias.-** Se tuvo la oportunidad de comprobar durante la visita a urgencias, debido a que la alarma para la atención en box vital, la organización protocolizada del personal que debía acudir a esta atención, y que fue una de las mejoras que constaban como implementadas en las actas de las rondas de seguridad..
- **Hospitalización.-** Se observa directamente la implementación de separadores en los cajones de medicación de los carros de parada para que no estén mezclados los fármacos y no se confundan.



3 OBJETIVO: Mejorar la seguridad del paciente

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

- Nº de objetivos de seguridad establecidos 19
- Constituido un Comité para adecuación de la práctica clínica SI
- 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: El Comité está constituido desde el 3 de noviembre de 2021, según acta nº1 de constitución donde se establecen los objetivos y la periodicidad bimensual de las reuniones. En el año 2021, se ha celebrado 1 reunión el día 17 de noviembre.

En relación con la comunicación segura han desarrollado dos actuaciones:

1.- Diálogo web en pediatría, que consiste en la implementación de un sistema de mensajería instantánea llamado Diálogo Web (DW), integrado en la propia historia clínica del paciente, y que se activa de forma automática durante una semana tras la primera visita a urgencias, en aquellas familias que sean usuarias activas del portal del paciente. Los padres pueden utilizar el sistema en cualquier momento durante dicha semana para resolver dudas relacionadas con el motivo por el que acudieron a urgencias, que son respondidas por los facultativos.

Se verifica la implementación de esta actuación mediante el documento de los resultados obtenidos de las entrevistas sobre la calidad percibida por los usuarios de este sistema, y por observación directa en la entrevista con una pediatra que me explica como funciona el sistema, y que ha sido muy bien acogido por los padres de los niños atendidos en urgencias..

2.- Formularios de comunicación con pacientes.

Se aporta por el Hospital la relación de formularios que actualmente se utilizan para asegurar el traspaso de información al paciente sobre los procedimientos y seguimiento de su patología. Se verifica en el portal del paciente la existencia de estos formularios.

Otros objetivos de seguridad establecidos por el Centro y que se han comprobado son:

1.- Uso de un check list para aplicar en procedimientos de cardioversión eléctrica. Se verifica mediante la presentación de los 12 documentos cumplimentados de los pacientes sometidos a este procedimiento desde noviembre de 2021 a abril 2022, y en entrevista con FEA de consulta de cardiología que es quién los utiliza.

2.- Elaboración de un check list para el traslado de pacientes intrahospitalarios en UCI. Se comprueba mediante la presentación del modelo por la supervisora de UCI, y se corrobora comprobando su existencia en papel. Está pendiente su adaptación a formato electrónico para su inclusión en el aplicativo de UCI..



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

Esta 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, hospitalización quirúrgica y UCI, comprobándose la existencia de gel hidroalcohólico en la cabecera de los pacientes o accesibles al punto de atención.

- Nº de unidades o servicios quirúrgicos en los que están implantadas **las tres medidas obligatorias de infección quirúrgica cero (IQZ)**5 (100%)

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 clorhexidrina alcohólica al 2%, eliminación correcta del vello.

Verificación: El Hospital en sus resultados se ha referido a la implantación de estas 5 procedimientos (colecistectomía, cirugía de colon, prótesis de cadera, prótesis de rodilla e intervenciones de columna)

De acuerdo a ello, se evaluaron 8 historias seleccionadas al azar, de cada uno de los procedimientos anteriores, completadas con 5 en urología y 5 en ginecología. En todas las que se revisaron estaban registradas las medidas de infección quirúrgica cero. El antibiótico, dosis y hora de administración se recoge en la hoja de anestesia. El reasurado y la pincelación con clorhexidrina se registra en el listado de verificación quirúrgica.

- 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



- Nº de historias con listado de verificación quirúrgica.....49 (98%)

Observaciones y Comentarios

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

Verificación: Se utilizaron las historias anteriores para verificar en ellas la cumplimentación del listado de verificación quirúrgica., resultando que de las 50 historias revisadas, sólo en 1 no estaba cumplimentado el LVQ.

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: Se comprueba mediante la revisión de 50 historias clínicas. En 42 se verifica el registro al menos en 1 turno de enfermería., lo que supone un porcentaje de cumplimentación del 84%.

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:

1.- La participación y coordinación con Atención Primaria se ha realizado mediante:

- Las rotaciones de sanitarios de Primaria por la Unidad del Dolor, que se verifica con la presentación del cuestionario de satisfacción de los rotantes.

2.- En cuanto a la coordinación con la Unidad Funcional de riesgos, la misma se establece con la presencia en ambas Comisiones de miembros comunes, como se comprueba en las actas .

3.- Jornada on line de cómo vivir con el dolor dirigida a pacientes, y celebrada el 9/06/21. Se verifica mediante la presentación de la encuesta de satisfacción , contestada por 9 pacientes. 4.- Sesión sobre el dolor dirigida a profesionales de rehabilitación. Se verifica mediante listado de firmas.



CONCLUSIONES

Mejorar la calidad percibida por el ciudadano

- ✓ SE HA ACREDITADO EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS:
 - DESARROLLO DE UNA TÉCNICA CUALITATIVA EN URGENCIAS.
 - IMPLEMENTACIÓN DE UN MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE CENTRADA EN EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO.
 - CREACIÓN DE HABITACIONES FAMILY ROOM EN PEDÍATRIA PARA FAVORECER EL ACOMPAÑAMIENTO EN NEONATOS INGRESADOS.
 - PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE SEMAFOROS PARA DIFERENCIACION ÁREAS DE ESPERA EN URGENCIAS.
 - DOTACIÓN DE TABLETS EN TODAS LAS HABITACIONES DE HOSPITALIZACIÓN PARA MEJORAR LAS CONDICIONES HOSTELERAS.

Mejorar la seguridad clínica

- ✓ LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE SE EVIDENCIÓ MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI, URGENCIAS, BLOQUE QUIRÚRGICO, HOSPITALIZACIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA, ENDOSCOPIAS Y RADIOLOGÍAS.
- ✓ TODAS LAS RONDAS TRATAN TEMAS DE SEGURIDAD , Y SE COMPRUEBAN ALGUNAS DE LAS MEDIDAS DE MEJORA RECOGIDAS EN LAS ACTAS DE UCI, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN.

Mejorar la seguridad del paciente en el Centro

- ✓ SE HA CONSTITUIDO UN COMITÉ PARA MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA.
- ✓ SE HAN DESARROLLADO ACTUACIONES PARA LA COMUNICACIÓN SEGURA CON PACIENTES O ENTRE PROFESIONALES:
 - SISTEMA DE MENSAJERÍA INSTANTÁNEA PARA COMUNICACIÓN ENTRE PEDIATRAS Y PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN URGENCIAS.



- CHECK LIST EN PROCEDIMIENTOS DE CARディオVERSIÓN PARA ASEGURAR LOS MÍNIMOS DE INFORMACIÓN NECESARIOS PARA ESTOS PROCEDIMIENTOS.
- CHECK LIST PARA EL TRASLADO DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIOS EN UCI.
- FORMULARIOS PARA EL TRASPASO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE PROCEDIMIENTOS Y SEGUIMIENTOS DE SU PATOLOGÍA.

Mejorar las prácticas seguras en la organización

- ✓ SE COMPROBÓ LA EXISTENCIA DE DISPOSITIVOS DE DISPENSACIÓN DE GEL HIDROALCOHÓLICO EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS, UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA Y UCI.
- ✓ SE EVIDENCIA EN LA MUESTRA DE HISTORIAS REVISADAS, QUE LAS MEDIDAS DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA CERO ESTÁN IMPLANTADAS EN LOS CUATRO SERVICIOS EVALUADOS, Y EN LOS CINCO PROCEDIMIENTOS QUE SEÑALA EL HOSPITAL (CIRUGÍA DE COLON Y VESÍCULA BILIAR, PRÓTESIS DE CADERA Y RODILLA Y CIRUGÍA DE COLUMNA).
- ✓ EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO SE COMPRUEBA QUE ESTÁ IMPLANTADO EN EL 98% DE LAS HISTORIAS QUIRÚRGICAS REVISADAS.

Mejorar la atención al dolor

- ✓ LA UTILIZACIÓN DE LA ESCALA EVA, SE COMPRUEBA QUE SE REGISTRA EN EL 84% DE LAS HISTORIAS REVISADAS, PORCENTAJE INFERIOR A LA META DEL 90%.
- ✓ SE CONSTATA, MEDIANTE LA VERIFICACIÓN DE ALGUNAS QUE SEÑALA EL HOSPITAL, EL CUMPLIMIENTO DEL LOS OBJETIVOS DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS, Y LA PARTICIPACIÓN DE DE LOS PACIENTES EN ACCIONES DE MEJORA DE LA ATENCIÓN AL DOLOR.