
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial

Año 2018

Centro Sanitario
**Hospital Universitario
Rey Juan Carlos**

Fecha: Julio 2019

Plan de Evaluación 2019-2020

Equipo de Evaluación

Javier Morón Merchante
Rosario Polo Rodríguez

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	7
2.1. Desplegar la seguridad del paciente en la organización	7
2.2. Impulsar prácticas seguras	9
2.3. Mejorar la calidad percibida.....	12
2.4. Desarrollar la gestión de la calidad.....	14
2.5. Optimizar la atención al dolor	14
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 Evaluador al Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HRJC), perteneciente al grupo 2 de hospitales del SERMAS, el 1/07/19 para la toma de datos y verificaciones en las siguientes fuentes de evidencia:

Entrevistas

- Responsable de Servicio de Calidad y Procesos

- Jefa de Servicio de Medicina Preventiva

- Facultativo del Servicio de Urgencias, Coordinador del programa de atención al paciente con sepsis
- Jefe de Servicio de Protección Radiológica y Radiofísica
- Subdirectora de Enfermería
- Jefa de Servicio de Atención al Paciente

Análisis Documental

Análisis de la documentación remitida por la Subdirección General de Calidad Asistencial en relación con los objetivos de calidad y actuaciones de mejora implementadas, así como de la documentación adicional, Historia Clínica Electrónica y registros obtenidos en el hospital:

Seguridad del Paciente:

- Informe anual de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos
- Ficha de Recomendación de Seguridad Local: Minimizar el número de incidentes producidos en la fase preanalítica de extracción de muestras de laboratorio
- Información y seguimiento de pactos de objetivos de Calidad y Seguridad con los Servicios
- Informe de implementación del Plan de Protección Física en Radioterapia
- Procedimiento de Braquiterapia endobronquial
- Informe de Evaluación del Programa de Cirugía Segura. Área de Evaluación Sanitaria. Mayo 2019
- Protocolo de Preparación Quirúrgica. Octubre 2018
- Modelo de Formulario Quirúrgico
- Cartel Código Sepsis: diagrama de flujo de actuación

Calidad Percibida:

- Presentaciones de resultados de estudios cualitativos de pacientes de la Urgencia y del Área de Corazón
- Protocolo de 'visitas caninas'
- Documentación y reportajes gráficos de visitas vinculadas al Programa 'Hospital Social Entretenido'

Gestión de la Calidad:

- Informe interanual de seguimiento de consumo de agua

- Registros de enfermería de la escala de valoración del dolor en Historia Clínica Electrónica en pacientes hospitalizados de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Pediatría, Cirugía General y Traumatología
- Protocolos de atención al dolor: Pediatría y Cuidados Paliativos
- Acta de la reunión de 14/12/18 del Comité del Dolor
- Informe de análisis de llamadas postquirúrgicas (CMA) sobre tratamiento del dolor al alta
- Estudio de control del dolor en pacientes postquirúrgicos

Observación Directa

Visitas al Servicio de Urgencias y a la UCI.

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 Paciente8
- 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 comprueba en el Informe anual del Sistema de Información de Unidades Funcionales/ Comisiones de Seguridad del Paciente (SIAUF) el despliegue y seguimiento de 16 objetivos de la Unidad Funcional vinculados a la Estrategia SP.

Respecto a los objetivos prioritarios:

1.- Evitar o reducir las prácticas innecesarias:

Se han verificado los Pactos de Objetivos con los Servicios y el seguimiento electrónico realizado, confirmando el establecimiento de objetivos de evitar o reducir prácticas innecesarias en el 76% de los servicios: evitar pruebas innecesarias (10), evitar técnicas innecesarias (11), evitar tratamiento innecesario (1), preparación innecesaria (1), reducción de consultas sucesivas (1), tratamiento farmacológico innecesario (5). Se ha evaluado el resultado y actividades realizadas en una muestra de 4 servicios.

2.- Promover el Uso Seguro de Radiaciones ionizantes: los objetivos realizados en 2018 que se muestran son:

- Colaboración en la organización de los técnicos de Medicina Nuclear para reparto de la dosimetría de anillo.
- Actualización de instrucciones de radioprotección a pacientes sometidos a tratamientos de Medicina Nuclear.
- Implementación del Plan de Protección Física en Radioterapia.
- Análisis de matrices de riesgo en Radioterapia.

Se aportan los siguientes documentos:

- Protocolo de Radiofísica de braquiterapia endobronquial.

- *Protocolo de SBRT (Radioterapia Estereotáxica Extracraneal) de Metástasis ganglionares, renales y suprarrenales, y definición de constrains OARs.*

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 seguras37
- (b) Número total de Servicios o Unidades38
- Índice: a/b*10097,4%

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 comprueba documentalmente el pacto de dos objetivos SP en los 38 Servicios Médicos verificando en una muestra de 4 servicios (Alergia, Análisis Clínicos, Neumología y Urología) su correspondencia con las áreas especificadas. Se muestra la evaluación realizada en soporte electrónico: todos cumplieron, salvo Cirugía Plástica (97,4%), resultado superior al objetivo institucional (95%).

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

- Número de Rondas de Seguridad realizadas6
- Número de rondas a UCI2
- Número de rondas al Bloque Quirúrgico2
- 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 2: Seis rondas de seguridad:

Una /semestre en: UCI y Bloque Quirúrgico.

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 grupo 2: Verificar las realizadas en Bloque Quirúrgico y UCI.

Verificación:

Se muestran al equipo evaluador las actas de 6 rondas de seguridad: 2 en UCI, 2 en Bloque Quirúrgico, 1 en Radiodiagnóstico y 1 en Urgencias; se aportan las de UCI (6/06/18 y 10/12/18) y Bloque Quirúrgico (21/06/18 y 18/12/18). Se analiza su contenido y se constata la participación de directivos del centro y de responsables de las unidades y la implantación de acciones de mejora evaluadas en rondas previas.

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) 95 %
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra) 118
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra*100) 84,75 %
- 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:

Según consta en el Informe de evaluación del Programa de Cirugía Segura, de mayo de 2019, realizado por el Área de Evaluación Sanitaria:

- Los resultados de la autoevaluación del LVQ realizada por el Hospital en noviembre de 2018 muestran una implantación de 95% (284 de 299 IQ).

- El 84,75% de las intervenciones evaluadas (100 de 118) tenían implantado el LVQ, resultado inferior al objetivo institucional (>95%). No se incluyeron las intervenciones quirúrgicas de Dermatología por considerarse de cirugía menor y realizarse fuera del Bloque Quirúrgico.

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

- En el listado de verificación quirúrgica (*) se incluye la profilaxis antibiótica SÍ
- En el listado de verificación quirúrgica (*) se incluye el pincelado con clorhexidina alcohólica 2%..... (1) SÍ
- En el listado de verificación quirúrgica (*) se incluye eliminación correcta del vello (2) SÍ

(*) 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. Sí lo es, la depilación química o por medio de cortadoras de pelo.

Verificación: A través de una muestra de historias clínicas

Este apartado fue también evaluado en el Informe del Programa de Cirugía Segura antes citado:

En el LVQ consta la profilaxis antibiótica.

En el "Protocolo de Preparación Quirúrgica" (octubre 2018) del Hospital, constan:

1. El pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% para el campo quirúrgico de adultos, en el apartado 'Preparación de la Piel del Paciente'.

(1) El Pincelado no se recoge como ítem en el LVQ; y sí figura en el "Formulario Quirúrgico" que registra las actuaciones de enfermería en el bloque quirúrgico.

Se revisaron 20 intervenciones quirúrgicas (IQ) comprobándose que en el 95% de los casos se cumplimentó este ítem, siguiendo el protocolo en todos los casos.

2. La Eliminación del Vello: 'en caso necesario, utilizar maquinillas eléctricas con cabezal de un solo uso'.

(2) Este ítem se recoge asimismo en el "Formulario Quirúrgico".

La evaluación de una muestra de IQ comprobó que en el 80% (16 de 20) se registró esta medida y se cumplía en el 100%.

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:

De las 9 actuaciones declaradas se han comprobado:

- La constitución del grupo de trabajo previa a la activación del 'Código Sepsis' en Urgencias y UCI, en septiembre 2017, y su ampliación con otros servicios (Medicina Interna, Infecciosas, Cirugía, Preventiva, Microbiología), en 2018, para extenderlo a otras unidades.

- La elaboración y disponibilidad del diagrama de flujo de actuación y su aprobación por la CIPPA (24/10/2018).

- La elaboración con Informática de un formulario específico de Código Sepsis, ya disponible en la intranet en 2019.

- No se realizó el tríptico previsto con el resumen de todo el Código.

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..... 7

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales del grupo 2: 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.

Hay que verificar al menos dos acciones de mejora seleccionadas por el equipo evaluador

Acciones de Mejora y Verificación:

La distribución de las acciones de mejora declaradas, por ámbito de aplicación, son: 2 en Urgencias, 2 en Cirugía Ambulatoria, 1 en Hospitalización y 2 en Consultas Externas.

Se ha verificado mediante visita a Urgencias y entrevista con profesionales la nueva distribución de espacios en la recepción y espera de los pacientes, y el procedimiento de actuación en las áreas de pretriage y postriage.

Se ha comprobado documentalmente la metodología y conclusiones del 'Análisis de llamadas postquirúrgicas para analizar el tratamiento del dolor al alta de pacientes de CMA', realizado en noviembre. (Cirugía Ambulatoria - Atención al dolor).

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 9
- 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 del grupo 2: Cuatro líneas.

Verificar si se han llevado a cabo técnicas cualitativas de opinión (grupos focales, de discusión, entrevistas semiestructuradas, observación, etc.), que en el grupo 2 debe ser al menos una, dedicada a conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo cualitativo 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:

El HRJC ha informado de 19 acciones de mejora vinculadas a 9 líneas de actuación.

Se muestran al equipo evaluador las presentaciones con el resultado de la participación del HRJC en los Estudios cualitativos de pacientes de Urgencias generales de adultos (15) y de Consultas Externas de Cardiología (26), realizados en los 4 hospitales concesionados del grupo Quirón, para conocer, mediante entrevistas telefónicas semiestructuradas, la opinión y expectativas de los pacientes e identificar puntos fuertes y áreas de mejora (Líneas 1 y 2).

Se facilita el Protocolo de 'visitas caninas' a pacientes con ingresos prolongados y se muestran imágenes de una de las realizadas (Línea 4: Hospital en compañía).

Se verifica documental y gráficamente la visita del Cuerpo de Bomberos de Villaviciosa de Odón a pacientes ingresados en Psiquiatría, como una de las 'visitas programadas a pacientes "frágiles" para fomentar su inclusión y ocio', incluida entre otras actividades impulsadas por la Subcomisión del Grupo de Humanización del Hospital (Línea 5: Hospital Social entretenido).

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 3

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales del grupo 2: Al menos, tres prácticas.

Verificación:

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

Se muestra documentación justificativa de las 3 prácticas presentadas y se verifican las actuaciones vinculadas a la 'Reducción del consumo de agua', comprobando la disponibilidad de los carteles "Cada gota cuenta. No la desperdicias" utilizados en la campaña de sensibilización de consumo responsable y el seguimiento del consumo de agua interanual en un cuadro de mando específico, que avala la reducción de 1% en 2018.

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 33
- Número total de pacientes de UCI, Pediatría, Cirugía General y Traumatología 78 (muestra: 33)

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 ha evaluado la medición del dolor en una muestra de 33 historias clínicas (10 de Cirugía General, 10 de Traumatología, 10 de Medicina Interna y 3 de Pediatría) de los pacientes ingresados (78) en el periodo seleccionado, comprobándose que el 100% tenían cumplimentado el registro al menos una

vez al día. En la hospitalización convencional se utiliza la escala EVA de valoración del dolor y en la UCI dos escalas (EVA y ESCID) dependiendo del grado de conciencia del paciente.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 7
- 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 del grupo 2: Cinco 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:

Línea 1: Se muestra al equipo evaluador la actualización en 2018 de los procedimientos de atención al dolor en Pediatría y en Cuidados Paliativos (pacientes oncológicos).

Línea 2: Se aporta acta del Comité de Atención al Dolor de 14/12/18 y se comprueba la participación de varios profesionales de la D.A. Oeste de Atención Primaria y el abordaje del establecimiento de referentes del dolor en el HRJC y del procedimiento de atención continuada del tratamiento del dolor crónico en Aparato Locomotor.

Línea 3: Se comprueba documentalmente el diagnóstico de situación del tratamiento del dolor en pacientes postquirúrgicos de CMA y la disponibilidad de la encuesta de control del dolor en pacientes postquirúrgicos hospitalizados, a las 24 horas y al alta.

Se confirma con la Responsable de Enfermería de Consultas en Urgencias el funcionamiento del procedimiento de atención al dolor en el Triage en Urgencias tras la redistribución de espacios de la Unidad.

3. CONCLUSIONES

Indicadores de calidad asistencial

- ✓ EL HOSPITAL HA CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EL 97,4% DE LOS SERVICIOS MÉDICOS HAN CUMPLIDO ASIMISMO LOS 2 OBJETIVOS PACTADOS.
- ✓ SE HAN REALIZADO 6 RONDAS DE SEGURIDAD, INCLUIDAS LAS PRIORITARIAS EN UCI Y BLOQUE QUIRÚRGICO, CON PARTICIPACIÓN DE DIRECTIVOS Y EVALUACIÓN E IMPLANTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA.
- ✓ EL HOSPITAL DISPONE DE LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) Y EVALÚA SU IMPLANTACIÓN (95%). EL RESULTADO DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN EVALUADO ES EL 84,75%, INFERIOR A LA AUTOEVALUACIÓN Y AL OBJETIVO INSTITUCIONAL (>95%).
- ✓ EL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN QUIRÚRGICA INCLUYE EL PINCELADO CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA AL 2% Y LA ELIMINACIÓN DEL VELLO, EN CASO NECESARIO, CON MAQUINILLA ELÉCTRICA Y CABEZAL DE UN SOLO USO. ESTOS ÍTEMS FIGURAN EN EL 'FORMULARIO QUIRÚRGICO' DE ENFERMERÍA PERO NO EN EL LVQ.
- ✓ SE HA AMPLIADO EL GRUPO DE TRABAJO DEL 'CÓDIGO SEPSIS' CONSTITUIDO EN 2017. CUENTA CON UN DIAGRAMA DE ACTUACIÓN APROBADO Y SE INICIÓ LA ELABORACIÓN DE UN FORMULARIO PARA SU DISPONIBILIDAD EN LA INTRANET.
- ✓ SE HAN IMPLANTADO ACCIONES DE MEJORA DE 'CALIDAD PERCIBIDA' EN URGENCIAS (2), CIRUGÍA AMBULATORIA (2), HOSPITALIZACIÓN (1) Y CONSULTAS EXTERNAS (2).
- ✓ SE HAN VERIFICADO ACCIONES DE MEJORA EN, AL MENOS, 4 LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA, UNA DE LAS CUALES ES UN ESTUDIO CUALITATIVO DE PACIENTES DE URGENCIAS, MEDIANTE ENTREVISTAS TELEFÓNICAS, REALIZADO ASIMISMO EN LOS HOSPITALES DEL GRUPO QUIRÓN.
- ✓ SE HA CONSTATADO EL DESARROLLO DE UNA DE LAS 3 BUENAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN AMBIENTAL 'REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE AGUA' Y LA DISPONIBILIDAD DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA DEL RESTO.
- ✓ EL REGISTRO DE VALORACIÓN DEL DOLOR ESTÁ CUMPLIMENTADO EN EL 100% DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN LA MUESTRA EVALUADA.

- ✓ SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR Y SE HAN DESARROLLADO LAS ACTUACIONES PREVISTAS EN LAS 3 LÍNEAS DEFINIDAS COMO PRIORITARIAS.