
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial

Año 2019

**Hospital Universitario
Rey Juan Carlos**

Fecha:diciembre 2020

Plan de Evaluación 2019-2020

Equipo de Evaluación

Lourdes Pallarés Velarde
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	6
2.1. Desplegar la seguridad del paciente en la organización	6
2.2. Impulsar prácticas seguras	8
2.3. Mejorar la calidad percibida.....	10
2.4. Optimizar la atención al dolor	12
3. Conclusiones	14

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

La Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria, dependiente de la D.G. de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente, 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*
- *Optimizar la atención al dolor*

1.3. Metodología y Actuaciones

Para la realización de este informe se ha procedido a analizar la documentación aportada por la Subdirección General de Calidad Asistencial y seleccionar las fuentes documentales que se iban a utilizar para verificar el cumplimiento de los objetivos.

Posteriormente se ha mantenido una conversación con la coordinadora de calidad del Centro, al objeto de acordar el envío de los documentos necesarios para la evaluación.

Entrevistas

Reunión virtual los días 10, 17 y 18 de diciembre de 2020, mediante Microsoft TEAMS, con:

- Responsable de Calidad
- Jefe de Servicio de Medicina Preventiva
- Subdirectora de Enfermería
- Enfermera de Medicina Preventiva
- Director Médico
- Supervisora de Reanimación

Análisis Documental

Soporte documental e informático especificado en los distintos apartados de este informe.

Análisis muestral de Historias Clínicas.

Observación Directa

Por las especiales circunstancias epidemiológicas, se han restringido las comprobaciones mediante visita al Hospital, y observación directa.

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 en Seguridad del Paciente..... 19
- Objetivos prioritarios:*
- Desarrollo de actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias..... SI
 - Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes SI
 - Participar las Unidades de Gestión de Riesgos (UFGRS) en el estudio ESHMAD SI
 - Elaborar mapas de riesgos en los servicios de urgencias SI

Observaciones y Comentarios

Meta: *Implantar, al menos, los objetivos prioritarios que le sean de aplicación:*

- Evitar o reducir prácticas innecesarias.

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

-Mapa de riesgos en urgencias.

Verificar el desarrollo de estos objetivos.

Objetivos y Verificación:

1.- Desarrollo para evitar o reducir prácticas innecesarias: “Análisis y actuaciones sobre transfusiones inadecuadas”

Aportan el Acta de la reunión de la Comisión de Transfusiones de 18/02/2020 en la que se analizan los indicadores y resultados de 2019.

2.- Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes: “Elaboración del protocolo de mama mediante VMAT”

Se muestra el “Protocolo de tratamientos de mama en VMAT” elaborado endiciembre de 2019 y revisado en septiembre de 2020.

3.- Mapa de riesgos en Urgencias:

Remiten el mapa de riesgos de Urgencias, donde se analizan los principales riesgos detectados y se especifican las acciones de mejora implantadas para reducirlos.

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

- Número total de Rondas de Seguridad realizadas7
- Número de rondas UCI2
- Número de rondas Bloque Quirúrgico2
- Número de rondas Radiología-Radiología intervencionista 1
- Número de rondas Urgencias2
- Número de rondas otros servicios 0
- Participaban miembros del equipo directivo..... SI
- Las Rondas están documentadas SI
- Se han evaluado las medidas acordadas implantar SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Hospitales del grupo 3: Ocho rondas.

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

Al menos una en: UCI/ Bloque Quirúrgico/urgencias/Rx-Rx intervencionista.

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Cinco 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 1,2,3: **Verificar** las realizadas en Bloque Quirúrgico/UCI/Rx-Rx.intervencionista/Urgencias.

Resto: Las rondas realizadas.

Verificación:

Todas las rondas están documentadas con sus respectivas actas. Se verifican las del Bloque Quirúrgico de marzo y noviembre de 2019, la de la UCI de marzo y diciembre, la del Servicio de Rx intervencionista de noviembre de 2019 y las de Urgencias de abril y octubre de 2019.

En todas ellas se comprueba la participación de algún miembro del equipo directivo así como la evaluación de las medidas correctoras implantadas.

2.2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

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

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

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas*100) 99,24%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra de nuestra evaluación) 104
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra*100) 96%
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica* SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si $\geq 95\%$

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 al menos 100 historias clínicas (diciembre 2019). Se ha elegido la muestra de historias clínicas del mes de diciembre de 2019, porque en junio se implantó un plan de mejora mediante la monitorización del LVQ.

De una muestra de 104 intervenciones quirúrgicas realizadas en el mes de diciembre de 2019, se ha obtenido un porcentaje de implantación del LVQ del 96 %, cifra superior al objetivo establecido. Se observa que en muchos casos los ítems de la fase intraoperatoria no están cumplimentados.

El Listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica.

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

- Implantación de las medidas del proyecto IQZ:
- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye la profilaxis antibiótica adecuada SI
- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye el pincelado con clorhexidina alcohólica 2% *
- En el listado de verificación quirúrgica* se incluye eliminación correcta del vello SI
- * O cualquier otro registro quirúrgico de uso en el centro (especificar en qué registro)
- Índice de adherencia por servicios: (nº servicios con las 3 medidas implantadas/ nº servicios en que resulta de aplicación*100) 100%

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 y si no fuera posible, solicitar informe al Hospital en el que justifiquen cómo lo han evaluado.

El ítem "profilaxis antibiótica" está incluido en el LVQ. Se revisaron 23 intervenciones (6 de cirugía de colon, 10 de prótesis de cadera y 7 de prótesis de rodilla), comprobándose su cumplimentación en la totalidad de los casos excepto en una cirugía de cadera.

El ítem "pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%" no está incluido en el LVQ, se recoge en la hoja de registro quirúrgico, dónde se refleja si se ha utilizado clorhexidina ó povidona yodada.

Se revisaron 16 intervenciones (6 de Ginecología y 10 de Urología) para comprobar la cumplimentación de la eliminación correcta del vello con un resultado del 62,5% de cumplimentación.

** El LVQ incluye el ítem "protocolo de preparación de quirúrgica completado-higiene correcta"*

2.3. MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

2.3.1. Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según encuesta de satisfacción 2018

- Número total de acciones de mejora implantadas..... 10
- Se ha realizado acción de mejora en Consultas Externas..... SI
- Se ha realizado acción de mejora en Hospitalización SI
- Se ha realizado acción de mejora en Urgencias SI
- Se ha realizado acción de mejora en Cirugía Ambulatoria SI

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 (al menos 1 por segmento)

Hospitales de Psiquiatría: Dos acciones (al menos 1 por segmento)

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

Acciones de Mejora y Verificación:

1.- Consultas externas: "Apertura de cuatro nuevas consultas físicas"

Aportan fotografía de las nuevas consultas de Neurocirugía, Traumatología, Neuroradiología y ORL.

2.- Hospitalización: "Cambios de platos de ducha y mamparas con suelo corrido"

Han aportado imágenes de las reformas llevadas a cabo para mejorar la accesibilidad en los baños del área de hospitalización.

3.- Urgencias: "Instalación de mostrador de información de sala de espera post-triaje"

Remiten fotografía del nuevo puesto de información instalado en la sala post-triaje de Urgencias.

4.- Cirugía Ambulatoria: "Implementación de sistema de registro del alta médica con recomendaciones post-quirúrgicas"

Se muestran las plantillas de recomendaciones post-quirúrgicas al alta en CMA elaboradas para distintos procedimientos

2.3.2. Realizar Mapa de Experiencia del Paciente

- Se ha realizado Mapa de Experiencia del paciente.....SI
- Área asistencial en que se ha realizado el Mapa Urgencias

Observaciones y Comentarios

Meta: Realización en el Área de Urgencias o en el área asistencial con menor valoración en la encuesta de satisfacción.

Verificación:

Aportan el Mapa de Experiencia del paciente en el Área de Urgencias en 2019 donde se recogen los principios claves en la relación con el paciente para facilitar su experiencia en dicha área.

2.4. OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

2.4.1. Medición del dolor en Servicios específicos

- Nº de pacientes de la muestra seleccionada entre los ingresados en UCI, Pediatría, Cirugía General, Traumatología y Obstetricia que tienen recogida en la historia la medición con una escala de valoración del dolor 40
- Nº total de pacientes de la muestra UCI, Pediatría, Cirugía General, Traumatología y Obstetricia 40

Observaciones y Comentarios

Meta: Alcanzada si es \geq al 90%, o el mejor de su grupo de hospitales.

Verificar la implantación en: UCI, pediatría, cirugía general, traumatología y obstetricia. Calcular el resultado individual por servicios y el global mediante muestra de pacientes de los 5 servicios.

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

Verificación:

Se comprobó que en la totalidad de la muestra seleccionada de los pacientes ingresados el 18/12/2020, constaba el registro de la medición del dolor varias veces por turno, en la UCI utilizan la escala ESCID para los pacientes intubados con sedación.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 5
- Prioritarias:
- Coordinación con los referentes de Atención Primaria SI
 - Promover la participación de los pacientes SI
 - Estandarizar y difundir actuaciones en situaciones relevantes o pacientes vulnerables..... SI
- Realización en los 2 últimos años de una buena práctica SI

Observaciones y Comentarios

Meta:

Hospitales de los grupos 1, 2 y 3: Cinco líneas de actuación (incluyendo las 3 prioritarias) y excelencia + Buena práctica

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Tres líneas de actuación (incluyendo prioritarias)

Verificar que se ha trabajado en las líneas prioritarias y que existe la ficha de buena práctica:

Líneas de Actuación y Verificación:

1.- Coordinación con los referentes de Atención Primaria: “Elaboración de una guía conjunta entre Atención Primaria y el Hospital en atención al dolor”

Muestran la Guía elaborada por el Grupo de Trabajo de Atención al Dolor - Comité del Dolor del Hospital y la Dirección Asistencial Oeste de Atención Primaria.

2.- Promover la participación de los pacientes: “Video informativo a pacientes con terapias no farmacológicas para la atención al dolor”

Se visualiza el video informativo dirigido a pacientes con dolor crónico y terapia farmacológica intravenosa, que en la actualidad se proyecta en las salas de consulta y que será incorporado al portal del paciente el próximo año.

3.- Estandarizar y difundir actuaciones en situaciones relevantes o pacientes vulnerables: “Sesión médica sobre criterios de derivación a Unidad del Dolor”

Se verifica el registro de firmas de los asistentes a la sesión formativa celebrada el 09/04/2019.

4.- Buena práctica: “Seguimiento de indicadores Cuadro de Mando Dolor”

Se muestra cuadro con los datos de: fármaco, dosis y vía de administración en pacientes con EVA superior a 3.

3. CONCLUSIONES

Indicadores de calidad asistencial

- ✓ EL HOSPITAL HA IMPLANTADO 19 OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EL EQUIPO AUDITOR VERIFICÓ EL DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA REDUCIR PRÁCTICAS INNECESARIAS EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD TRANSFUSIONAL. HAN DESARROLLADO MEDIDAS PARA PROMOVER EL USO SEGURO DE RADIACIONES IONIZANTES Y SE VERIFICÓ LA EXISTENCIA DE MAPA DE RIESGOS EN URGENCIAS.
- ✓ SE HA CONSTATADO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE MIEMBROS DEL EQUIPO DIRECTIVO ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS ADOPTADAS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DE UCI, BLOQUE QUIRÚRGICO, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA Y URGENCIAS.
- ✓ EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA ESTÁ IMPLANTADO EN EL 96% DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS REVISADAS, CIFRA SUPERIOR AL OBJETIVO ESTABLECIDO EN ESTA EVALUACIÓN. INCLUYE EL REGISTRO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, ANTITROMBOEMBÓLICA Y ELIMINACIÓN CORRECTA DEL VELLO. EL PINCELADO CON CLORHEXIDINA SE RECOGE EN LA HOJA DE REGISTRO QUIRÚRGICO.
- ✓ DE LAS 10 ACCIONES DE MEJORA IMPLANTADAS COMO CONSECUENCIA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE 2018, SE VERIFICARON LAS REFERENTES A CONSULTAS EXTERNAS, HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS Y CIRUGÍA AMBULATORIA.
- ✓ DISPONEN DEL MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN URGENCIAS.
- ✓ SE HAN EVALUADO 40 HISTORIAS CLÍNICAS, COMPROBÁNDOSE QUE EL 100% DE LOS PACIENTES INGRESADOS TENÍAN RECOGIDA EN LA HISTORIA LA MEDICIÓN DEL DOLOR.
- ✓ DE LAS 5 LÍNEAS DE ACTUACIÓN PUESTAS EN MARCHA POR EL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR, SE HAN VERIFICADO LAS TRES PRIORITARIAS EN LA EVALUACIÓN Y LA BUENA PRÁCTICA .