

---

# **Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial**

## **Año 2018**

---

Hospital Universitario de Torrejón

Fecha: Junio 2019

---

**Plan de Evaluación 2019-2020**

---

## Equipo de Evaluación

---

**Margot Cisneros Britto**  
**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 .....	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

---

El equipo evaluador se desplazó al Hospital de Torrejón el día 10 de junio de 2019 para verificar los objetivos del programa.

### Entrevistas

---

Responsable de Calidad.

Presidente del Comité de Seguridad del paciente y Jefe del Servicio de Anestesia.

Responsable de la Unidad del Dolor.

Facultativo Adjunto de la UCI.

Responsable de Desarrollo y Secretaria del Comité de Calidad Percibida.

Supervisora de UCI.

## Análisis Documental

---

Soporte documental e informático especificado en los distintos apartados de la evaluación.

Análisis muestral de Historias Clínicas para la evaluación de la implantación de la escala del dolor.

Indicadores de resultados del Programa Cirugía Segura.

## Observación Directa

---

Área de Urgencias.

Unidad de Cuidados Intensivos.

## 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 .....5

*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:**

1.-Evitar o reducir prácticas innecesarias:

*" No continuar tratamiento antibiótico sin valoración médica diaria".*

*Han aportado:*

- Documento sobre " Recomendaciones No hacer en Medicina Intensiva (2018)" en el que se recoge el compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias donde figura como acciones realizadas la evaluación de forma aleatoria de la adecuación y descalamamiento antibiótico.

- "Protocolo evaluación del tratamiento antibiótico empírico en la sepsis grave en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Torrejón".

- Cartelería sobre " 5 Recomendaciones de interés elevado de los grupos de trabajo de la SEMICYUC (profesionales del enfermo crítico)".

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

*" Reuniones con Atención Primaria sobre el uso seguro de radiaciones ionizantes". Se constata la realización de las reuniones, a través de las Actas de los grupos de trabajo con siete Centros de Salud donde uno de los puntos a tratar es el catálogo " Recomendaciones no hacer" propuesto por la SERAM. Aportan Protocolo de protección radiológica incluyendo al paciente pediátrico.*

## 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 seguras .....33
- (b) Número total de Servicios o Unidades.....33
- Índice: a/b\*100 .....100%

### 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:

##### 1. Objetivos de Seguridad:

###### -Servicio de Medicina Intensiva:

Aportan documentación del análisis de un incidente sobre un "paciente intervenido de endoprótesis aórtica fenestrada". Las conclusiones del análisis fueron: necesidad de protocolizar el procedimiento, mejorar la comunicación verbal y escrita de los profesionales involucrados en este tipo de casos y hacer una sesión multidisciplinar antes del procedimiento y adquirir la tecnología necesaria para poder registrar de manera óptima la gráfica de anestesia y monitorizar la presión intramedular.

###### -Servicio de Laboratorio:

Presentan el documento del incidente sobre "transfusión errónea de pool de plaquetas por cifra de plaquetas erróneas en analítica". Como medidas correctoras se establece la revisión del circuito de preanalítica para asegurar la calidad de la muestra e insistir en la formación del personal del Laboratorio y los criterios de aviso al facultativo.

###### -Servicio Ginecología:

Se muestra análisis de incidencia consistente en "muerte neonatal por aspiración meconial". Entre las medidas correctoras figura: el mejorar la transmisión entre equipos e intraequipos, acceso directo a los monitores desde el quirófano para los casos de emergencia y cumplimiento de los protocolos de aviso ante las emergencias.

###### -Servicio Cirugía General:

Aportan acta de la sesión del análisis del incidente sobre "Apendicitis complicada en paciente pediátrico". Como medidas correctoras figura la necesidad de implementar un protocolo para el manejo y derivación de las apendicitis complicadas en pacientes pediátricos.

##### 2. Implantación y recomendación de prácticas seguras:

Presentan el "Protocolo de sondaje nasogástrico" y "Checklist distocia de hombros".

Asimismo se constata mediante hoja de firmas la asistencia a las jornadas de formación en "Análisis causa-raíz" en el Servicio de Obstetricia y Ginecología.

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

- Número de Rondas de Seguridad realizadas .....8
- Número de rondas a UCI .....2
- Número de rondas al Bloque Quirúrgico .....2
- 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:**

Aportan las actas de las dos rondas de seguridad realizadas en el Bloque Quirúrgico con fecha 10/05/2018 y 13/11/2018 y en la UCI el 29/06/2018 y 21/12/2018, donde se comprueba la participación del Gerente y Director Médico, evaluándose los problemas de seguridad encontrados y las medidas adoptadas.



## 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) ..... 99,8%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 161
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra\*100) ..... 100%
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica\* ..... NO

#### 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.cirugiasegura.es/>)*

**Verificación:** A través de una muestra de historias clínicas

*Se ha estudiado una muestra de 161 intervenciones quirúrgicas realizadas en mayo, diez de cada Servicio quirúrgico, con un 100% de implantación del LVQ.*

*El programa informático actual no permite la inclusión del ítem para registrar la profilaxis tromboembólica en el LVQ, registrándose en la "Hoja de tratamiento médico" de la Historia clínica electrónica.*

*Nos informan que están pendientes de su inclusión y modificación del listado.*

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

- En el listado de verificación quirúrgica\* se incluye la profilaxis antibiótica adecuada ..... SÍ
- 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*

*El programa informático actual del LVQ no permite registrar el pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y la eliminación correcta del vello. Se recogen en la Historia clínica electrónica, en un apartado de Enfermería, dentro de la pestaña de "Seguridad 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:**

*Aportan el acta de constitución del Grupo Código Sepsis con fecha 28/05/2018 donde se revisó el documento de consenso emitido por la Consejería de Sanidad para ponerlo en conocimiento de todos los miembros del Grupo, proponiendo como Presidente a un facultativo del Servicio de medicina Intensiva.*

*Nos muestran el borrador del "Protocolo del manejo del paciente con sospecha de sepsis" en el que están trabajando.*

## 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..... 5

#### 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:**

Se han evaluado los siguientes objetivos:

1.- Hospitalización: "Creación de subcomisión de calidad en restauración, con reuniones mensuales y catas de la comida que reciben los pacientes". Se verifica en documento de 15 de enero de 2018 la constitución de la Subcomisión de calidad en restauración, teniendo en cuenta el plan de mejora propuesto por la empresa Mediterránea Catering. Asimismo muestran el correo para la convocatoria de la subcomisión de restauración de fecha 26/11/2018.

2.- Urgencias: " Información de los tiempos medios de espera en las pantallas de llamada a pacientes en la sala de espera de Urgencias". El equipo evaluador visita la sala de espera de Urgencias comprobando en las pantallas los tiempos de espera (por niveles) de los pacientes.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 4
- 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 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:***

*Nos muestran el informe de resultados de octubre de 2018 del Focus Group en el Área Quirúrgica, por ser el segmento con menor valoración en la encuesta de satisfacción, como consecuencia de la encuesta. Asimismo se escucha la grabación de las reuniones del Focus Group.*

## 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 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".*

*Sustitución de bolsas de plástico y sensibilización de la población: Esta práctica se desarrolló de forma puntual el Día Mundial del Medio Ambiente con objeto de sensibilizar a la población, por lo que el equipo evaluador no lo ha podido verificar, solo constatar la publicidad en redes sociales.*

*Favorecer el reciclado de inhaladores: Se visuliza en redes sociales la campaña @SeparRespira para sensibilizar a la población sobre el reciclado de los distintos componentes de un inhalador.*

## 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 .....31\*
- Número total de pacientes de UCI, Pediatría, Cirugía General y Traumatología .....49 (muestra escogida 42)

#### 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:**

*Evaluar 10 Historias de cada uno de los Servicios.*

*El resultado global de la implantación de la escala del dolor en los cuatro servicios evaluados (UCI, Pediatría, Cirugía General y Traumatología) es del 73,8%.*

*\* Según manifiestan en el Servicio de Pediatría la escala EVA no se puede cumplimentar, por no estar adaptada a estos pacientes, por lo que se ha excluido de la evaluación. Están pedientes de incorporar escalas específicas pediátricas. Se han evaluado 32 historias clínicas (10 de Cirugía General, 11 de Medicina Intensiva y 11 de Traumatología), comprobándose que excepto en una historia de Traumatología, el grado del dolor estaba registrado en la escala EVA como mínimo una vez al día en el 96,9% de los casos.*

*En la UCI tienen implantadas dos escalas del dolor EVA y ESCID, dependiendo del grado de orientación del paciente. En estado consciente se utiliza EVA y cuando el paciente está sedado y/o no puede comunicarse ESCID. En este Servicio se registra el grado de dolor cuatro veces al día.*

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

- N° de líneas de actuación puestas en marcha..... 5

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) Dolor en población vulnerable: Para la atención a este tipo de pacientes siguen las "Recomendaciones de la Sociedad Española del dolor". La Unidad del Dolor se comunica con los Servicios de Oncología Médica, Radioterapia, Pediatría, Urgencias y Hospitalización a Domicilio a través de correos institucionales para priorizar a los pacientes ofreciendo un tratamiento*

*multidisciplinar del dolor de difícil control. Existen protocolos por patologías y tipo de dolor con el fin de citar al paciente a la mayor brevedad. Muestran al equipo evaluador dichos correos.*

- 2) *Inclusión de un representante de Atención Primaria en el Comité: Muestran las actas de las tres reuniones celebradas en 2018 donde se comprueba la asistencia, entre otros miembros, de un facultativo de ESAD.*
- 3) *Desarrollar actuaciones para promover y coordinar la derivación adecuada de pacientes: Aportan el díptico de "I Curso sobre Actualización en el manejo del Dolor en Atención Primaria" celebrado el 7 de junio de 2018 en horario de 9 a 14 horas y dirigido a médicos especialistas en Atención Primaria y facultativos del Hospital. Este curso tuvo como objetivo poner al día los conocimientos sobre el manejo del paciente con dolor incidiendo en los aspectos más novedosos.*

## 3. CONCLUSIONES

### Indicadores de calidad asistencial

- ✓ EL HOSPITAL HA IMPLANTADO CINCO OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EL EQUIPO AUDITOR VERIFICÓ LOS RELATIVOS A “NO CONTINUAR TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SIN VALORACIÓN DIARIA” Y “REUNIONES CON ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL USO SEGURO DE RADIACIONES IONIZANTES”.
- ✓ SE CONSTATÓ EL DESPLIEGE DE OBJETIVOS EN LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE ANÁLISIS DE INCIDENTES EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA, LABORATORIO, GINECOLOGÍA Y CIRUGÍA GENERAL.
- ✓ SE HA VERIFICADO LA PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS DEL EQUIPO DIRECTIVO Y LA EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL BLOQUE QUIRÚRGICO Y DE LA UCI.
- ✓ EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA ESTÁ IMPLANTADO EN EL 100% DE LAS INTERVENCIONES EVALUADAS E INCLUYE EL REGISTRO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.
- ✓ LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA, EL PINCELADO CON CLORHEXIDINA Y LA ELIMINACIÓN CORRECTA DEL VELLO NO SE INCLUYEN EN EL LVQ, SE REGISTRAN EN DIFERENTES APARTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.
- ✓ EL HOSPITAL HA CONSTITUIDO UN GRUPO DE TRABAJO/COMITÉ DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON SEPSIS. SE VERIFICA EL DESARROLLO DE UNA DE LAS ACTUACIONES IMPLANTADAS POR EL CENTRO.
- ✓ DE LAS CINCO ACCIONES DE MEJORA IMPLANTADAS SEGÚN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, SE VERIFICARON LAS REFERENTES AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN Y DE CONSULTAS EXTERNAS.
- ✓ SE HA REALIZADO UN GRUPO FOCAL CON PACIENTES Y FAMILIARES EN EL ÁREA QUIRÚRGICA AL OBJETO DE CONOCER SU OPINIÓN.
- ✓ EL HOSPITAL HA DESARROLLADO TRES PRÁCTICAS SEGURAS PARA LA MEJORA DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL. SE VERIFICÓ LA RELATIVA A “FAVORECER EL RECICLADO DE INHALADORES”.
- ✓ SE HAN EVALUADO 42 HISTORIAS CLÍNICAS COMPROBÁNDOSE QUE LA ESCALA EVA ESTABA CUMPLIMENTADA EN EL 73,8% DE LOS CASOS, CIFRA INFERIOR AL OBJETIVO ESTABLECIDO. ESTÁN PENDIENTES DE INCORPORAR ESCALAS DEL DOLOR ESPECÍFICAS EN PEDIATRÍA.



- ✓ SE COMPROBÓ QUE HAN DESARROLLADO LAS TRES LÍNEAS PRIORITARIAS SOBRE ATENCIÓN AL DOLOR.