

---

# **Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial**

## **Año 2019**

---

Centro Sanitario  
**Hospital Universitario de Torrejón**

Fecha: Octubre 2020

---

**Plan de Evaluación 2019-2020**

---

# Evaluador

---

**Javier Morón Merchante**

# 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.....	11
2.4. Optimizar la atención al dolor .....	13
3. Conclusiones .....	15

# 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 Sanitaria 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

---

La situación epidemiológica de la pandemia de COVID 19 ha desaconsejado el desplazamiento del Evaluador al Hospital Universitario Torrejón (HUT, grupo 2 de hospitales del SERMAS), y ha condicionado el alcance y las actuaciones de evaluación, que se han adecuado a la situación y posibilidades del hospital y del Área de Evaluación. El HUT ha sufrido serios percances informáticos este año, que han condicionado el acceso a algunas fuentes (historia clínica específica de UCI).

La toma de datos se ha llevado a cabo mediante el intercambio de información y en la reunión virtual celebrada on line con las responsables de Calidad.

Las verificaciones se han efectuado a distancia en la la historia clínica electrónica (HCE-Florence) del hospital con algunas limitaciones al no poderse acceder a la historia clínica de UCI, excluida de la evaluación y sustituida por otros servicios, ni a los registros de enfermería de las escalas de valoración del dolor, presentando el centro información de su autoevaluación.

## Entrevistas

---

Reunión virtual (11/09/20), mediante microsoft TEAMS, con:

- Responsable de Calidad HUT
- Jefa Corporativa de Calidad
- Responsable del Grupo

## Análisis Documental

---

Análisis de la documentación remitida por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria (SGCACS) en relación con los objetivos de calidad y actuaciones de mejora implementadas en 2019, así como de la documentación adicional, Historia Clínica Electrónica (HCE) y registros obtenidos del hospital:

### 1. Resultado Indicadores Calidad 2019 HUT (SGCACS)

### 2. Seguridad del Paciente:

- Protocolo de transfusión de concentrados de hematíes en el Servicio de Medicina Intensiva
- Acta de reunión del Servicio de Radiodiagnóstico (10/09/19)
- Mapa de Riesgos en Urgencias
- Actas de Rondas de Seguridad 2019
- Resultado Autoevaluaciones LVQ cuatrimestrales 2019. HUT
- Intervenciones Quirúrgicas realizadas mayo 2019 y registros LVQ
- Registros de enfermería (HCE): 'Pintado' y 'Rasurado' de IQ mayo 2019

### 3. Calidad Percibida:

- Aprobación del Comité de Dirección de la reforma del hall principal del HUT. 2019
- Presentación al Comité de Dirección de evaluación y resultados de la reorganización de circuitos en CCEE y Urgencias.

- Informe del Proyecto de mejora de la Experiencia del Paciente en Urgencias HUT. (19/11/20)

#### 4. Atención al Dolor:

- Tipos de escalas de valoración del dolor disponibles en la HCE
- CMBD de hospitalización: altas de UCI, Pediatría, Cirugía General, Traumatología y Obstetricia/Ginecología de mayo 2019, e ingresos de diciembre 2019 y septiembre 2020.
- Autoevaluación (HUT) de registros y escalas del dolor en Historia Clínica Electrónica en pacientes hospitalizados de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Traumatología y Obstetricia (diciembre 2019)
- Agenda del II Curso sobre actualización en el manejo del dolor en atención primaria (22/05/19)
- Díptico informativo a pacientes. Unidad del Dolor Crónico (UDC)
- Manual de gestión del dolor y protocolos específicos
- Fichas de Buenas Prácticas en Atención al Dolor (2): Tratamiento eficaz del Dolor Agudo Postoperatorio y Tratamiento precoz del Síndrome de Dolor Regional Complejo

### Observación Directa

---

No se ha realizado al descartarse el desplazamiento 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 en Seguridad del Paciente.....4
- Objetivos prioritarios:*
- Desarrollo de actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias..... Sí
  - Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes ..... Sí
  - Elaborar mapas de riesgos en los servicios de urgencias ..... Sí

#### 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. Actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias: Uso responsable de transfusiones

Se constata la disponibilidad del Protocolo de transfusión de concentrados de hematíes en el Servicio de Medicina Intensiva, actualizado en 2019.

2. Actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes: Sesiones para colectivos específicos (2).

Se comprueba acta de reunión del Servicio de Radiodiagnóstico, de 10/09/19, que contiene propuestas de acciones de mejora con Servicio de Pediatría y la realización de un curso para médicos, de dos días de duración, en radiografía simple de Tórax

3. Mapa de riesgos en Urgencias: elaborado en segundo semestre de 2019

Se presenta el Mapa de Riesgos en Urgencias y la priorización de las acciones de mejora, elaborado con la colaboración de una consultora

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

- Número total de Rondas de Seguridad realizadas ..... 7
- Número de rondas UCI ..... 1
- Número de rondas Bloque Quirúrgico ..... 1
- Número de rondas Radiología-Radiología intervencionista ..... 1
- Número de rondas Urgencias ..... 1
- Número de rondas otros servicios ..... 3
- Participaban miembros del equipo directivo..... Sí
- Las Rondas están documentadas ..... Sí
- Se han evaluado las medidas acordadas implantar ..... Sí

### Observaciones y Comentarios

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

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

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.

**Verificación:**

Se constata la existencia de actas de 7 Rondas de Seguridad, en las unidades priorizadas:

- Bloque Quirúrgico: 07/03/19

- UCI: 20/12/19

- Rx/Rx Intervencionista: 14/11/19

- Urgencias: 22/11/19

y en Bloque Obstétrico (06/06/19), Diálisis (04/04/19) y Banco de Sangre (04/04/19).

Se verifica en todas la participación de miembros del equipo directivo y la identificación de acciones de mejora, con responsable pero sin fecha explícita de implantación, para su posterior evaluación.

## 2.2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

### 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 ( $n^{\circ}$  intervenciones con LVQ/ $n^{\circ}$  intervenciones estudiadas\*100)..... 99,6 %
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra de nuestra evaluación) .....145
- Índice muestra ( $n^{\circ}$  intervenciones muestra con LVQ/ $n^{\circ}$ total intervenciones muestra\*100)..... 100 %
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica\* .....NO (1)

#### 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.cirugia-segura.es/>)

**Verificación:** A través de una muestra de al menos 100 historias clínicas (mayo 2019)

(1) El LVQ es de cumplimentación obligada en HCE y no incluye ítem de profilaxis de enfermedad tromboembólica, si bien, su administración se registra en apartado 'tratamiento medicación' del episodio.

En una muestra, obtenida aleatoriamente, de 145 intervenciones quirúrgicas (IQ) realizadas en el mes de mayo (10 de cada especialidad quirúrgica o el total si el número es inferior) se ha verificado si se cumplimentó o no el LVQ, con el siguiente resultado:

1. Angiología y Cirugía Vascolar:	(10 de 10) 100 %
2. Cirugía Cardíaca:	(6 de 6) 100 %
3. Cirugía General y del Aparato Digestivo:	(10 de 10) 100 %
4. Cirugía Maxilofacial:	(10 de 10) 100 %
5. Cirugía Pediátrica:	(10 de 10) 100 %
6. Cirugía Torácica:	(9 de 9) 100 %
7. Cirugía Plástica y Reparadora:	(10 de 10) 100 %
8. Dermatología médico-quirúrgica:	(10 de 10) 100 %
9. Ginecología:	(10 de 10) 100 %
10. Neurocirugía:	(10 de 10) 100 %
11. Obstetricia:	(10 de 10) 100 %
12. Oftalmología:	(10 de 10) 100 %
13. Otorrinolaringología:	(10 de 10) 100 %
14. Traumatología y Cirugía Ortopédica:	(10 de 10) 100 %
15. Urología:	(10 de 10) 100 %
<b>TOTAL</b>	<b>(145 de 145) 100 %</b>

## 2.2.1. 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 ..... Sí
- En el listado de verificación quirúrgica\* se incluye el pincelado con clorhexidina alcohólica 2% ..... Sí (2)
- En el listado de verificación quirúrgica\* se incluye eliminación correcta del vello ..... Sí (2)
  - \* 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.

(2) El LVQ no incluye registros específicos de pincelado con clorhexidina alcohólica 2% o eliminación correcta del vello; no obstante, la historia clínica (Florence) dispone en los episodios de registros de enfermería con los ítems 'Pintado' (con descripción del antiséptico utilizado) y 'Rasurado' (SI/NO, sin especificar método o corrección).

Se ha evaluado su cumplimentación en una muestra aleatoria de 40 IQ de mayo 2019 de C. General, C. Plástica, Obstetricia y Traumatología con el siguiente resultado:

- Pintado: 97,5 % (39 de 40)

- Rasurado: 100 % (40 de 40)

Así mismo, se ha verificado aleatoriamente la cumplimentación de estas variables, no su adecuación, en IQ del mismo mes en el resto de especialidades, que respaldan la adherencia del 100% de servicios quirúrgicos a la cumplimentación de estos registros de medidas del proyecto IQZ.

## 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..... 4
- Se ha realizado acción de mejora en Consultas Externas..... Sí
- Se ha realizado acción de mejora en Hospitalización .....NO
- Se ha realizado acción de mejora en Urgencias ..... Sí
- Se ha realizado acción de mejora en Cirugía Ambulatoria ..... Sí

#### 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.

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

#### **Acciones de Mejora y Verificación:**

El hospital informa de la puesta en marcha de 4 acciones de mejora, de las 5 previstas:

1. Consultas Externas (CCEE): Reorganización de los circuitos de admisión del hall principal: en proceso (de 01/10/19 a 31/03/20): se dispone de presupuesto y propuesta de ejecución aprobada por Dirección.

Se constata documentalmente la aprobación presupuestaria por el Comité de Dirección, en 2019, de la reforma para la reorganización de los circuitos de Admisión en el hall principal (CCEE), pendiente de ejecución debido al COVID 19.

2. Hospitalización. Realizar auditorías del catering/comidas: no implantada; el hospital informa que se decidió realizar, en su lugar, catas a ciegas no avisadas/ ni programadas para tener un efecto sorpresa, que se acordó postergar a 2020.

3. Cirugía Ambulatoria: Reducción de listas de espera con aumento de la actividad programada (en proceso).

4. Urgencias: Reorganización de circuitos en Urgencias con creación de consulta específica para urgencias leves.

5. CCEE: Reducción de la demora con apertura de agendas:

Se comprueba on line la presentación a la Comisión de Dirección (2019) sobre la evaluación y resultados, incluida la mejora en los tiempos de respuesta y la disminución de reclamaciones, tras la reorganización de los circuitos en Urgencias y Consultas Externas (CCEE).

### 2.3.2. Realizar Mapa de Experiencia del Paciente

---

- Se ha realizado Mapa de Experiencia del paciente.....Sí
- 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:**

Se aporta Informe y se presenta matriz del Proyecto de mejora de la Experiencia del Paciente en Urgencias (19/11/20), realizado con la colaboración de una consultora, con líneas de trabajo y acciones de mejora con responsables y plazos de implantación.

## 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 ..... NE
- Nº total de pacientes de la muestra UCI, Pediatría, Cirugía General, Traumatología y Obstetricia ..... NE

#### 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 ha constatado en la HCE la disponibilidad de diferentes escalas de valoración del dolor para su registro, pero no se ha podido acceder on line a la historia clínica específica de UCI ni a los registros de enfermería 2019 para su evaluación (NE).

Se comprueba en Florence la disponibilidad de la escala de Pediatría, implantada en diciembre 2019, y su disponibilidad y cumplimentación, aleatoriamente, en ingresos pediátricos actuales (septiembre 2020).

Se obtiene hoja de cálculo con la evaluación del HUT (segunda quincena de diciembre 2019) de la cumplimentación de las escalas de dolor y constantes en ingresos de Medicina Interna, COT, Pediatría, C. General, Obstetricia y UCI.

### 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 ..... Sí
  - Promover la participación de los pacientes ..... Sí
  - Estandarizar y difundir actuaciones en situaciones relevantes o pacientes vulnerables ..... Sí
  - Realización en los 2 últimos años de una buena práctica ..... Sí

## Observaciones y Comentarios

### **Meta:**

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

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

### **Líneas de Actuación y Verificación:**

*Línea 1 - Coordinación con referentes de AP: El 22 de mayo de 2019 se celebró el II Curso sobre actualización en el manejo del dolor en atención primaria. Tuvo una asistencia aproximada de 40 médicos de atención primaria y se presentaron los criterios de derivación a UDC, el tratamiento del dolor en población vulnerable (pediátrica, anciana, deterioro cognitivo, etc.)*

*Se comprueba la agenda del curso (22/05/19) y el abordaje del tratamiento del dolor en las poblaciones vulnerables indicadas.*

*Línea 2 - Promover la participación de los pacientes: Se ha elaborado un díptico informativo de la Unidad del Dolor Crónico (UDC). Este documento se le entrega al paciente en la primera consulta de la UDC. Resume diferentes aspectos del dolor (tipo, tratamiento, abordaje multidisciplinar, etc.)*

*Se constata la existencia del díptico informativo.*

*Línea 3 - Estandarizar y difundir actuaciones en situaciones relevantes o pacientes vulnerables: Elaboración del Manual de Gestión del Dolor con protocolos específicos sobre dolor oncológico, dolor pediátrico y dolor en el paciente anciano y con deterioro cognitivo. Se ha realizado una sesión clínica general para dar a conocer las escalas de valoración de la intensidad.*

*Se confirma la disponibilidad del Manual y la inclusión de los aspectos y protocolos específicos indicados.*

*Otras Líneas.*

*4.- Se han incorporado en la Historia clínica electrónica nuevas escalas para poder medir el dolor en población vulnerable, como la pediátrica. También se han elaborado unas fichas para facilitar la medición en zonas donde se atiendan niños.*

*5.- Se ha solicitado la compra (pedido aprobado) de escalas EVA para facilitar/ promover la medición de la intensidad del dolor de los pacientes entre los profesionales asistenciales.*

*El HUT ha presentado 2 Fichas de Buena Práctica en 2019:*

- 1. Tratamiento eficaz del Dolor Agudo Postoperatorio*
- 2. Tratamiento precoz del Síndrome de Dolor Regional Complejo*

## 3. CONCLUSIONES

### Objetivos de calidad asistencial

---

- ✓ EL HOSPITAL HA CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EVALUADOS.
- ✓ SE HAN REALIZADO 7 RONDAS DE SEGURIDAD, INCLUIDAS LAS PRIORITARIAS EN UCI, BLOQUE QUIRÚRGICO, RADIODIAGNÓSTICO Y URGENCIAS, CON PARTICIPACIÓN DE DIRECTIVOS Y EVALUACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA.
- ✓ EL HOSPITAL DISPONE DE LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ), (SIN ÍTEM DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA, QUE SE REGISTRA EN OTRO APARTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA), Y EVALÚA SU IMPLANTACIÓN (99,6%), CONFIRMADA EN LA EVALUACIÓN (100%).
- ✓ EL PINCELADO CON CLORHEXIDINA AL 2% Y LA ELIMINACIÓN CORRECTA DEL CABELLO NO ESTÁN INCLUIDOS EN LVQ, PERO SÍ EN LOS 'REGISTROS DE ENFERMERÍA' ('PINTADO' Y 'RASURADO'), Y ESTÁN CUMPLIMENTADOS AL 97,5% Y 100% EN LA MUESTRA EVALUADA.
- ✓ EN CALIDAD PERCIBIDA, EL HOSPITAL HA PUESTO EN MARCHA 4 ACCIONES DE MEJORA Y CUMPLE OBJETIVOS EN LAS ÁREAS PRIORITARIAS DE CONSULTAS EXTERNAS, URGENCIAS Y CIRUGÍA AMBULATORIA, PERO NO EN HOSPITALIZACIÓN.
- ✓ EL HOSPITAL HA REALIZADO UN PROYECTO DE MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN URGENCIAS.
- ✓ LA HISTORIA CLÍNICA DISPONE DE ESCALAS Y REGISTROS DE VALORACIÓN DEL DOLOR Y EL HOSPITAL HA EVALUADO SU CUMPLIMENTACIÓN.
- ✓ EL HOSPITAL HA DESARROLLADO 5 LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR, INCLUIDAS LAS PRIORITARIAS, Y HA PRESENTADO 2 FICHAS DE BUENA PRÁCTICA.