



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

2020

Centro Sanitario
Hospital General de Villalba

Fecha: **Junio 2021**

Plan de Evaluación Sanitaria 2021



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

Guadalupe Mata Calbacho



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 y Cooperación Sanitaria, 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:

Promover la mejora de la seguridad del paciente en el hospital .

Impulsar el compromiso de los equipos directivos con la seguridad del paciente

Identificar áreas de mejora para optimizar la seguridad del paciente quirúrgico

Fomentar las actuaciones para mejorar la calidad percibida

Fomentar actuaciones para la mejora de la atención al dolor

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 mantuvo el 8 de junio una conversación con la coordinadora de calidad del Centro, al objeto de informar de la evaluación y solicitar envío de los documentos necesarios para realizarla, evitando por la situación de pandemia las comprobaciones mediante visita al Hospital.



INDICADORES DE CALIDAD

1. Promover la mejora de la seguridad del paciente en el hospital

1.1. Funcionamiento de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios.

- Nº de reuniones de la UFGRS mantenidas en el último trimestre1

Actuación prioritaria:

- Examinar actuaciones de seguridad en relación con el SARS- Cov 2, identificando buenas prácticas.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta/ objetivo: Realizar al menos 1 reunión de la unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios en el último trimestre del año donde se aborde la actuación prioritaria.

Verificar que se ha celebrado la reunión, y señalar que actuaciones de seguridad en relación con el SARS Cov-2 se han tratado.

Verificación:

Se ha mantenido una reunión de la UFGRS el 18/11/2020 que se justifica documentalmente mediante la presentación del ACTA.

Uno de los puntos que se trataron fue: **“Buenas prácticas en Seguridad del Paciente frente al COVID”** que se estableció como objetivo de seguridad para cada Unidad y Servicio.

42 Unidades y Servicios enviaron una ficha con las buenas prácticas de Seguridad del Paciente implantadas frente al SARS-COV2. Con esta información el Comité Permanente elaboró un documento que recoge todas **las buenas prácticas**. En el acta se explica que este documento “será presentado en la UFGRS”. Se verifica en el Acta de 27/1/2021 de la reunión de la UFGRS la presentación de este documento.

Se verifica una de estas actuaciones:

“Diferenciación de pacientes sospechos de COVID en el Servicio de Urgencias implantada a partir de 1/4/2020”:

Se evidencia el proyecto de Urgencias de diferenciación de pacientes con sospecha COVID y pacientes no COVID, desde su registro en Admisión (pantallazos del QUENDA que es la máquina donde el paciente introduce su tarjeta y le va dando las indicaciones correspondientes), como la diferenciación de ubicación en salas de espera “parceladas” por colores en función del motivo de urgencia (Pantallazos)



2. Impulsar el compromiso de los equipos directivos con la seguridad del paciente

2.1. Rondas de seguridad en servicios prioritarios.

- Número de rondas de seguridad realizadas3

Observaciones y Comentarios

Meta/objetivo: Realizar al menos una ronda de seguridad donde se aborde la seguridad del paciente en relación con el impacto del SARS Cov-2 en las áreas de urgencias, o UCI o unidades de cuidados respiratorios intermedios.

Verificar que la ronda está realizada, documentada y evaluada.

Verificación:

Se verifican las actas de las tres rondas de seguridad incluidas en los objetivos:

Ronda de Hospitalización: 19-11-20

Ronda de UCI Planta 0: 25-11-20

Ronda de Urgencias: 03-12-20

Se verifica en el Acta de la Ronda de seguridad en la UCI, el contenido del acta, si se ha abordado la seguridad del paciente en relación con el COVID19 y si ha sido evaluada posteriormente y/o se han corregido los objetivos de una ronda anterior:

1.- La seguridad del paciente en relación al SAR Cov-2 no está recogida como tal en los puntos del orden del día sin embargo se trata a lo largo de la Ronda en dos apartados:

Punto 3, apartado e) Adaptación de los proyectos Zero con el COVID 19.

Punto 5: Presentación a la Dirección de dificultades y ruegos. Se hace referencia a la formación de personal trasladado a UCI durante la pandemia y la mejora durante la segunda ola por lo que no aparecieron contaminaciones ni brotes cruzados entre pacientes.

2.- En el punto segundo se contempla la "Puesta al día y desarrollo de los proyectos de 2019:

Hay 9 propuestas de la ronda de 2019 que se evalúan en esta. De ellas:

- 4 se considera que han quedado resueltas del todo

En el resto se han realizado actuaciones, quedando pendientes algunos puntos de los propuestos en 2019.

Se verifica una de las actuaciones que en el ACTA indica que queda resuelta: Proyecto bacteriemia Zero mediante evidencia: Pantallazo del registro en BICU relacionado con bacteriemia que se realiza por paciente y turno.

En el acta se incluyen también:

Los nuevos proyectos , y la revisión de incidentes de seguridad de la UCI con las actuaciones llevadas a cabo para su resolución y/o las propuestas en su caso



3. Identificar áreas de mejora para optimizar la seguridad del paciente quirúrgico

3.1 Informe sobre la auditoria de cirugía segura.

- Informe elaborado identificando las áreas de mejora de la auditoría de cirugía segura, señalando si están corregidas o elaborada ficha de seguimiento para su correcciónSI
- Se han llevado a cabo acciones de mejora de acuerdo a las áreas identificadas en la auditoría.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Elaboración de un Informe que recoja las acciones de mejora llevadas a cabo o previstas de acuerdo a las áreas de mejora identificadas en la auditoria de cirugía segura.

Se verificara alguna de las acciones realizadas por el centro , considerándose cumplida cuando aunque no esté implementada, esté planteada para 2021.

Verificación:

Se han identificado 6 Acciones de Mejora consecutivas a la auditoría de Cirugía Segura. Están recogidas en un documento excell donde se especifica el Calendario para la ejecución de las actividades que contempla la solución propuesta para 2020-2021.

(Verificar alguna de las acciones de mejora, considerándose cumplida aunque no esté implementada, si está planteada para 2021)

En cuatro de ellas indica que ya ha sido realizada. Se verifica una de estas:

“Actualización protocolo de normogluemia con alcance a todos los pacientes, no solo a los diabéticos”.

Verificación:

- Documento de agosto de 2020 revisión del protocolo anterior (de septiembre de 2017) por parte del Director del Bloque Quirúrgico y Jefe de Anestesiología, y de DUE de Anestesiología.
- Aprobación por Dirección asistencial en diciembre 2020.
- Presentación y aprobación en Reunion de UFGRS de enero 2021



4. Fomentar actuaciones para mejorar la calidad percibida

4.1 Funcionamiento del Comité de Calidad Percibida.

- Nº total de reuniones del Comité de Calidad Percibida.....2
- Nº acciones de mejora de la calidad percibida14

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos, mantener una reunión del Comité de Calidad Percibida en el último trimestre de 2020.

Se verificará mediante acta, las reuniones mantenidas.

También habrá que verificar alguna de las acciones de mejora en cualquiera de las áreas (urgencias, consultas externas, hospitalización, cirugía ambulatoria). Se considerará cumplido el objetivo su plan-teamiento para 2021, aunque no se haya implementado en 2020.

Verificación: .-

Se verifican las actas de las dos reuniones del Comité de Calidad Percibida:

Acta de reunión CCP 1-2020: 28/1/2020

Acta de reunión CCP 2-2020: 22/9/2020

No se ha mantenido reunión del CCP en el ultimo trimestre, pero se considera para la verificación el ACTA de la reunión mantenida el 22 de septiembre de 2020.

En el ACTA se enumeran una serie de actuaciones de mejora, pero no se especifica si son propues-tas, están planteadas o están realizadas, ni en si caso cronograma o unidad/persona responsable.... Consultado el caso, la responsable de calidad nos indica que están realizadas. Por lo que se solicita evidencia de una de ellas:

De estas acciones, se elige para verificar, por su relación con la pandemia, la puesta en marcha del **proyecto de entrega de medicación a domicilio** para que los pacientes no tuvieran que acudir al hospital. Se evidencia mediante una serie de correos.

2.- Por otra parte el centro presentó un documento con las **Acciones de Mejora consecutivas a la Encuesta de Satisfacción 2019** en las cuatro areas (urgencias, consultas externas, hospitalización, cirugía ambulatoria).

Dentro del Area de Hospitalización se evidencia

-la existencia del **Protocolo y registro de pertenencias de los pacientes hospitalizados**. Realizada la revisión por el Servicio de Atención al paciente e información en marzo 2020 y aprobado por Direc-ción asistencial en abril 2020 y

-pantallazo en la Historia del paciente donde aparece el formulario..



5. Fomentar actuaciones para la mejora de la atención al dolor

5.1 Funcionamiento del Comité del dolor.

- Número total de reuniones del Comité del dolor.....3

Actuación prioritaria

- Medición del dolor en pacientes SARS Cov-2.....SI
- Actuaciones para favorecer la continuidad asistencial con atención primaria.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Mantener al menos una reunión en el último trimestre del 2020, donde se aborden los temas de actuación prioritaria.

Se verificará mediante acta las reuniones mantenidas, y además habrá que verificar 2 líneas de actuación de las consideradas prioritarias.

Verificación:

1.- Se verifican documentalmente las actas de las tres reuniones del Comité de Atención al Dolor:

Acta de reunión CAD 14/01/20

Acta de reunión CAD 21/02/20

Acta de reunión CAD 12/11/20

En las tres reuniones hay representación de Atención Primaria y se trata la coordinación de Atención Primaria con la Unidad del Dolor.

En el acta correspondiente a noviembre 2020 se incluye como objetivo las actuaciones en atención al dolor relacionadas con la situación derivada del COVID

2.- El centro presenta un documento de situación del Comité de Atención al Dolor a fecha 31 de diciembre de 2020. En él se detallan las líneas de actuación desarrolladas y los objetivos que han quedado pendientes al no poder ser abordados durante 2020 debido a la pandemia.

Dentro de las líneas de actuación se han verificado las dos incluidas en las prioritarias:

1.- Protocolo de derivación desde AP a la Unidad del Dolor: Elaborado protocolo por el Responsable de la Unidad del dolor y Jefe de Servicio de Anestesiología y aprobado por Dirección asistencial en marzo 2020. Se mantuvieron antes del inicio de la pandemia reuniones en el Centro de Salud de Villalba Estación y se habían propuesto también en otros centros que no se pudieron realizar. Se difundió el protocolo a los Centros de Salud a través del Portal de Atención Primaria que comparten ambos ámbitos asistenciales.

Se verifica:

- Fotografía del Portal de Atención Primaria donde se almacenan los documentos compartidos con el hospital y desde donde se accede al Protocolo de derivación a la Unidad del dolor
- Documento: Protocolo de derivación a Unidad del Dolor del Hospital Universitario General de Villalba desde Atención Primaria.



2.- Desde la Dirección Asistencial del Hospital se solicitó el 30 de octubre de 2020, a todos los Jefes de Servicio que remitiera **actuaciones desarrolladas con sus pacientes COVID** en relación con el dolor. En un documento se detalla la respuesta de cada servicio.

Se verifican los correos electrónicos enviados desde la Dirección asistencial a los Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería y cuatro correos de respuesta correspondientes a los Servicios de Urología, Pediatría, Reumatología y Urgencias con las actuaciones propuestas.



CONCLUSIONES

Promover la mejora de la seguridad del paciente en el hospital

La Unidad Funcional de Riesgos ha mantenido al menos una reunión en el último trimestre, y en ella se ha revisado 42 Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente implantadas por las diferentes unidades y servicios frente al COVID, verificándose la correspondiente a diferenciación de pacientes sospechosos de COVID en el Servicio de Urgencias implantada a partir de 1/4/2020.

Impulsar el compromiso de los equipos directivos con la seguridad del paciente

En el Hospital se han realizado tres Rondas de Seguridad en las Áreas de: Hospitalización, Urgencias y UCI. En las tres se verifica que se aborda la Seguridad del Paciente en relación con el impacto del SARS Cov-2.

Se verifica el contenido de la Ronda de Seguridad de la UCI, se comprueba la presencia de miembros del equipo directivo y se valora que se realiza seguimiento de la ronda anterior para ver los temas que se han abordado y los que quedan pendientes.

Se verifica uno de los apartados que en el ACTA indica que queda resuelto: Proyecto bacteriemia Zero.

Identificar áreas de mejora y optimizar la seguridad del paciente quirúrgico

Se verifica la existencia de un informe que recoge la identificación de 6 líneas de mejora consecutivas a la auditoría de Cirugía Segura. En el mismo documento se especifica el calendario para su ejecución.

Se ha verificado una de las que aparecía como ya realizada: "Actualización de protocolo de normoglucemia con alcance a todos los pacientes, no solo a los diabéticos"

Se verifica la presencia documental del protocolo, revisión y mejora del anterior, aprobado por el Director Asistencial y presentado y aprobado por la UFGRS



Fomentar las actuaciones para mejorar la calidad percibida de los usuarios

El Comité de Calidad Percibida se ha reunido dos veces durante 2020, siendo la segunda reunión el 22 de septiembre de 2020, que se acepta como reunión mantenida en el último trimestre.

Se verifican dos de las acciones de mejora: Proyecto de entrega de medicación a domicilio, y la puesta en marcha del Protocolo y registro de pertenencias de los pacientes hospitalizados.

Fomentar actuaciones para la mejora de la atención al dolor

Se verifica la existencia de las ACTAS de las tres reuniones de atención al dolor

En las tres reuniones hay participación de Atención Primaria y se tratan temas relacionados con la coordinación entre Atención Primaria y la unidad del dolor.

En el acta correspondiente a noviembre de 2020 se incluye como objetivo, las actuaciones en atención al dolor relacionadas con COVID.

Se verifican dos acciones concretas dentro de las líneas prioritarias:

- Protocolo de derivación desde Atención Primaria a la Unidad del Dolor
- Actuaciones desarrolladas en los Servicios con los pacientes COVID en relación con el dolor.