
Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial Año 2019

Centro Sanitario
Hospital Universitario Infanta Elena

Fecha: octubre 2020

Plan de Evaluación 2019-2020

Equipo de Evaluación

Pilar Fdez-Cuervo Alonso

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	10
2.3. Mejorar la calidad percibida.....	12
2.4. Optimizar la atención al dolor	14
3. Conclusiones	16

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

Se contactó telefónicamente con la Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Infanta Elena y se solicitó por correo electrónico la información precisa que permitiera llevar a cabo la verificación de los objetivos del programa.

Dada la situación epidemiológica actual de la pandemia covid-19 la verificación no se ha efectuado de manera presencial, sino que se ha procedido a la revisión de la documentación remitida por el hospital, y parte de la evaluación se ha realizado on line mediante reunión virtual a través de la aplicación Microsoft teams, y con acceso a la historia clínica electrónica.

Entrevistas

- Coordinadora de Calidad y Gestión ambiental (por teléfono y de forma telemática mediante microsoft teams).
Subdirectora de enfermería (de forma telemática mediante microsoft teams).
- Supervisora del Bloque quirúrgico (de forma telemática mediante microsoft teams).

Análisis Documental

1. Seguridad del paciente:

- Informes de los servicios de COT, nefrología y Urgencias sobre el objetivo “evitar o reducir prácticas innecesarias.
- Ficha-Informe sobre el objetivo “evitar el sondaje vesical innecesario”.
- Proyecto de Algoritmos de solicitud de pruebas complementarias en el estudio preoperatorio.
- Seguimiento de las dosis impartidas a pacientes en TC de la FJD y comparación con un TC con reconstrucción iterativa (HUIE).
- Mapa de riesgos elaborado por el Servicio de Urgencias.
- Actas de las Rondas de Seguridad celebradas en 2019 en las siguientes áreas: UCI, Bloque quirúrgico, Radiología, Urgencias, Hospital de Día Oncohematológico, Neonatología y Bloque Obstétrico.

2. Prácticas Seguras

- Resultado de la autoevaluación del LVQ en todas las intervenciones de mayo 2019.
- Protocolo de Profilaxis antibiótica quirúrgica.
- Protocolo de Preparación del paciente quirúrgico.

3. Calidad percibida

- Ficha con la enumeración de las 25 Acciones de Mejora consecutivas a la Encuesta de Satisfacción 2018.
- Descripción del Proyecto “Cuidando la transición: de niño a adulto siempre acompañado”.
- Presentación del Proyecto “Cuidando la transición: de niño a adulto siempre acompañado”.
- Informe 2019 del Proyecto “Cuidando la transición: de niño a adulto siempre acompañado”.
- Cartel con las palabras “STOP. No entrar, espere a ser atendido” en diferentes idiomas.
- Documento “Dignidad y Humanización en Cuidados paliativos y Geriátrica. Cuestionario ‘This Is Time’(TIME).

- Presentación del proyecto “Tu enfermera a un click”, no se valora por tratarse de un proyecto corporativo, no del HUIE.
- Documento “Propuestas de mejora del Servicio de Urgencias”.
- Presentación y resultados de la “Consulta de enfermería y Fast Tarck en urgencias”.
- Motivos de consulta de Alta Resolución de enfermería en urgencias.
- Ficha de situación del Comité de Calidad Percibida, a 31 de diciembre de 2019.
- Listado de asistencias a los cursos “Formación trato al personal”, dirigidos al personal auxiliar administrativo.
- Lista de facultativos asistentes al curso de formación “La entrevista clínica”.
- Informe de resultados sobre el curso de formación “la entrevista clínica”.
- Cartel de “Normas de buena conducta en la utilización de las instalaciones del HUIE”.
- Documento “Proyecto de accesibilidad cognitiva. Cuadernos de anticipación con pictogramas”.
- Documento “Manual del trato y tratamiento. Cómo quieres ser tratado”.

4. Atención al Dolor

- Ficha de la buena práctica en Atención al Dolor “Analgesia postoperatoria a domicilio en pacientes con cirugía ambulatoria”.
- Actas del Comité de Atención al Dolor, de fechas 25/02/2019, 04/06/2019 y 17/09/2019.
- Ficha de Situación del Comité de Atención al Dolor a 31 de diciembre de 2019.

Observación Directa

La visita al hospital no se ha llevado a cabo, ha sido descartada debido a la situación actual por la pandemia covid-19.

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 Paciente5
- 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:

Actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias:

1.- Por parte del hospital se certifica por correo electrónico que **22 servicios** (de los 31 servicios de que dispone el hospital) han definido actuaciones para reducir prácticas innecesarias”.

Se opta por evaluar el objetivo en 3 de ellos: Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Nefrología y Urgencias, aportando el hospital informes en los que se ha podido constatar.

- COT.- Atendiendo a las recomendaciones de “no hacer” establecidas por la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, se eligió la primera propuesta: No demorar la cirugía de la fractura de cadera del anciano más de 48 horas en ausencia de contraindicación médica formal. A noviembre de 2019, el 83,7% de pacientes intervenidos, lo fueron en menos de 48 horas.

- Nefrología.- Evitar venopunciones en planta para extracción de análisis programados en pacientes en programa de hemodiálisis crónica que se encuentren hospitalizados, intentando hacer coincidir todas las extracciones posibles con las sesiones de diálisis, aprovechando la conexión para el inicio del tratamiento de diálisis para la realización de esas pruebas. Para ello se solicitó la asignación de terminales de lectura a la unidad de diálisis que comenzaron a utilizarse en abril 2019, lo que permite registrar las muestras obtenidas en diálisis directamente desde la aplicación Casiopea (al igual que en todo el hospital), y de esa manera no tener que imprimir la petición y enviarla por bala al laboratorio, como se hacía antes.

- **Urgencias.**-A los pacientes portadores de PICC/PORTACATH no se les canaliza vvp, se utiliza el uso de los mismos tanto para la extracción de sangre como para la administración de medicación.

2.- Implantación de acciones para evitar el sondaje vesical innecesario. Se aporta informe que permite comprobar su puesta en marcha.

Liderado por Medicina Preventiva, se inicia en 2019 el objetivo “Disminuir la prevalencia de pacientes sondados, así como la media de día de sonda uretral”, orientado a reducir el porcentaje de pacientes sondados en al menos un 2% así como la reducción de media de utilización de sonda uretral en al menos 2 días. Como punto de partida se aplica en 6 servicios médicos y 3 servicios quirúrgicos, tras analizar la prevalencia de pacientes sondados y la media de días de sondaje, se elabora banner con información sobre sondajes innecesarios que se cuelga en las pantallas de los ordenadores, se procede a la adaptación del formulario en CASIOPEA según el protocolo y se realiza el seguimiento de indicadores apreciándose a final de año una disminución en la prevalencia de pacientes sondados.

Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes:

3.- A partir de mayo 2019, por el Sº de Anestesiología y Reanimación se inició el Proyecto de Algoritmos de solicitud de pruebas complementarias en el estudio preoperatorio, apreciándose una disminución de un 38% en EKG y de un 35% en Rx tórax, respecto a 2018.

4.- Se ha llevado a cabo en el periodo abril-mayo 2019 un estudio comparativo de la dosis de radiaciones ionizantes de la nueva TC de última generación (con reconstrucción iterativa) del Hospital Infanta Elena con uno similar, pero no de última generación, de la FJD (uno de los hospitales del mismo grupo), con protocolos similares en ambos equipos, observándose una disminución de dosis de radiación ionizante estadísticamente significativa fundamentalmente en los estudios abdominales, concluyéndose que la reconstrucción iterativa (RI) disminuye notablemente las dosis en los protocolos de cuerpo.

Los informes aportados por el hospital permiten verificar estas dos actuaciones.

Elaborar mapas de riesgos en los servicios de urgencias:

5.- Se aporta mapa de riesgos elaborado por el Servicio de Urgencias, en el que se comprueba el plan de acción con las medidas a implantar en los riesgos identificados con factor de riesgo alto: “Error en la administración de la medicación en urgencias” y “Diagnóstico incorrecto de politrauma”.

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

• Número total de Rondas de Seguridad realizadas.....	12
• Número de rondas UCI.....	2
• Número de rondas Bloque Quirúrgico	2
• Número de rondas Radiología-Radiología intervencionista.....	1
• Número de rondas Urgencias	2
• Número de rondas otros servicios.....	5
• 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: 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:

Se aportan las actas de 7 Rondas de Seguridad en áreas prioritarias:

- 2 en el Bloque quirúrgico (14/02/2019 y 04/07/2019)

- 2 en la UCI (06/03/2019 y 03/12/2019)

- 2 en Urgencias (03/03/2019 y 16/10/2019)

- 1 en Radiología, se aporta el acta de constitución de fecha 13/01/2020. Se da por válida dado que, según la información aportada por el hospital, por imposibilidad de hacer coincidir agendas no pudo celebrarse en diciembre 2019, como estaba previsto.

Además, se aportan actas de 5 de Rondas de seguridad en áreas no prioritarias:

- 2 en el Bloque obstétrico (27/06/2019 y 15/11/2019)

- 2 en Hospital de Día Oncohematológico (13/03/2019 y 08/05/2019)

- 1 en Neonatología (16/05/2019)

En todas las actas se verifica la asistencia a las reuniones de algún miembro del equipo directivo o responsable clínico, así como que se han tratado temas relacionados con la seguridad del paciente, y se han identificado objetivos de mejora (algunos ya alcanzados y otros aún en proceso).

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 (n° intervenciones con LVQ/ n° intervenciones estudiadas*100) 94,68% **(1)**
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra de nuestra evaluación).....116
- Índice muestra (n° intervenciones muestra con LVQ/ n° total intervenciones muestra*100) 98,27% **(2)**
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica* Sí

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.cirugiasegura.es/>)

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

(1) La evaluación llevada a cabo por el propio hospital incluye el 100% de las intervenciones realizadas en el mes de mayo de 2019 (un total de 883 IQ) y arroja un resultado del 94,68% de IQ con LVQ implantado.

(2) La verificación se realiza mediante visualización de forma telemática a través de microsoft teams de la historia clínica en Casiopea y del LVQ. Se selecciona una muestra aleatoria de 116 intervenciones llevadas a cabo en mayo de 2019 (10 intervenciones de cada especialidad quirúrgica, a excepción de CTO que solo realizó 6 intervenciones en dicho periodo), y se comprueba que el 98,27% (114 intervenciones) presentaban LVQ. Las 2 IQ que no tenían cumplimentado el LVQ correspondían a la especialidad de Dermatología.

Tanto la evaluación interna efectuada por el propio hospital, como la verificación de la muestra por parte del equipo evaluador, arrojan un resultado superior al requerido (= ó > 95%).

El listado de verificación quirúrgica incluye un ítem sobre “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 Sí **(1)**
- 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% **(3)**

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.

(1) El LVQ incluye el ítem sobre “profilaxis antibiótica adecuada”.

Se han revisado 32 intervenciones: 5 de cirugía de colon, 9 de prótesis de cadera y 18 de prótesis de rodilla, realizadas en el mes de mayo 2019, verificándose que en el 96,87% de ellas se administró profilaxis antibiótica (solo en 1 caso no se encontró información al respecto).

En las intervenciones de Traumatología, la profilaxis antibiótica administrada se ajustaba a las recomendaciones establecidas por la Comisión de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica (CIPPA) del hospital y recogidas en el protocolo “Profilaxis antibiótica quirúrgica”. Sin embargo, el antibiótico empleado en cirugía de colon no se ajusta al que se recomienda en dicho protocolo.

(2) El LVQ no incluye una pregunta específica sobre pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% ni sobre eliminación correcta del vello.

La cumplimentación de estas dos acciones se da por válida cuando en el LVQ se hace ‘clic’ en el apartado “aplicación del protocolo”, sin poderse diferenciar, por separado, la cumplimentación de una o de otra acción.

Se ha podido constatar que en el documento sobre “Preparación del paciente quirúrgico” se establece que la adecuada eliminación del vello sea mediante rasuradora eléctrica con cabezal de un solo uso, y que el pincelado del campo quirúrgico sea mediante clorhexidina tintada al 2%, salvo excepciones como en neonatos, menores de 2 años, partos y cirugía genitourinaria, entre otros.

Se ha verificado que el ítem “aplicación del protocolo” se encuentra implantado en el LVQ. En las 116 intervenciones quirúrgicas evaluadas su cumplimentación ha sido del 91,37% (en 106 intervenciones).

(3) Las tres medidas para la IQZ se encuentran implantadas en el 100% de los servicios quirúrgicos, y todas ellas se encuentran incluidas en el LVQ.

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 25
- Se ha realizado acción de mejora en Consultas Externas..... Sí
- Se ha realizado acción de mejora en Hospitalización Sí
- 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.

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:

El hospital define **25** acciones de mejora consecutivas a la Encuesta de Satisfacción 2018. De ellas, se han podido verificar mediante documentación las siguientes:

1.- Consultas Externas:

- Consultas de transición de pediatría a adultos.- Se inició en diciembre de 2018 y a lo largo de 2019 se citaron pacientes de las siguientes especialidades pediátricas: Gastroenterología, Cardiología, Neurología, y Nefrología.

2.- Hospitalización:

- En febrero de 2019 se implantó un cuestionario "Time" (cinco preguntas) en Cuidados Paliativos, que tiene como objetivo estudiar las correlaciones existentes entre la aplicación de cuestionario Time y los posibles efectos en la relación sanitaria con la percepción de bienestar y dignidad del paciente durante el ingreso, reduciendo como consecuencia el nivel de distress del paciente. A lo largo de 2019, ese cuestionario se pasó a 29 pacientes.

3.- Urgencias:

- Incrementar el papel de la enfermería en Urgencias: en octubre 2019 se inició un "Cambio organizativo para mejorar el servicio en Urgencias.- Nuevo rol de enfermería". Se trata de fomentar el papel de la enfermería en la Urgencia: Por un lado, se solicitan desde el triaje pruebas diagnósticas previas a la consulta médica, de acuerdo con lo establecido en las vías clínicas desarrolladas al respecto, y de esa manera se eliminan actos de poco valor y se acortan tiempos de espera innecesarios; por otro lado, se realizan consultas de alta resolución en la que se atienden algunas pequeñas patologías que se resuelven a nivel de enfermería, como picaduras, arrancamientos de sonda, heridas simples, etc. sin tener que pasar por consulta médica.

4.- Cirugía Ambulatoria:

- En la Ficha de Situación a 31 de diciembre de 2019 del Comité de Calidad Percibida, en la que se resumen las líneas de actuación llevadas a cabo dentro de los objetivos 2019, se reseña la de colocación de una pulsera informativa de ubicación automática en el bloque quirúrgico a los pacientes que van a ser intervenidos.

5.- Como acciones de mejora para todo el hospital:

- Se impartieron cursos (en septiembre, junio y diciembre 2019) sobre "Formación Trato al personal" dirigidos a personal administrativo

- Se impartió en diciembre 2019 un curso sobre "La entrevista clínica" integrado por 28 facultativos.

- Se elaboraron carteles informativos sobre "Normas de buena conducta en la utilización de las instalaciones del Hospital Universitario Infanta Elena", que se colocaron en diferentes lugares dentro del hospital, como en la entrada principal, salas de espera de consultas externas, etc.

- Proyecto de accesibilidad cognitiva.- Cuadernos de anticipación para pacientes autistas: Cuando el paciente acude por primera vez a consulta de neurología pediátrica, ya sea desde la urgencia o derivado desde AP, se facilita a los padres una guía informativa con pictogramas impresa en papel. El hospital confirma en correo electrónico que este proyecto se encuentra implantado, pero no se especifica la fecha de implantación.

- Se instalaron kioscos de acceso directo al Portal del Paciente donde imprimir informes, acceder a información de citas pendientes y cambios de las mismas, impresión de justificante de asistencia... (queda así reflejado en la Ficha de Situación a 31 de diciembre de 2019 del Comité de Calidad Percibida)

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 Servicio de Urgencia

Observaciones y Comentarios

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

Verificación:

En la Ficha de Situación a 31 de diciembre de 2019 del Comité de Calidad Percibida, en la que se resumen las líneas de actuación llevadas a cabo dentro de los objetivos 2019, queda constancia de que se realiza mapa de experiencia de pacientes del Servicio de Urgencia, específico para el área de Admisión, área médica y área de enfermería.

En este sentido, se ha podido comprobar la existencia del documento "Manual del trato y tratamiento", enfocado a la experiencia del paciente en su paso por urgencias, objetivo corporativo de Quirónsalud.

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 11
- Nº total de pacientes de la muestra UCI, Pediatría, Cirugía General, Traumatología y Obstetricia 368

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 procedió a solicitar un listado con los ingresos y altas habidos en el mes de mayo de 2019 en los servicios objeto de la verificación de la medición del dolor.

La muestra seleccionada corresponde a las altas del día 21/05/2019, resultando una muestra de 13 casos: 3 en UCI, 1 en C. General (que se descartó por no tratarse de hospitalización en planta, sino estancia breve en H. Día quirúrgico), 2 en Pediatría (1 se descartó por tratarse de un síndrome febril agudo, que no precisaba medición del dolor), 3 en Obstetricia y 4 en Traumatología. En total, el número de la muestra quedó en **11 casos**.

La medición del dolor en todos los servicios, a excepción de la UCI, se registra en Casiopea, en la parte de "valoración de enfermería" en una escala de valoración del dolor (EVA). Se pudo visualizar on line, a través de Microsoft teams, la existencia de dicha escala de dolor y el registro en cada uno de los episodios (100% de los ingresos en Pediatría, Traumatología y Obstetricia).

En la UCI (en donde también ingresan determinadas cirugías tras la intervención quirúrgica, antes de que el paciente pase a planta), para la medición del dolor se utilizan 2 escalas: VAS, en pacientes conscientes, y ESCID en pacientes no conscientes o sedados.

Se pudo visualizar on line las 3 historias de la UCI y constatar en 2 de ellas la medición del dolor en la escala VAS (66,66%). En un tercer caso no se encontró la escala VAS, la explicación que se dio por parte del hospital es que se trataba de un episodio sin dolor y de pocas horas de permanencia en UCI.

El **90,9%** de la muestra estudiada presentaba una escala de medición de dolor en el ingreso.

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

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 8

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

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:

- La buena práctica que lleva implantada desde 2018 en Atención al Dolor es la “Analgesia postoperatoria a domicilio en pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria”. Al paciente se le entrega la medicación al alta para cobertura analgésica de las primeras 48 horas, indicando de forma específica los horarios de uso de la medicación, así como las pautas de rescate. Tras la implementación, el resultado obtenido es una mejoría significativa de EVA a las 24 horas de la cirugía, de 3.25 a 2.18, como queda incorporado, junto con otros datos obtenidos, en el Acta del Comité de Atención al Dolor correspondiente a la reunión de 17/09/2019.

En la Ficha de Situación del Comité de Atención al Dolor a 31 de diciembre de 2019 quedan recogidas las siguientes líneas de actuación desarrolladas por el hospital:

- Coordinación con los referentes de Atención Primaria.- **1)** Incorporación de un facultativo de Atención Primaria, como referente, al Comité de Atención al Dolor. **2)** Se presentaron los “criterios de derivación a la unidad del dolor crónico”, para difundir esta información entre los médicos de Atención Primaria. **3)** Se analizaron conjuntamente los errores en las pautas de medicación, mal uso de la herramienta de la e-consulta, y se identificaron las necesidades de los médicos de atención primaria en cuanto a formación. **4)** En diciembre 2019 se organizó una sesión formativa-informativa sobre la organización de la unidad del dolor y la cartera de servicios de esta unidad. **5)** Se ha puesto en marcha un sistema de rotación de médicos de Atención Primaria en la Unidad del dolor, de dos semanas de duración.

- Promover la participación de los pacientes.- **1)** Con la entrega de medicación al alta en pacientes intervenidos bajo régimen de CMA y la llamada postquirúrgica, se hace al paciente partícipe de una manera activa en su tratamiento con mejor control del dolor. **2)** Se ha puesto en marcha un formulario en el Portal del Paciente para el seguimiento en el proceso de recuperación y manejo posterior del dolor tras la realización de una técnica de control de dolor en la Unidad de Dolor. Se intenta implicar activamente al paciente haciéndole parte responsable de su tratamiento y cumplimiento del plan terapéutico establecido.

- Estandarizar y difundir actuaciones en situaciones relevantes o pacientes vulnerables.- Se ha elaborado un protocolo de actuación en pequeños procedimientos en el área de pediatría.

3. CONCLUSIONES/

Indicadores de calidad asistencial

- ✓ EL HOSPITAL HA DESARROLLADO ACTUACIONES EN 22 SERVICIOS CLÍNICOS ENCAMINADAS A LA CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO DE EVITAR O REDUCIR PRÁCTICAS INNECESARIAS. DE ELLAS, SE HA PROCEDIDO A VERIFICAR LAS IMPLANTADAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, NEFROLOGÍA Y DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. ASIMISMO, SE HAN IMPLANTADO ACCIONES PARA EVITAR EL SONDAJE VESICAL INNECESARIO.
- ✓ SE HA IMPLEMENTADO UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO, APRECIÁNDOSE UNA DISMINUCIÓN DE UN 35% EN RX DE TORAX.
- ✓ CON EL FUNCIONAMIENTO DEL NUEVO TAC CON RECONSTRUCCIÓN ITERATIVA, SE HA CONSTATADO UNA NOTABLE DISMINUCIÓN DE DOSIS DE RADIACIÓN FUNDAMENTALMENTE EN LOS ESTUDIOS ABDOMINALES.
- ✓ SE HA ELABORADO UN MAPA DE RIESGOS EN EL SERVICIO DE URGENCIA, CON MEDIDAS A IMPLANTAR EN LOS DE RIESGO MÁS ALTO: “ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN URGENCIAS” Y “DIAGNÓSTICO INCORRECTO DE POLITRAUMA”.
- ✓ SE HAN LLEVADO A CABO 7 RONDAS DE SEGURIDAD EN LAS ÁREAS PRIORITARIAS Y 5 RONDAS EN ÁREAS NO PRIORITARIAS. EN TODAS LAS ACTAS SE HA PODIDO CONSTATAR LA PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO, ASÍ COMO PROPUESTAS DE MEJORA Y EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS.
- ✓ EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) SE HAYA IMPLANTADO EN EL 98,27% DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EVALUADAS, E INCLUYE UN APARTADO SOBRE “ PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA”.
- ✓ EL LVQ INCLUYE UN ÍTEM SOBRE “PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ADECUADA” QUE SE ENCUENTRA CUMPLIMENTADO EN EL 96,87% DE LAS INTERVENCIONES QUE SE HAN EVALUADO.
- ✓ EL LVQ NO INCLUYE UNA PREGUNTA ESPECÍFICA SOBRE PINCELADO CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA AL 2% NI SOBRE ELIMINACIÓN CORRECTA DEL VELLO, SE DA POR REALIZADO CUANDO SE CLICA EL ÍTEM “APLICACIÓN DEL PROTOCOLO” DEL LVQ. ESTAS DOS ACCIONES SE ENCUENTRAN PERFECTAMENTE DESARROLLADAS EN EL PROTOCOLO SOBRE PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO, DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO PARA TODO EL HOSPITAL. SU CUMPLIMENTACIÓN HA SIDO DEL 91,37% EN LA MUESTRA ESTUDIADA.
- ✓ EN 2019 SE HAN LLEVADO A CABO ACCIONES DE MEJORA EN EL ÁREA DE CONSULTAS, HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS Y CIRUGÍA AMBULATORIA. TAMBIÉN SE REALIZARON ACCIONES DE MEJORA QUE AFECTAN AL HOSPITAL EN GENERAL.
- ✓ SE HA REALIZADO MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN URGENCIAS, EN EL MARCO DE UN PROYECTO CORPORATIVO DEL GRUPO QUIRÓN SALUD.

- ✓ EL HOSPITAL DISPONE EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DEL DOLOR. EN LA MUESTRA EVALUADA, EL 90,9 % DE LOS PACIENTES TENÍAN RECOGIDA EN SU HISTORIA CLÍNICA UNA MEDICIÓN DEL DOLOR.

- ✓ EL HOSPITAL HA PUESTO EN MARCHA 8 ACTUACIONES DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR EN EL MARCO DE LAS 3 LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS.

- ✓ COMO BUENA PRÁCTICA EN ATENCIÓN AL DOLOR, LLEVA IMPLANTADA DESDE 2018 “ANALGESIA POSTOPERATORIA A DOMICILIO EN PACIENTES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA”.