



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 Rey Juan Carlos**

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

---

**Rosa María Sanz Maroto**



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

*De forma virtual el viernes día 25 de junio, se mantuvo una entrevista, mediante Microsoft TEAMS, con:*

- Responsable de Calidad*
- Director médico*
- Directora de Continuidad Asistencial.*
- Jefa Corporativa del Servicio de Medicina Preventiva.*
- Responsable de Atención al Paciente.*
- Adjunto de Medicina Preventiva.*



# 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 trimestre.....3

#### Actuación prioritaria:

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

#### 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 analizan las actas de las 3 reuniones de la UFGRS en este centro, de fechas 14/10/20, 25/11/2020 y 15/12/2020, cuyo contenido está ampliamente relacionado con la situación derivada del SARS-CoV-2, debiendo reseñarse la formación específica, el análisis de la incidencia y el especial seguimiento de las notificaciones y actuaciones llevadas a cabo de incidentes adversos.



## 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 realizadas .....1

#### 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:**

La Ronda de seguridad fue realizada el 24 Noviembre 2020, 5ª Planta Torre Universidad, en cuidados respiratorios intermedios SARS Cov-2.

En el acta constan los responsables del hospital que participaron en esta Ronda. Se abordó la Memoria de actuación Covid, el Plan de contingencia laboral, el Comité de crisis, la Mesa Covid, la implantación de test PCR para pacientes ambulantes e ingresos hasta que la incidencia baje de 25/100.000..

La siguiente Ronda se propuso para el 1 de junio de 2021.

## 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 corrección ..... Sí
- Se han llevado a cabo acciones de mejora de acuerdo a las áreas identificadas en la auditoría..... Sí



## 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 auditoría de cirugía segura.*

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

**Verificación:**

*Presentan informe con las acciones de mejora llevadas a cabo, de acuerdo a las áreas identificadas en la auditoría de cirugía segura. Se verifican las siguientes:*

- 1- El listado de verificación quirúrgica se ha introducido en versión electrónica en los móviles de los profesionales, lo que facilita su cumplimentación y seguimiento, disponiendo de un informe diario, y mensualmente en Comisión Quirúrgica se presentan los resultados de la cumplimentación. Ambos informes se comprueban documentalmente.*
- 2- En relación con la profilaxis antibiótica, se comprobó que en el 38% de los casos no se realizaba en el momento adecuado. En sesión de enfermería de la Unidad de Anestesia y Reanimación del 17/12/2020, acordaron realizar dicha profilaxis en el quirófano.*
- 3- Preparación prequirúrgica del vello: se ha puesto en uso una Aplicación móvil para ponerse en contacto con el paciente el día previo a la intervención, así como un tríptico en papel de información con la preparación prequirúrgica adecuada en domicilio, que se comprueba en la intranet del hospital*



## 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.....4
- Nº acciones de mejora de la calidad percibida .....8

#### 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 planteamiento para 2021, aunque no se haya implementado en 2020.

**Verificación:** El hospital presenta las actas de las 4 reuniones del Comité de Calidad Percibida, los días 08/09/2020 sobre Urgencias, 10/09/2020 sobre Hospitalización, 15/09/2020 sobre Consultas Externas (CCEE) y el 17/09/2020 sobre Cirugía Mayor Ambulatoria.

Se verifican documentalmente las siguientes acciones de mejora propuestas por áreas de acuerdo a los resultados de las encuestas de satisfacción del SERMAS:

**URGENCIAS:** Con el objetivo de mejorar los tiempos de espera, se verifican las siguientes acciones:

1. Señalización del Circuito de Rayos para que pacientes no dependientes lo realicen sin acompañamiento por celador.
2. Registro en CASIOPEA de los "Automatismos desde triaje", creados en función del motivo de consulta (ej. disuria y análisis de orina).
3. Información en tiempo real mediante un cuadro de mando específico que informa sobre los tiempos de espera en la Urgencia y que sirve para movilizar recursos en caso de necesidad.
4. Nuevos circuitos de atención especializada: oftalmología, geriatría y traumatología.

**CCEE:** Durante este año se han mantenido reuniones con aquellos servicios que tenían mayor número de reclamaciones o personal sanitario que tenía un NPS inferior a 60:

1. Se recuerda a los profesionales el objetivo "15 días/15 minutos" de espera, potenciando la realización de Consultas no Presenciales.
2. Mejorar el trato por parte del profesional. Se habían programado varios talleres que han sido sustituidos por Manuales de Estilo a los que se accede vía intranet.

**HOSPITALIZACIÓN:** Con el objetivo de mejorar el confort en las habitaciones:

1. Se ha implementado una aplicación que permite a las auxiliares liberar las habitaciones vacías y automáticamente se emite un mensaje que recibe el servicio de limpieza con un check list que incluye también unos ítems básicos de mantenimiento (luces, cisterna, mandos, etc.) para su reparación si procede.
2. "Habitaciones Inteligentes" (Smart Room) mediante la instalación TV's e IPAD, que permiten la comunicación por videollamada del paciente con el control de enfermería, médicos, y familiares..



Con motivo de la pandemia también se establecieron líneas de actuación desarrolladas por el Comité de Calidad Percibida para favorecer la comunicación de los pacientes.:

“Plan de Atención Psicológica a pacientes aislados y Plan de atención al Duelo”, que protocolizaba las videollamadas diarias , las llamadas de despedida y el establecimiento de un circuito de información a familiares en fin de semana y festivo. Todo ello incluido en el Protocolo, que se aporta “Iniciativas que humanizan”..

## 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.....4

#### 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:** El comité de Dolor ha realizado cuatro reuniones el 09/01/2020, 19/03/2020, 18/06/2020 y 06/11/2020. Dichas actas están disponibles en la Intranet, circunstancia que es acreditada visualmente.

En las líneas de actuación consideradas prioritarias, el Hospital ha documentado las siguientes actuaciones:

#### **Línea 1:** Continuidad con Atención Primaria.

En el año 2020, durante la pandemia, se han realizado entre AP y la Unidad del Dolor 231 e-consultas. En el año 2019 fueron 152, por lo que el incremento en 2020 ha sido del 34%. Nos han mostrado la gráfica de seguimiento.

**Línea 2:** Actuaciones realizadas en atención al dolor, preferentemente en relación con la situación derivada de la pandemia por el SARS-CoV-2. Se comprueba una de ellas:

- Se han desarrollado Formularios del Dolor en la historia clínica electrónica durante la pandemia. Dichos formularios se remiten al portal del paciente para su cumplimentación. Si el paciente no mejora, se le llama por teléfono y se ofrece una alternativa. Se comprueba la existencia de los formularios en la intranet.



## CONCLUSIONES

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

---

- ✓ *EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HA MANTENIDO 3 REUNIONES EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE, EN LAS QUE SE HAN TRATADO LAS ACTUACIONES DE SEGURIDAD EN RELACIÓN CON EL SARS-COV-2.*

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

---

- ✓ *SE HA REALIZADO 1 RONDA DE SEGURIDAD, DOCUMENTADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS, TORRE UNIVERSIDAD.*

### Identificar áreas de mejora y optimizar la seguridad del paciente quirúrgico

---

- ✓ *EL HOSPITAL HA APORTADO INFORME CON LAS ACCIONES DE MEJORA EN RELACIÓN CON LAS ÁREAS IDENTIFICADAS EN LA AUDITORÍA DE CIRUGÍA SEGURA..*

### Fomentar las actuaciones para mejorar la calidad percibida de los usuarios

---

- ✓ *EL COMITÉ DE CALIDAD PERCIBIDA HA ACREDITADO 4 REUNIONES*
- ✓ *SE HA COMPROBADO LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA EN URGENCIAS, CONSULTAS EXTERNAS, Y HOSPITALIZACIÓN .*

### Fomentar actuaciones para la mejora de la atención al dolor

---

- ✓ *EL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR HA MANTENIDO 4 REUNIONES.*
- ✓ *SE HAN LLEVADO A CABO ACCIONES DE MEJORA EN LAS DOS LÍNEAS CONSIDERADAS PRIORITARIAS.*