



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 Universitario Torrejón**

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

# Evaluador

---

**Javier Morón Merchante**



# 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.

---

*Tras el análisis de la documentación aportada, la verificación de los resultados y la obtención de evidencias se ha llevado a cabo mediante el intercambio de información y el acceso online a la web del Hospital Universitario de Torrejón (HUT), en la reunión virtual (17/06/21) celebrada, por microsoft TEAMS, con la Coordinadora de Calidad HUT.*



# 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.....2

#### *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 (UFGRS) 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 2 reuniones del Comité de Seguridad del Paciente HUT, equivalente a la UFGRS en este centro, de 26/10/20 y 24/11/20, cuyo contenido está ampliamente relacionado con la situación derivada del SARS-CoV-2, debiendo reseñarse la formación específica relacionada con higiene de manos y la utilización de medidas de protección, el análisis de la incidencia y el especial seguimiento de las notificaciones relacionadas en el sistema CISEM.



## 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 .....10

#### 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 constata la existencia de actas de 10 Rondas de Seguridad; en las unidades priorizadas:

- UCI (2): 26/08/20 y 6/10/20

- Hospitalización (U. Cuidados Respiratorios :Intermedios) (3): 25/08/20, 21/09/20 y 23/12/20

- Urgencias: 24/08/20

y en Bloque Quirúrgico (2): 28/08/20 y 17/09/20, Consultas Externas: 27/08/20 y General: 23/12/20

Se comprueba el abordaje SP relacionado con impacto del SARS-CoV-2 en las reuniones de Hospitalización, UCI y Urgencias, donde se analiza la incidencia y la adecuación de los profesionales al protocolo de uso de EPP (equipos de protección personal), se identifican barreras y se proponen acciones de mejora con cronología, responsable e indicador de evaluación.

## 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:**

*Se aporta 'Plan de Mejora - Objetivos de Calidad: Seguridad Quirúrgica. Resultados 2019 (Torrejón)', con la acción de mejora propuesta: 'Recordatorio de la necesidad de la inclusión de los ítems como necesidad normativa de la CM', configurado como aviso dirigido a profesionales al cumplimentar el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) electrónico,*

*Se comprueba la existencia del Formulario de Solicitud de la Actuación, que contiene ítems e indicaciones a modificar en la pantalla de Seguridad Quirúrgica de la Historia Clínica Electrónica (Florence) y está pendiente de implementar.*



### 3. Fomentar actuaciones para mejorar la calidad percibida

#### 4.1 Funcionamiento del Comité de Calidad Percibida.

- Nº total de reuniones del Comité de Calidad Percibida.....5
- Nº acciones de mejora de calidad percibida .....5

#### 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:**

El hospital presenta actas de las 5 reuniones del Comité de Experiencia HUT, denominación dada en el centro al Comité de Calidad Percibida (CCP), de los días 21/07/20, 21/09/20, 20/10/20, 18/11/20 y 21/12/20, tres de ellas en el último trimestre del año.

Las acciones de mejora propuestas por áreas son las siguientes:

1. Urgencias: Realización de triaje avanzado, a implementar en 2021.

2. Consultas Externas:

- Identificar especialidades con mayores tiempos de espera desde la llegada en relación a la hora de cita para reducir estos tiempos. (1er semestre 2021)

- Potenciar YoSalud para potenciar citas y cambio de citas de forma autónoma. 2020

3. Hospitalización: Realizar catas periódicas (restauración). 2020

Se constata la existencia de informe con el resultado de 2 catas realizadas en diferentes meses en el área de Hospitalización.

4. Cirugía Ambulatoria: Protocolizar la información dada al paciente e incluirla en YoSalud (1er semestre 2021)

Se ha verificado la disponibilidad de carteles informativos a pacientes CMA, fomentando su asistencia a la cirugía, tras el incremento de renuncias y absentismo en la programación quirúrgica en tiempos de pandemia.(Cirugía Ambulatoria).



## 4. 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 .....2

#### Actuación prioritaria

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

#### 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:**

Se presentan actas de las 2 reuniones del Comité de Atención al Dolor, realizadas los días 18/06/20 y 23/09/20, esta última pocos días antes del último trimestre, en las que se abordan los temas prioritarios descritos a continuación.

En las Líneas de actuación consideradas prioritarias, HUT ha informado de las siguientes actuaciones

*Línea 1: Continuidad con atención primaria (elaborar criterios de derivación o relación, puesta en marcha de e-consulta, utilización de otros medios telemáticos, etc.)*

- Elaboración del Manual de Gestión del Dolor del HUT con un tema dedicado a la relación entre atención primaria y especializada en el abordaje del dolor

- Abierta la e-consulta desde julio de 2020

Se ha constatado la existencia y disponibilidad del 'Manual de Gestión del Dolor del HUT', aprobado con fecha 22/03/21. en la web del hospital, así como que incluye un apartado específico de 'Manejo de Dolor en Atención Primaria' (4.1.9)

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

- Sesión webinar "Dolor crónico en tiempos de pandemia" 21/10/2020

- Elaboración del Manual de Gestión del Dolor del HUT

- A partir del mes de abril y por motivo del cierre de consultas externas por la Covid19, iniciamos consultas no presenciales y hemos dado apoyo al resto de especialistas en hospitalización para manejo del dolor

Se comprueba en la web, la convocatoria y contenido de la sesión webinar 'Dolor crónico en tiempos de pandemia', de 21/10/20, dirigida a todo el personal, con información sobre la situación de la pandemia y el manejo del dolor.



## CONCLUSIONES

- ✓ EL HOSPITAL HA CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD EVALUADOS.

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

---

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

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

---

- ✓ SE HAN REALIZADO 10 RONDAS DE SEGURIDAD, INCLUIDOS LOS SERVICIOS PRIORITARIOS (UCI: 2, HOSPITALIZACIÓN: 3 Y URGENCIAS:1), DEBIDAMENTE DOCUMENTADAS, EN LAS QUE SE ANALIZA IMPACTO Y SEGURIDAD ASOCIADA AL SARS-CoV-2, CON PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

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

---

- ✓ EL HOSPITAL DISPONE DE 'PLAN DE MEJORA DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA', CONSECUENTE A LA AUDITORÍA 2019, Y HA PUESTO EN MARCHA LA ACCIÓN DE MEJORA PROPUESTA.

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

---

- ✓ SE HAN EFECTUADO 5 REUNIONES DEL COMITÉ DE EXPERIENCIA, 3 EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE.
- ✓ EL HOSPITAL HA DESARROLLADO ACCIONES DE MEJORA EN CONSULTAS EXTERNAS, HOSPITALIZACIÓN Y CIRURÍA AMBULATORIA EN 2020, Y PLANIFICADO OTRA EN URGENCIAS PARA 2021.

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

---

- ✓ EL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR HA TENIDO 2 REUNIONES.
- ✓ SE HAN LLEVADO A CABO ACCIONES DE MEJORA EN LAS 2 LÍNEAS CONSIDERADAS PRIORITARIAS.