



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

2021

Centro Sanitario
Hospital Universitario de Torrejón

Fecha: mayo 2022

Plan de Evaluación Sanitaria 2022



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, 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:
Mejorar la calidad percibida por parte del ciudadano.

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

Impulsar las prácticas seguras en cada centro.

Desarrollar la gestión de calidad.

Fomentar actuaciones para la mejora de la atención al dolor.

Metodología y Actuaciones.

- Análisis de documentación remitida por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA) y por el Hospital en relación con los objetivos de calidad y actuaciones de mejora.
- Visita al Hospital el martes día 5 de abril.
- Reunión con responsables de calidad y de seguridad del paciente del Hospital Universitario Torrejón (HUT).
- Entrevistas con las supervisoras de urgencias, quirófano y UCI y jefe de servicio de anestesia.
- Análisis de la documentación aportada en la visita, y comprobación en la historia clínica electrónica.
- Observación directa.



INDICADORES DE CALIDAD

1. OBJETIVO: Mejorar la calidad percibida por el ciudadano

1.1. Desarrollar actuaciones para aumentar la satisfacción de los ciudadanos con la atención sanitaria recibida.

- Nº de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida desarrolladas..... 6
- Constatación de que se ha realizado alguna técnica de tipo cualitativo para conocer la opinión de pacientes y/o familiarSI
- Se ha realizado un mapa de experiencia del paciente en un área seleccionada.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta/ objetivo: Los hospitales de los grupos 1 y 2 deberán haber desarrollado 5 líneas de actuación, siendo al menos 1 técnica cualitativa y otra el mapa de experiencia. Los grupo 3, de sus 5 líneas al menos 2 cualitativas, y otra el mapa de experiencia

Verificación:

1.- Como técnica cualitativa, el día 4 de octubre de 2021, se llevó a cabo un grupo focal con pacientes ingresados. El número de asistentes fue 4. Los temas tratados fueron: Disconformidad con la asistencia, trato personal, Información clínica, habitabilidad y confort, desacuerdo con Organización y normas y recursos materiales.

En dicho grupo se recogieron las acciones de mejora sugeridas por los pacientes: 1. Mejorar la comunicación de los cuidados al alta, 2. Televisión gratuita, 3. Mejorar acceso a wifi y 4. Mejorar el trato del personal sanitario al profesional. Han aportado informe final.

2.- Mapa de experiencia del paciente en el área de **Hospitalización**. Fue realizado el 26 de octubre de 2021 junto con su Plan de acción y su seguimiento y Mapa de experiencia de **Urgencias**, elaborado en el año 2020 y cuyo Plan de acción se desarrolló en 2021 y que continúa en 2022.

En relación con el resto de líneas:

1.- Han aportado informe de fecha 28/10/2021 de encuesta de satisfacción con el servicio de restauración, llevado a cabo en los meses de julio, agosto y septiembre.

2.- Se ha realizado informe sobre el análisis de las 58 quejas/reclamaciones de pacientes recibidas durante el primer semestre de 2021.

3.- Implantación de nuevo canal QR para la realización de encuestas propias con metodología NPS en los servicios de: hospitalización, consultas externas..

4.- Plan de acción frente a reclamaciones de paciente hospitalizado y consultas externas.

5.- Curso de comunicación sanitaria dirigido a profesionales de los servicios de urgencias y supervisoras de enfermería.



2. OBJETIVO: Mejorar la seguridad clínica

2.1. Participación activa de directivos en rondas de seguridad.

• Número de rondas de seguridad realizadas.....	8
• Número de rondas en UCI realizadas	1
• Número de rondas en urgencias realizadas	2
• Número de rondas en bloque quirúrgico realizadas.....	2
• Número de rondas en unidades de hospitalización breve psiquiátrica realizadas	no aplica
• Número de rondas en otras unidades	3

Observaciones y Comentarios

Meta/objetivo: Realizar rondas en las áreas prioritarias de UCI, urgencias, bloque quirúrgico y unidad de hospitalización breve de psiquiatría. El número de rondas será 8 en hospitales grupo 3, 7 en los hospitales grupo 1 y 2 y 5 en los psiquiátricos y de media estancia.

Verificar que la ronda está realizada, documentada, evaluada y que su temática está vinculada a la seguridad del paciente.

Verificación: Han facilitado las actas acreditativas de Rondas de Seguridad en UCI (18 de mayo de 2021), Urgencias de Pediatría y General (5 de octubre 2021), Bloque Quirúrgico (16 de noviembre 2021), Hospital de día (15 de junio 2021), Radiología y Hemodinámica (17 de marzo 2021), Farmacia, (13 de abril 2021) y Bloque Obstétrico (14 de diciembre 2021). Dichos documentos constan de los siguientes ítems: relación de asistentes, fecha, área, problema identificado, fecha de detección, solución establecida, responsable y la fecha prevista para su resolución. Los temas tratados están vinculados a la seguridad del paciente.

El día de la visita realizada **el 5 de abril de 2022**, se comprobaron las siguientes acciones derivadas de las actas de Rondas obligatorias en:

- **UCI**, se identificaron los soportes para las cascadas de humidificación de los respiradores y disposición de un fisioterapeuta en horario de mañana y tarde.
- **Urgencias** se comprobó la colocación de sistema de anclaje de seguridad de la caja de opiáceos y el control de su llave por la supervisora; Ubicación del ventilador EVITA V60, la existencia de folletos informativos sobre la Atención en Urgencias y el sistema añadido por colores y adherido a la pulsera de identificación que es colocado en el triage en función del riesgo del paciente: rojo (UPP, úlceras por presión); amarillo (en caso de alergias); azul (riesgo de caídas) y verde oscuro (dificultad de comunicación).
- **Bloque Quirúrgico**, colocación de termómetros en los quirófanos, la uniformidad del personal presente dentro de los quirófanos, la existencia de botes para muestras de AP de diferentes tamaños y carteles informativos y formativos para su correcto uso e identificación de muestras.



3. OBJETIVO: Mejorar la seguridad del paciente en el Centro

3.1 Implantación de objetivos de seguridad del paciente en el Centro.

- Nº de objetivos de seguridad establecidos.....5
- Constituido un Comité para adecuación de la práctica clínicaSI
- Desarrolladas acciones para la comunicación segura con pacientes o entre profesionales.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Al menos 4 objetivos, incluidos los dos prioritarios: Constituir un Comité para mejorar la práctica clínica, y desarrollar actuaciones para la comunicación segura con pacientes o entre profesionales.

Verificación: El Comité está constituido desde el 8 de septiembre de 2021, según acta nº1 y han realizado 2 reuniones, el 19 de octubre de 2021 y el 15 de diciembre de 2021 con sus correspondientes actas.

En relación con la Comunicación Segura han desarrollado un curso de **Comunicación en Urgencias** celebrado según acta de firmas los días 18, 20 y 26 de octubre 2021 y otro de **Comunicación y Gestión de Equipos** desde el 9 al 11 de noviembre 2021.

Disponen de un Protocolo de actuación para "**Mejorar la comunicación en los relevos y transferencias**", con fecha de aprobación de 9 de junio de 2021.

Para divulgar este protocolo se realizó una acción formativa en dicho mes. El objetivo es estandarizar la comunicación entre profesionales sanitarios, tanto oral como escrita cuando se traspasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario o grupo de profesionales, bien de forma temporal (relevo, cambio de turno, de un servicio a otro para un procedimiento temporal a nivel hospitalario), o definitiva (el traslado de un control de enfermería a otro, el traslado de un servicio a otro, incluido el paso de urgencias a hospitalización a nivel hospitalario y la derivación del paciente desde su centro de salud a urgencias hospitalarias o de nuestro hospital a otro de referencia para recibir una atención temporal o definitiva).

Así mismo con fecha 31 de mayo 2021, se remitió correo institucional de difusión a todo el personal con las instrucciones a seguir en el caso de dar o recibir "**Órdenes verbales**", para evitar errores.

Los objetivos de Seguridad establecidos por el Centro y que han acreditado son:

1. Identificar activamente al paciente y gestionar sus riesgos básicos. Han aportado protocolo de fecha 16 de abril de 2021.

2. Gestionar el proceso de la medicación de manera segura. El Servicio de Farmacia a lo largo de 2021 ha desarrollado este Objetivo mediante la instauración de diversos documentos de trabajo (medicamentos de Alto Riesgo, Identificación y uso de medicamentos parecidos, Identificar vía de administración, Manejo de electrolitos concentrados y envases multidosis). También llevó a cabo un cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos.

3. Reforzar la seguridad transfusional. Se ha diseñado un cartel informativo sobre los errores en la medicina transfusional.

4. Impulsar la notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación. En julio de 2021 se llevó a cabo una acción formativa para residentes sobre notificación de incidentes y errores de medicación y se presentó el Comité asesor. Ambas acciones se difundieron mediante correo interno a todo el personal implicado del Hospital.



4. OBJETIVO: Mejorar las prácticas seguras en la organización

4.1 Impulso de prácticas seguras.

Se han llevado a cabo actuaciones de mejora de higiene de manos

- Esta disponible el preparado de base alcohólica en >95% de los puntos de atención.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Cumplir la actuación señalada anteriormente y considerada prioritaria de higiene de manos.

Verificación: Solo hay que auditar la disponibilidad en algunas camas de hospitalización de preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención.¹

Este apartado se verificó en las camas de Urgencias y UCI, comprobándose la existencia de gel hidroalcohólico en la cabecera de los pacientes.

- Nº de unidades o servicios quirúrgicos en los que están implantadas **las tres medidas obligatorias de infección quirúrgica cero (IQZ)**14(100%)

Observaciones y Comentarios

Meta: Tener implantado en > 90% de los servicios en los que les es de aplicación las medidas obligatorias de IQZ: Adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidrina alcohólica al 2%, eliminación correcta del vello.

Verificación: Se evaluaron los 14 servicios quirúrgicos mediante la selección de intervenciones realizadas en el mes de diciembre 2021, revisándose un total de 32 historias.

En todos los procesos se había registrado correctamente la necesidad o no de instaurar las medidas obligatorias para la prevención de infección quirúrgica: la profilaxis antibiótica, la eliminación del vello, cuando procede siempre es con maquinilla eléctrica y el pincelado en algunos procesos acordados, se hace con povidona yodada. El resto con clorhexidina.

- ¹ Que los PBA estén en **punto de atención** quiere decir que estén idealmente al alcance de la mano del personal sanitario o a menos de 2 metros. **Ejemplos:** recipientes fijados a la cama o mesilla del paciente, dispensadores de pared (<2m zona del paciente), en frascos de bolsillo que lleva el personal, en los carros de curas y/o medicación que se llevan al punto de atención.

No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace >2 m, ni los PBA que se transportan en carros, bateas y se quedan a > 2 m del paciente



Se administró y registró **profilaxis antibiótica**, en 12 de los procedimientos, en el resto quedó anotado “No Procede”(NP). El pincelado con **clorhexidina** procedió en 20 pacientes y en 12 se utilizó povidona yodada (según protocolo del Hospital); la retirada de vello se anotó en 4 intervenciones, en los 28 registros restantes constaba NP.

- Nº de historias con listado de verificación quirúrgica.....32(100%)

Observaciones y Comentarios

Meta: Tener implantado el LVQ en > 95% de las intervenciones quirúrgicas en las que les es de aplicación.

Verificación: Se estudiaron historias de cada uno de los servicios con actividad quirúrgica durante diciembre de 2021. En todos los servicios y procedimientos constaba el LVQ, correctamente cumplimentado.

5. OBJETIVO: Mejorar la atención al dolor

5.1 Fomentar actuaciones que mejoren la atención al dolor.

- En la historia clínica de los pacientes se recoge el dolor como quinta constante.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: Tener registrado diariamente en más del 90% de las historias la evaluación del dolor mediante escalas de valoración

Verificación: Han aportado acta de fecha 30 de noviembre del Comité de Seguridad en donde se invita a participar al presidente y secretaria del Comité del dolor para establecer acciones en conjunto para mejorar la adherencia al registro del dolor como quinta contante ya que los datos de evaluación del registro del dolor por turno durante el mes de octubre en las unidades de hospitalización no llegan al 50%, por ello, se estableció unplan de acción con sesiones formativas para enfermería, que se impulsará durante los meses de noviembre y diciembre.

Para esta evaluación, aportaron el listado de 547 pacientes ingresados en diciembre de 2021 con el registro diario del dolor según escala EVA. De las 547 historias, solo en 28 de casos no constaba el registro del dolor y de forma diaria se quedó registrado en más del 90% de las historias, bien en el turno de mañana, tarde o noche.

En la muestra citada en el apartado anterior, de las 32 historias en 4 no constaba el registro del dolor, siendo las cuatro de cirugía ambulatoria, 2 de dermatología y 2 de oftalmología.



- Nº de actuaciones desarrolladas para la mejora de la atención al dolor.....5
- Desarrollo de “buenas práctica” en atención al dolor.....SI

Observaciones y Comentarios

Meta: En los hospitales grupos 1,2 y 3 tener desarrolladas al menos 4 actuaciones incluyendo las prioritarias que son: Promover la participación y coordinación con Atención Primaria y con otros profesionales (Unidad Funcional de Riesgos), y favorecer la participación de los pacientes.

Verificación: Se aporta el acta de 5 de mayo de la reunión interdisciplinar para presentar el **Protocolo de tratamiento precoz de dolor oncológico refractario**. En dicha reunión consta que se había comprobado la puesta en marcha el **Circuito de Derivación de pacientes con dolor oncológico a la Unidad del dolor**” donde consta lo siguiente:

“Se ha establecido un Circuito preferente de atención en Unidad de Dolor a pacientes con: dolor neuropático mal controlado, cáncer de páncreas avanzado, metástasis vertebrales y dolor refractario, síndrome postmastectomía, síndrome postoracotomía y dolor refractario a altas dosis de opioides. Durante los meses de desarrollo de este circuito hemos podido comprobar una mejor coordinación entre los distintos especialistas que se encargan del tratamiento de los pacientes oncológicos”.

Aportan el díptico elaborado sobre el manejo del dolor crónico que se entrega al paciente en la primera consulta de Unidad de Dolor. Resume diferentes aspectos del dolor (tipo, tratamiento, abordaje multidisciplinar, etc.).



CONCLUSIONES

Mejorar la calidad percibida por el ciudadano

- ✓ *SE HA ACREDITADO LA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA MEDIANTE EL DESARROLLO DE 5 ACTUACIONES:*
 - *INFORME DE CONCLUSIONES DEL GRUPO FOCAL CON PACIENTES INGRESADOS, REALIZADO EL 4 DE OCTUBRE DE 2021.*
 - *ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DE RESTAURACIÓN.*
 - *ANÁLISIS DE LAS 58 QUEJAS/RECLAMACIONES.*
 - *EL DESARROLLO DE UN MAPA DE EXPERIENCIA DE URGENCIAS*
 - *DESARROLLO DE UN MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.*

Mejorar la seguridad clínica

- ✓ *LA MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE SE EVIDENCIÓ MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI, URGENCIAS, BLOQUE QUIRÚRGICO, HOSPITAL DE DÍA, RADIOLOGÍA Y HEMODINÁMICA, FARMACIA Y BLOQUE OBSTÉTRICO.*

Mejorar la seguridad del paciente en el Centro

- ✓ SE HA CONSTITUIDO UN COMITÉ PARA MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA Y DESARROLLAR ACTUACIONES PARA LA COMUNICACIÓN SEGURA CON PACIENTES O ENTRE PROFESIONALES.
- ✓ EN RELACIÓN CON LA COMUNICACIÓN SEGURA HAN DESARROLLADO UN CURSO DE COMUNICACIÓN EN URGENCIAS, OTRO DE COMUNICACIÓN Y GESTIÓN DE EQUIPOS Y DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN LOS RELEVOS Y TRANSFERENCIAS.
- ✓ Y POR ÚLTIMO SE HAN DADO INSTRUCCIONES A SEGUIR EN EL CASO DE DAR O RECIBIR “ÓRDENES VERBALES”, PARA EVITAR ERRORES.
- ✓ OTRAS ACCIONES: 1. MEJORAR EL PORCENTAJE DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS. 2. AJUSTAR LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: DE LA PCT (PROCALCITONINA).



Mejorar las prácticas seguras en la organización

- ✓ EN RELACIÓN CON ESTE APARTADO EL HOSPITAL HA RELACIONADO LOS PUNTOS DE ATENCIÓN QUE CUENTAN CON GEL HIDROALCOHÓLICO Y SE HA VERIFICADO SU EXISTENCIA EN HOSPITALIZACIÓN Y UCI.
- ✓ CON LA EVALUACIÓN DE UNA MUESTRA DE HISTORIAS CLÍNICAS SE HA EVIDENCIADO QUE ESTÁN IMPLANTADAS LAS MEDIDAS OBLIGATORIAS IQZ EN EL 100% DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS, ASÍ COMO EL USO Y CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DEL LVQ.

Mejorar la atención al dolor

- ✓ LA UTILIZACIÓN DE LA ESCALA EVA PARA MEDIR Y CONTROLAR EL DOLOR ESTÁ AMPLIAMENTE DIFUNDIRA Y A FINALES DE 2021 SE QUEDABA REGISTRADA EN MÁS DEL 90% DE LAS HISTORIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS.
- ✓ NO SE HA CONSTATADO LA PARTICIPACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA O DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS EN LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR.