



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 Central de la Defensa
Gómez Ulla

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



Comunidad
de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA

Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación

Área de Evaluación Sanitaria



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 la documentación remitida por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA) en relación con los objetivos de calidad y actuaciones de mejora implementadas, así como de la documentación adicional, Historia Clínica Electrónica (HCE) y registros obtenidos del hospital.
- Visita al Hospital el martes día 5 de abril.
- Reunión con responsables de calidad y de seguridad del paciente.



- Entrevistas con:

Secretario Técnico de Dirección (Subdirector y Coordinador de Comunicación).

Coordinadora de Calidad.

Supervisora de Urgencias.

Jefe de Anestesia.

Supervisora de Quirófano.

Supervisora de UCI.

Responsable de Medicina Preventiva.

- 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.....10
- 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.....NO

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 grupos 3, de sus 5 líneas al menos 2 cualitativas, y otra el mapa de experiencia

Verificación:

Línea 1: Conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo cualitativo. (Línea obligatoria). Se ha incorporado un sistema de evaluación continua de la satisfacción del paciente mediante **terminales informáticos con una encuesta**, en Urgencias y CCEE, donde los pacientes y familiares pueden también escribir con texto libre, su opinión y las áreas de mejora.

Las preguntas formuladas son: valore su experiencia hoy, facilidad para conseguir cita hoy, valore el tiempo de espera, claridad de la información recibida, tiempo dedicado del profesional, trato y amabilidad, qué profesionales deberían mejorar, qué cosas del entorno deben mejorar, especialidad en que ha sido atendido, deje una sugerencia (texto libre). Con los datos extraídos de estas terminales se generan informes mensuales y sirven de base para elaborar el cuadro de mandos con la valoración de los pacientes. En nuestra visita se ha podido comprobar la existencia de estos terminales y su funcionamiento.

La metodología utilizada no se corresponde con una técnica cualitativa.

Línea 2: Mapa de experiencia del paciente. (Línea obligatoria): Se inició, pero por cambio de destino del responsable que lo estaba realizando, no se finalizó, será un objetivo para este año.

Otras líneas que han sido comprobadas in situ el día de nuestra visita son las siguientes:

3. -Implantación de un sistema de **evaluación continua de satisfacción del paciente** (mediante terminales informáticos) que mediante la imagen de una cara miden la satisfacción del 1 al 5).

4- Mejora de la seguridad e instalaciones de la Unidad de Salud Mental.

5- Se ha mejorado y unificado la señalización del hospital.

6- Mejora y adaptación para minusválidos de los baños de consultas externas y Rehabilitación.



7- Mejora de la sala de espera de las consultas de Ginecología.

8- Firma del convenio "Mamás en Acción" con el hospital (para acompañamiento de niños sin familiares) que se viene a unir a los ya existentes con la AECC y AFADE.

9- El Servicio d Atención al Paciente (SAP), ha establecido un mecanismo a través del correo electrónico para la petición de documentación clínica, evitando la frecuentación innecesaria al hospital.

10- El SAP ha establecido los mecanismos necesarios para facilitar al paciente el acceso al derecho de manifestar su deseo de otorgamiento de instrucciones previas, según la nueva normativa. Se comprueba la disponibilidad de díptico informativo editado por la Consejería de Sanidad.

2. OBJETIVO: Mejorar la seguridad clínica

2.1. Participación activa de directivos en rondas de seguridad.

• Número de rondas de seguridad realizadas.....	7
• Número de rondas en UCI realizadas	2
• 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	1
• Número de rondas en otras unidades	0

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** (21 de junio y 19 de noviembre de 2021), **Urgencias** (14 de junio y 16 de noviembre 2021), **Bloque Quirúrgico** (4 de septiembre y 4 de noviembre de 2021), **Hospitalización breve psiquiátrica** (21 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 12 de mayo 2022**, se comprobaron las siguientes acciones derivadas de las actas de Rondas obligatorias en:



UCI: Se detectó un **empeoramiento en las tasas de infección** reportado por el registro ENVIN, por lo que incrementaron la oferta de formación en esta materia.

Prevención de úlceras por presión: Se programaron diversos cursos y talleres. En la UCI se realiza valoración del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes una vez por turno durante todos los días de estancia. Se utiliza la escala de valoración COMHON

Quedan pendientes de aprobación económica, 7 camas de UCI, grua para movilizar a los pacientes en tabla, nevera para medicación y Monitor multiparamétrico con desfibrilador. Todas ellas propuestas para mejorar la seguridad del paciente

Urgencias: La sala de espera de triaje está ocupada por el doble circuito COVID y los pacientes esperan en la carpa situada en la zona de paso de ambulancias. Plan de Mejora: **están aprobados presupuestos para la realización de obras** que permitirán la redistribución de espacios, cuando la urgencia pediátrica pase al edificio de maternidad. Adquirir para el Servicio de Urgencias un sistema de llamada por turnos con un mecanismo de cifrado alfanumérico que evita la identificación del paciente. Eliminar la historia física del paciente, que será sustituida por una en soporte informático.

Bloque quirúrgico: Ha habido 2 fallos en el sistema eléctrico y de vacío del bloque quirúrgico. El supervisor se compromete a **realizar el procedimiento interno** en caso de apagón y remitirlo por conducto reglamentario a dirección. Con respecto **al sistema centralizado de vacío**, se incide en que éstos son eléctricos, por lo que deben conectarse en enchufes alimentados por la SAI, pendientes de marcar por el servicio de mantenimiento. El quirófano 16 de obstetricia. no cumple con la normativa. Se decide clausurarlo definitivamente.

Quedan pendientes de presupuesto: Compra de 10 sillas de ruedas. Sustitución de las neveras que no cumplen con los estándares para albergar medicación. Adquisición de dos autoclaves clase ; Sólo se pudo adquirir una unidad.

Unidad de Hospitalización Breve Psiquiátrica: Necesidad de todas las habitaciones con cámara y en la sala de TV: en trámite de adquisición. Ventanas con fallos de cierre. Mala instalación de puertas de las habitaciones que deben ser sustituidas por puertas correderas..

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.....13
- 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 de Adecuación de la Práctica Clínica se constituyó el 31 diciembre-2021, según acta aportada.

Acciones desarrolladas para la **comunicación segura con los pacientes o entre profesionales:**

- **"Formación a profesionales:-** Como comunicar malas noticias; Curso de gestión de riesgos, donde se aborda la comunicación entre profesionales y la comunicación al paciente y familia con el evento adverso.
- Curso de **habilidades de comunicación en los servicios de Salud.** Programa de este curso. Han enviado el cronograma de formación de 2021: Introducción a la comunicación (abril 2021).
- También se han elaborado diferentes **documentos de recomendaciones de cuidados** que se entregan al paciente, para garantizar la comprensión de la información: hojas informativas para pacientes sobre "Cuidados del Catéter Venoso Central para hemodiálisis" y "Autocuidado de la Fístula Arteriovenosa (Fav), hoja de recomendaciones para el paciente postimplante de marcapasos sin cable. En julio de 2021, el servicio de Rehabilitación ha actualizado el Manual Escuela de Hombro con recomendaciones para los pacientes.

Objetivos de seguridad del paciente: Por observación directa, se comprueban los siguientes objetivos:

- 1 - Disminución de las caídas:-Actualización del protocolo Prevención de caídas: Distribución de dípticos informativos para pacientes y familiares. Se encuentran colocados en las habitaciones de hospitalización, en Urgencias y Consultas Externas.
- 2- Actualización del protocolo "Identificación Inequívoca de pacientes": En 2021 se implementan como acciones de mejora unas nuevas pulseras, que incorporan colores estandarizados de alerta identificando alergias, riesgo de úlcera por presión y riesgo de caídas al ingreso y durante su hospitalización, con el objetivo de incrementar su seguridad.
- 3- Creación de un comité específico para disminuir las prácticas innecesarias en enfermería. El 14 de mayo de 2021 según acta.
- 4- Mejorar la seguridad en el servicio de Análisis clínicos, protocolo de aviso al clínico ante la detección de valores críticos.
- 5- Implementación de LV para pacientes con implantación de dispositivos de estimulación cardíaca marcapasos.

Igualmente la responsable de seguridad del paciente manifiesta que existen otros objetivos que se señalan a continuación:

- Mejorar la seguridad en administración de medicamentos, mediante etiquetas identificativas de fármacos de riesgo..
- Disminución de las flebitis en vías periféricas.
- Creación de un nuevo de registro de eventos adversos.
- Protocolo de actuación en TAC cardíaco y nuevo registro.



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

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

Observaciones y Comentarios

- **Meta:** Cumplir las actuaciones señaladas anteriormente y consideradas prioritarias de higiene de manos.
- **Verificación:**
- En su autoevaluación: Nº de camas de hospitalización (incluyendo camillas e incubadoras) con preparados de base alcohólica (fijo o de bolsillo) en el punto de atención (incluido urgencias), 320. Nº total de camas de hospitalización (incluyendo camillas e incubadoras) de todos los servicios del hospital (incluido urgencias) 320. Resultado: 100%
- Este apartado se verificó en las camas de Urgencias y UCI, comprobándose la existencia de gel hidroalcohólico en todas las cabecera de los pacientes.

- Nº de unidades o servicios quirúrgicos en los que están implantadas las tres medidas obligatorias de infección quirúrgica cero (IQZ)12 (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 clorhexidina alcohólica al 2%, eliminación correcta del vello.

Verificación:

Se estudiaron 40 procedimientos realizados en el mes de octubre de 2021, de cada uno de los 12 Servicios Quirúrgicos, resultando la siguiente distribución: 2 de Cirugía Angiología y cirugía vascular, 8 de Cirugía General y Digestiva, 2 de Cirugía Pediátrica, 2 Cirugía Plástica y Reparadora, 2 de Cirugía Torácica, 2 de Dermatología, 3 de Ginecología, ; 2 de Cirugía Maxilofacial, 2 de Neurocirugía, 2 de Oftalmología, 2 de ORL, 7 de Traumatología y Cir. Ortopédica, 4 de Urología

En relación con la aplicación de medidas obligatorias de IQZ el Hospital tiene establecidos como obligatorios los siguientes procedimientos: 1º Cirugía de colon (Cirugía General y Digestivo:). 2º Prótesis de cadera. 3º Prótesis de rodilla, (Cirugía Ortopédica y Traumatología). 4º: Bypass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto y 5º: Bypass aorto-coronario con solo incisión torácica, (Cirugía Cardíaca).



Respecto a la **profilaxis antibiótica**, en las historias seleccionadas, tenían anotado su administración (SI, NO, NP) y el tipo de antibiótico administrado en los 34 de los 40 procedimientos estudiados. En 6 no procedía. Por lo tanto, en el 100% de los procedimientos su registro se ajustaba al protocolo.

El pincelado se hizo con clorhexidina alcohólica en 38 de las 40 intervenciones (95%). En una no constaba si se había realizado y en otra se anotó que no procedía.

En relación a la retirada del vello siempre se hace con maquinilla eléctrica y cabezal desechable. Fue registrado en 39 de las 40 intervenciones, en 25 no procedía (98,00%).

- 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 38 (95%) de los procedimientos constaba el LVQ, correctamente cumplimentado.

Han implantado un Check list para la ecografía transesofágica, para procedimientos de hemodinámica.

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 constanteSI

Observaciones y Comentarios

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

Verificación:

El Hospital ha aportado copia del protocolo de "Valoración del dolor en el paciente hospitalizado" de 2016 revisado en 2019 con vigor hasta el 22 de julio de 2022. En dicho protocolo se establecen las escalas y pautas de medición. Si no existe dolor, esta constante se tomará una vez cada 24h.

Para esta evaluación, aportaron el listado de 436 pacientes ingresados en 2021 con el registro diario del dolor según escala EVA. En 398 de ellas (91,3%) constaba alguna anotación diaria del Dolor.

En nuestra visita al Hospital, se comprobó que en todas las historias clínicas revisadas, había al menos un registro diario del dolor



- 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:

De acuerdo al acta de 4/10/2021 del Comité del Dolor, participa un médico de Atención Primaria y a su vez dos miembros del Comité del Dolor, forman parte de la UFGR.

En dicha acta también consta que se ha promovido la **participación de los pacientes** a través de la Unidad de Fibromialgia mediante talleres, en la elaboración de pautas y normas a seguir por los pacientes afectados de esta patología.

Se presenta el **Programa de Psicoterapia grupal en fibromialgia**. Bajo la dirección de un médico de la Unidad del dolor y un Psiquiatra, se exponen preocupaciones y problemas que estos pacientes enfrentan en su vida diaria y se intentan alcanzar consenso sobre las medidas y actitudes a adoptar por los pacientes en cada momento de conflicto y como abordar el control del dolor.

Como buena práctica presentan “Tratamiento con Radioterapia en Trastornos osteoarticulares: Radioterapia a dosis bajas”: Informe de resultados. El objetivo es Administrar una dosis precisa de radiación a un volumen previamente definido, originando el mínimo daño posible a los tejidos sanos circundantes, con el fin de obtener el máximo control de los síntomas. Aportan copia de dicho programa.



CONCLUSIONES

Mejorar la calidad percibida por el ciudadano

- ✓ *SE HA COMPROBADO EL DESARROLLO DE SISTEMAS PARA LA EVALUACIÓN CONTINÚA DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE TERMINALES INFORMÁTICOS CON ENCUESTA EN URGENCIAS, Y CONSULTAS EXTERNAS, AUNQUE ESTE SISTEMA NO UTILIZA LA METODOLOGÍA DE UNA TÉCNICA CUALITATIVA.*
- ✓ *NO SE HA DESARROLLADO UN MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE.*
- ✓ *SE HAN ACREDITADO NUMEROSAS ACTUACIONES DIRIGIDAS A MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA MEDIANTE:*
 - *DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN CONTINÚA DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.*
 - *LA INSTAURACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD Y EL AUMENTO DEL CONFORT DE LAS INSTALACIONES.*
 - *LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE SERVICIO, EN ESPECIAL EL DE ATENCIÓN AL PACIENTE.*

Mejorar la seguridad clínica

- ✓ *SE HAN REALIZADO 7 RONDAS. TODAS ELAS HAN SIDO ACREDITADAS DOCUMENTALMENTE Y ALGUNAS DE LAS ACCIONES SE COMPROBARON IN SITU EL DÍA DE LA VISITA.*

Mejorar la seguridad del paciente en el Centro

- ✓ *HAN ACREDITADO LA CONSTITUCIÓN DE UN COMITÉ PARA MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EL DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA COMUNICACIÓN SEGURA CON PACIENTES O ENTRE PROFESIONALES MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE HOJAS Y DIPTICOS INFROMATIVOS A LOS PACIENTES, ASÍ COMO CURSOS DE FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN PARA LOS PROFESIONALES.*
- ✓ *HAN DESARROLLADO OTRAS 12 ACTUACIONES DIRIGIDAS A AUMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, COMENTADAS EN EL INFORMES*



Mejorar las prácticas seguras en la organización

- ✓ EN LA EVALUACIÓN DE HISTORIAS REALIZADA, SE COMPROBÓ QUE EL HOSPITAL TENÍA IMPLANTADAS LAS MEDIDAS OBLIGATORIAS DE IQZ, CON EL RESULTADO DE 100% DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, 95% DE LOS PROCEDIMIENTOS CON PINCELADO CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA Y UN 98% DE RETIRADA DE VELLO REGISTRADA.
- ✓ EL LVQ, SE ENCONTRÓ EN 38 DE LA 40 HISTORIAS REVISADAS (95%).

Mejorar la atención al dolor

- ✓ EL HOSPITAL HA APORTADO COPIA DEL PROTOCOLO DE “**VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO**” DE 2016 REVISADO EN 2019 Y EN HASTA EL 22 DE JULIO DE 2022. EN DICHO PROTOCOLO SE ESTABLECEN LAS ESCALA Y PAUTAS DE MEDICIÓN. SI NO EXISTE DOLOR, ESTA CONSTANTE SE TOMARÁ **UNA VEZ CADA 24H**. EN NUESTRA VISITA AL HOSPITAL, SE COMPROBÓ QUE EN TODAS LAS HISTORIAS REVISADAS HABÍA AL MENOS UN REGISTRO DIARIO DEL DOLOR
- ✓ EN EL COMITÉ DEL DOLOR, PARTICIPA UNA MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y A SU VEZ DOS MIEMBROS DEL COMITÉ DEL DOLOR, FORMAN PARTE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RIESGOS.
- ✓ TAMBIÉN CONSTA QUE SE HA PROMOVIDO LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES A TRAVÉS DE LA UNIDAD DE FIBROMIALGIA MEDIANTE TALLERES, EN LA ELABORACIÓN DE PAUTAS Y NORMAS A SEGUIR POR LOS PACIENTES AFECTOS DE ESTA PATOLOGÍA.