



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 Infanta Elena

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.

---

- Estudio de la documentación recibida. 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 jueves día 21 de abril.
- Reunión con responsables de calidad y de seguridad del paciente del Hospital.



- Entrevistas con:
  - Subdirectora Médica.
  - Subdirectora de enfermería.
  - Enfermera de quirófano.
  - Supervisor de Urgencias.
  - Presidenta del Comité del dolor.
- Análisis de la documentación aportada en la visita.
- Evaluación de Historias clínicas.
- 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.

- N.º de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida desarrolladas.....20
- Constatación de que se ha realizado alguna técnica de tipo cualitativo para conocer la opinión de pacientes y/o familiar.....SI
- 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 una 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:**

Conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de alguna técnica de tipo cualitativo. (Línea obligatoria): **Técnica cualitativa en el área de Diálisis.** Para esta actuación se utilizó el método “**Técnica Desing thinking**” realizando entrevistas semi-estructuradas. Su posterior análisis permiten la creación de un Mapa de Empatía como base para identificar las principales necesidades y desarrollar propuestas de valor.

Como evidencia han aportado el Informe final de 19 de septiembre. Se entrevistaron 10 pacientes de los 53 que reciben tratamiento de diálisis y a 7 profesionales, con entrevistas individuales abiertas. Se realiza el mapa de empatía y se obtienen resultados con las líneas de mejora: infraestructuras, acompañamiento, ocio, voluntariado, paciente experto, etc. Todo ello presentado en PowerPoint. Se propusieron algunas mejoras para la **humanización de la Unidad de diálisis:** dotar la sala de algunas Smarth Tablets, prensa, sillones más confortables, contar con psicólogo clínico, nutricionista...etc. Estas mejoras se comprobaron en la visita presencial.

También han aportado el desarrollo del **diseño de una encuesta de experiencia de pacientes ante estudio electromiografía**, en el último trimestre de 2021.

Seguimiento **mapa de experiencia del paciente en obstetricia:** Este Proyecto está diseñado de forma corporativa para todos los Hospitales del grupo Quirón. Nos muestra informe final de 2021.

Descripción del **resto de líneas de actuación de Comité de Calidad Percibida:** a continuación, se relacionan algunas de las líneas de actuación más relevantes que se comprobaron mediante observación directa:

1. **Nuevo hospital de día ubicado en un área, con acceso a una zona de jardín interior.**
2. **100% de habitaciones con dispositivo “Smart room”, que permite el acceso del paciente a su**



historia, citas, pruebas programadas, horas de medicación, CI, etc. Se comprobó su instalación en las habitaciones.

- 3. **Sillón para pacientes obesos ingresados** de manera que puedan pasar de la cama al sillón.
- 4. **Zona de impresión de informes en el hall de entrada principal.**
- 5. **Aviso de demora en pantallas de salas de espera.**

## 2. OBJETIVO: Mejorar la seguridad clínica

### 2.1. Participación activa de directivos en rondas de seguridad.

- Número de rondas de seguridad realizadas .....12
- Número de rondas en UCI realizadas .....2
- Número de rondas en urgencias realizadas.....1
- 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.....7

#### 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** (13 de julio y 13 de diciembre 2021); **Urgencias** (12 de marzo de 2021); **Bloque Quirúrgico (25 de junio y 16 de diciembre 2021) no facilitada**, en **Hospitalización** (17 de diciembre), **Hospital de Día** (26 de abril y 29 de noviembre de 2021); **Bloque Obstétrico** (30 de abril y 1 de diciembre 2021) y **Unidad de Neonatología** (6 de abril y el 13 de diciembre de 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 21 de abril de 2022**, se comprobaron las siguientes acciones derivadas de las actas de Rondas obligatorias en:

**UCI: Sesiones formativas impartidas** por el personal de la unidad y dirigidas tanto a personal de UCI como personal de hospitalización y urgencias en el caso de la Ventilación Mecánica, tanto invasiva como no



*invasiva, en noviembre y diciembre. Continuarán hasta junio 2022. El 19 de enero de 15:00 a 18:00h está programada una formación de nutrición enteral y en disfagia.*

*Se ha nombrado **personal referente** en Proyecto Zero, Úlceras y heridas por presión, Humanización y ventilación mecánica, etc. Se comprueba que hay un cartel informativo con el nombre de estos **referentes**. **Acondicionamiento del BOX 8 y 9**, en cuanto a tomas de oxígeno y aspiración. Las tomas que había eran insuficientes para trabajar con seguridad en dichos boxes. Se comprueba que se han instalado dichas tomas.*

***Urgencias:** En esta Ronda se señaló la necesidad de tener **un carro de paradas pediátrico** (está pedido y presupuestado, pero no se ha recibido hasta ahora.*

*Instalar una **sirena luminosa** en el estar de enfermería y añadir sonido a la de médicos (en la visita se comprobó que estaban instalados).*

*Cambio en los **cajetines con la medicación de alto riesgo**. Se han rotulado de rojo.*

*Adaptación de espacios: se verifica la instalación de un **nuevo box en consulta**.*

***Bloque Quirúrgico:** Se expone que los pacientes quirúrgicos que van a subir a UCI, lleven sonda vesical de **silicona**.*

*Necesidad de **controlar el acceso a personal no sanitario a la Unidad**. Se instalará un dispositivo de control solo en CMA, ya que el resto forman parte de la vía de evacuación en caso de incendios. Se comprueba el control de acceso a CMA.*

***Hospital de Día:** Se trata del traslado físico a la nueva zona de manera anticipada. En la visita ya está en su nueva ubicación.*

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

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

- N.º de objetivos de seguridad establecidos .....13
- Constituido un Comité para adecuación de la práctica clínica.....SI
- 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: Objetivos prioritarios:**

1º.- **Constituir un Comité de adecuación de la práctica clínica.** A fecha 31 de diciembre de 2021, el Comité había realizado en el año 5 reuniones. (Presentan actas)

2º.- **Comunicación segura:**

“Proyecto Pizarras”: tiene como objetivo aportar una **información directa, constante y segura tanto entre los profesionales como los pacientes y familiares.** En una pizarra en I box de urgencia se anotan y actualizan los datos del paciente, dieta, pruebas pendientes, alergias, control del dolor, tramitación de ingreso, etc. Tiene como objetivos: Proporcionar al paciente seguridad e información de su ingreso. Disminuir los errores de comunicación entre profesionales.

Como el resto de Centros de Quirón Salud, han desarrollado acciones de Comunicación: - Diálogo web entre profesionales y pacientes (vía portal del paciente) y programa “Mobility”: comunicación entre profesionales, mediante PDAs.

**Otros Objetivos de Seguridad:** Minimizar prácticas inadecuadas:

- **Servicio de Farmacia:** Disminuir las prescripciones de factores estimulantes de la aritropoyesis en pacientes con Hb>12g/dL.
- **Servicio de Alergia:** Evitar una acción innecesaria: reducir el consumo de broncodilatadores y nebulizados.
- **Servicio de Traumatología:** En la cirugía de antepié que sólo afecta a partes blandas no se realiza profilaxis antibiótica preoperatoria ni postoperatoria.
- **Servicio de Neumología:** Reducir la solicitud de citologías tras Broncoscopias.
- **Servicio de Cirugía General:** No poner sonda vesical en colecistectomías programadas.
- **Servicio de Geriatría:** Evitar la sobreprescripción de enemas de fosfato en ancianos frágiles.
- **Servicio de Hematología:** No hacer estudio genético de hemocromatosis en pacientes sin antecedentes familiares de primer grado de hemocromatosis y con ferritina menor de 500.

Han difundido internamente el documento “Estrategia de Seguridad del Paciente del SERMAS 2015-2020 y las recomendaciones para la Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente en las Gerencias Asistenciales del SERMAS. Decreto 4/2021, de 20 de enero, del Consejo de Gobierno.

De todas estas actuaciones aportan documentación.





## 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 la actuación considerads prioritarias 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.<sup>1</sup>
- Este apartado se verificó en las camas de hospital de día, urgencias, diálisis y UCI, comprobándose la existencia de gel hidroalcohólico en los puntos de atención de los pacientes (cabecera de las camas o a pie de sillón de tratamientos).

- N.º 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 clorhexidina alcohólica al 2%, eliminación correcta del vello.

**Verificación:** Se evaluaron un total de **40 intervenciones** seleccionadas al azar y realizadas por los **11 servicios quirúrgicos en diciembre de 2021** con la siguiente distribución: 3 de Angiología y Cirugía Vasculard, 6 de Cirugía General y Digestiva, 2 de Cirugía Pediátrica, 2 Cirugía Plástica y Reparadora, 2 de Cirugía Torácica, 4 de Ginecología, 3 de Cirugía Maxilofacial, 3 de Oftalmología, 4 de ORL, 6 de Traumatología y Cir. Ortopédica, 5 de Urología.

- <sup>1</sup> 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 lleven 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



En todos los procesos se había registrado correctamente la necesidad de instaurar alguna de las tres medidas obligatorias para la prevención de infección quirúrgica:

**Profilaxis antibiótica:** el LVQ incluye la posibilidad de anotar la profilaxis y el tipo de antibiótico administrado en el campo de observaciones y si no aparece en este apartado es posible encontrarlo registrado en la hoja del anestesista. En 37 procedimientos de los 40 estudiados (92,5%), se había registrado si procedía o no profilaxis y el tipo de antibiótico administrado. En los tres restantes no constaba.

**La eliminación del vello,** cuando procede (12 intervenciones 100%), es siempre, con maquinilla eléctrica.

**El pincelado con clorhexidina** se registró en 25 pacientes; en 2 intervenciones de ORL, no procedía pincelado. En 9 casos se hizo con Povidona yodada, en 9, y por último, en 4 no constaba su registro.

- Nº de historias con listado de verificación quirúrgica.....40 (100%)

#### Observaciones y Comentarios

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

**Verificación:** En todos los procedimientos estudiados (100%), 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.** El diseño de la historia clínica permite recoger la evaluación del dolor diariamente como 5ª constante.

Se evaluó su registro en las 40 intervenciones mencionadas en el apartado anterior . De ellas había registro del dolor en la hoja de enfermería, en 37 (92,5%).



- Nº de actuaciones desarrolladas para la mejora de la atención al dolor.....9
- 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: desarrollar al menos 4 acciones,**

→ Participación de Atención Primaria: El Comité de Atención al dolor, incluye **un facultativo de Atención Primaria**. Dicho Comité se ha reunido en 5 ocasiones durante 2021, según documentación mostrada.

→ Participación con otros profesionales: Han enviado acta de 22 de junio 2021 de **Unidad Funcional de Gestión de Riesgos**, en que consta la participación de la jefa de la Unidad del Dolor. En dicha acta consta que no ha habido incidentes en relación con el dolor durante ese primer semestre.

→ Promover la **participación de los pacientes**: mantiene acuerdo de colaboración con Asociaciones de pacientes, la más consolidada en el tiempo con la AECC.

**Otras acciones: -**

- Difusión de **la Estrategia de Atención al Dolor de la Consejería Sanidad**. Comunidad De Madrid.

- **Análisis y evaluación del dolor y su tratamiento en pacientes de la Urgencia**: aportan informe y presentación de diciembre 2021.

- Implantación del **Proyecto de Pizarras en Urgencias**: disponer de una pizarra en cada box de Urgencias donde quedan reflejados los datos básicos del paciente (alergias, ayunas, etc.) y **especialmente recoge el EVA del paciente**, lo que permite una monitorización más continua del grado del dolor, así como de la respuesta a tratamiento analgésicos si se administraran.

- **Implementación del uso de gafas de realidad virtual en urgencias pediátricas** y el uso de un dispositivo (muñeco pequeño) que ayuda mediante vibración y/o frío, durante la extracción de sangre aliviando la ansiedad y el componente de dolor asociado.

- **Diseño encuesta de experiencia de pacientes ante estudio electromiografía** que incluye evaluación del dolor de la prueba. (Ver apartado 1 de este informe).



## CONCLUSIONES

### Mejorar la calidad percibida por el ciudadano

---

- ✓ *SE HA ACREDITADO LA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN EL ÁREA DE DIÁLISIS, MEDIANTE EL DESARROLLO DE UNA TÉCNICA DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURAS E INDIVIDUALES ABIERTAS. SE REALIZA EL MAPA DE EMPATÍA Y SE OBTIENEN RESULTADOS CON LAS LÍNEAS DE MEJORA.*
- ✓ *SE VERIFICA MEDIANTE LA APORTACIÓN DEL INFORME FINAL 2021 LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN OBSTETRICIA.*
- ✓ *SE COMPRUEBA EL DESARROLLO DE OTRAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DIRIGIDAS A MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA, ENTRE OTRAS, EL AVISO DE DEMORAS EN PANTALLAS DE SALAS DE ESPERA , SILLONES PARA PACIENTES OBESOS INGRESADOS, ETC.....*

### Mejorar la seguridad clínica

---

- ✓ *HAN ACREDITADO MEDIANTE ACTAS LA REALIZACIÓN DE RONDAS EN UCI, URGENCIAS, BLOQUE QUIRÚRGICO HOSPITALIZACIÓN, BLOQUE OBSTÉTRICO Y NEONATOLOGÍA.*
- ✓ *EN LAS ACTAS CONSTAN LA PARTICIPACIÓN DE LA DIRECCIÓN, LAS MEJORAS ALCANZADAS Y LAS NECESIDADES DETECTADAS. ALGUNAS DE LAS MEJORAS ALCANZADAS SE COMPROBARON IN SITU EL DÍA DE LA VISITA.*

### Mejorar la seguridad del paciente en el Centro

---

- ✓ *CUENTAN CON UN "COMITÉ DE ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA" QUE DURANTE EL AÑO 2021 HA REALIZADO 5 REUNIONES.*
- ✓ *EN RELACIÓN CON LA COMUNICACIÓN SEGURA HAN ACREDITADO DOCUMENTALMENTE VARIAS ACCIONES SEGÚN CONSTA EN EL INFORME.*

### Mejorar las prácticas seguras en la organización

---

- ✓ *EL DÍA DE LA EVALUACIÓN SE COMPROBÓ LA DISPONIBILIDAD DE SOLUCIÓN HIDROALCÓLICA EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN VISITADOS.*



- ✓ *MEDIANTE EL ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE 40 HISTORIAS CLÍNICAS, SE COMPROBÓ LA IMPLANTACIÓN DE LAS MEDIDAS OBLIGATORIAS DE IQZ EN LOS 11 SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE LOS QUE DISPONE EL HOSPITAL, CON LOS SIGUIENTES NIVELES DE CUMPLIMIENTO: ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA (92,5%), PINCELADO CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA (67,5%) Y ELIMINACIÓN CORRECTA DEL VELLO (100%).*
- ✓ *EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ESTUDIADOS (100%), CONSTABA EL LVQ, CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADO.*

## Mejorar la atención al dolor

---

- ✓ *SE VERIFICÓ EL REGISTRO DE LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LAS 40 HISTORIAS DE LAS INTERVENCIONES SELECCIONADAS Y EN 37 (92,5%), ESTABA PRESENTE.*
- ✓ *LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES SE HA ESTABLECIDO CON ATENCIÓN PRIMARIA QUE PARTICIPA EN EL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR. ASÍ MISMO, LA JEFA DE LA UNIDAD DEL DOLOR ESTÁ INCLUIDA EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS.*
- ✓ *LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES SE TIENE ESTABLECIDA FUNDAMENTALMENTE, A TRAVÉS DE ACUERDOS CON ASOCIACIONES DE PACIENTES.*
- ✓ *SE CONSTATA LA REALIZACIÓN DE OTRAS ACTUACIONES DIRIGIDAS A LA ATENCIÓN AL DOLOR, COMO EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DOLOR Y SU TRATAMIENTO EN PACIENTES DE URGENCIAS.....*