



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 Rey Juan Carlos

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 martes día 19 de abril.
- Reunión con responsables de calidad y de seguridad del paciente del Hospital.



- Entrevistas con:
  - Responsable del Portal de Información al paciente, Atención al Paciente y Trabajo Social.
  - Responsable de Seguridad y de Medicina Interna.
- 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.

- Nº de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida desarrolladas .....11
- 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 1 técnica cualitativa y otra el mapa de experiencia. Los del grupo 3, de sus 5 líneas, al menos 2 cualitativas, y otra el mapa de experiencia.

**Verificación:**

En relación con la realización de una **técnica de tipo cualitativo**, se realizó una encuesta telefónica a pacientes seleccionados de las 394 valoraciones (recibidas vía email en la intranet del hospital) y las 232 reclamaciones recibidas de enero a junio de 2021. Los criterios de selección fueron, usuarios adultos en consultas externas, hospitalización y urgencias, resultando un 40% del total de reclamaciones y valoraciones. La técnica utilizada fue encuesta NPS en dos partes, una pregunta de puntuación y otra respuesta libre con comentarios que proporcionan una opinión cualitativa de los pacientes en relación con la atención y trato recibidos y así poder plantear mejoras que beneficien a los pacientes que acuden al Hospital.

También se estudiaron las 232 reclamaciones, desglosando las relacionadas con el trato por cada uno de los Servicios y los facultativos con mayor porcentaje de detractores. Resultaron **27 reclamaciones relacionadas con el trato**. A la vista de los resultados obtenidos se realizaron las siguientes acciones: **Reuniones** planificadas del 04 al 25 octubre con los 19 facultativos con peor NPS (Net Promoter Score), Jefe de Servicio, dirección e invitación al **Curso sobre trato, realizado en noviembre**. Igualmente se hizo con personal administrativo y enfermería, planteando diversos cursos de formación.



**Mapa de experiencia del paciente.**

"En el área de Consultas Externas, se ha generado el mapa de experiencia paciente de la Vía Clínica de Embarazo. Se ha estructurado todo el proceso con el fin de que las mamás puedan desde el Inicio: - Disponer de Información estructurada; - Tener organizado todo su proceso por trimestres. - Disponer de su plan de citas y consultas. - Contar con una solicitud automatizada de realización de pruebas en cada periodo. - Tener acceso a recomendaciones durante todo el embarazo. - Tener a su disposición un diálogo directo con su matrona en el último trimestre. - Acceso a formación y ejercicios.

Para la acreditación de esta línea de trabajo han aportado una presentación en PowerPoint.

**3. Resto de líneas:**

**Ampliación de Funcionalidades de las tablets de las SMARTROOM** (95% habitaciones del centro): Posibilidad de elección de menús basales a través del dispositivo; Visibilidad del Plan de Citas del paciente y de las pruebas realizadas; Inclusión de nuevas recomendaciones. En la visita posterior, se comprobó la instalación de dichas tablets en las habitaciones.

**CHATBOT de Admisión y Atención al Paciente: Chat en el portal del paciente con IA** (Inteligencia Artificial) del paciente con el Hospital, para resolución de dudas y consultas, 24 horas al día, 7 días a la semana en la aplicación del Portal del Paciente.

**Información online a familiares de pacientes en quirófano, reanimación, boxes de urgencia y unidad de corta estancia.** Posibilidad de disponer desde su móvil de información básica de la situación del paciente.

**Automatismos activados desde triaje** para agilizar tiempos de atención en la Urgencia: Vías clínicas de atención rápida para disminuir la presión asistencial del servicio y mantener los tiempos de atención (ej. PCR rápida). Se muestra el preotocolo.

**Formulario de información y acompañamiento a familiares:** Reporte diario "check familia informada" y volcado de familiares autorizados para visitas o acompañamientos.

## 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.....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.....1



## 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:** El documento de Rondas de Seguridad Clínica consta de fecha, relación de asistentes, relación de las acciones más relevantes propuestas en la ronda anterior y su estado actual y las propuestas de la Ronda actual de la fecha.

Se han comprobado documentalmente las siguientes Rondas de Seguridad Clínica, obligatorias:

**En UCI: Acta de abril 2021,** se revisan las acciones del acta anterior. Se comenta que desde Medicina Preventiva han indicado la necesidad de controlar los posibles aerosoles y contaminantes producidos por los lavamanos situados en las zonas comunes. Se propone retirar uno de los lavamanos y el que queda, aislarlo lo máximo posible. Así mismo que son necesarias cámaras de video-vigilancia para controlar los puntos ciegos de algunas camas. En acta de **noviembre 2021:** Se propone modificar el control de acceso en las puertas. En la visita posterior, se constataron de forma visual estos cambios.

**En Urgencias: Acta de abril de 2021,** Se recoge un incidente por retraso en la atención a un paciente por estar esperando los resultados de una analítica. Se propone desarrollar una tabla de datos en red que permite registrar en qué momento se encuentra el procedimiento, por ej. Analítica solicitada, muestra extraída, pendiente de laboratorio, resultados, etc. Lo mismo sirve para exploraciones de RX, RM u otras. En **diciembre de 2021,** se revisa un posible incidente con un pinchazo accidental. Se ve la necesidad de reenumerar los boxes pues no siguen un orden lógico ya que hay uno de ellos un poco a trasmano y su número lleva a confusión. Se solicita la posibilidad de realizar videoconsulta con especialistas. Se comprobó en la visita posterior el uso de estas nuevas facilidades informáticas, y la reenumeración de los boxes.

**En Bloque Quirúrgico: Acta mayo 2021:** Se recoge la necesidad de realizar la **profilaxis antibiótica** lo más próximo en hora (<de 60 minutos), a la intervención. Se acuerda que la profilaxis será responsabilidad del equipo de anestesia y se administrará en el Bloque, antes de la incisión. Se insiste en la necesidad del uso de calzas en todo el Bloque Q. Se recoge un evento de posible incendio por lo que se propone incluir en el Check List los posibles factores de riesgo (anestesia general, determinados perfumes y productos volátiles e inflamables, etc.). **Acta de diciembre 2021:** Han pasado del 45% de correcto cumplimiento al 75% de Profilaxis Antibiótica. Se estudia la compra de aplicadores de clorhexidina individuales. No hay compromiso de compra todavía. Se pospone a junio 2022.

**En Hospitalización: Acta de junio 2021,** Se revisa el Registro de sonda vesical y la necesidad de comunicar a quirófano el tipo de sonda a utilizar para evitar cambios innecesarios. Se insta la definición y distinción de dieta de disfagia (textura miel) y la dieta de fácil masticación. Se ha puesto en uso Casiopea Movility que permite la lectura de la Historia del Paciente asociándola al código de barras de la pulsera identificativa del paciente.

**En Psiquiatría: Acta octubre 2021.** En la Ronda se valoran algunos riesgos físicos para los pacientes y se propone la retirada de algunos embellecedores que puedan servir de soporte para una suspensión en vacío por ligadura. Se ha comprobado su retirada. Se ha acondicionado la terraza con instalación de video vigilancia para actividades al aire libre.



### 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 ..... 14
- 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:**

Han aportado ACTA nº 1/2021 de 15/12/2021 de **Constitución de la Comisión de Adecuación de la Práctica Clínica.**

✓ En este acto se presenta la Plataforma DianaSalud/All-Choosing-Wisely-Recommendations y se expone la metodología para su uso, en el que se pueden establecer filtros para la selección de **recomendaciones de la adecuación de las prácticas clínica y asistencial.**

**Acciones para mejorar la comunicación. Han aportado documentación sobre:**

✓ **Folleto informativo dirigido a los pacientes “Vacunación en pacientes sometidos a cirugía de pulmón”,** aprobado por la Comisión Técnica de Coordinación de la información del Hospital en noviembre 2020 y publicado en 2021. También disponible en la web.

✓ **Díptico ¿Cómo podemos ayudarte a mejorar tu adherencia al tratamiento?** Elaborado por el Servicio de Farmacia. Área Pacientes Externos. Aprobado por la Comisión Técnica de Coordinación de la información del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en abril 2021. Este documento está accesible mediante código QR.

✓ **Inestabilidad del carpo:** documento informativo dirigido a pacientes para fomentar la rehabilitación con ejercicios auto-administrados. Agosto de 2021. Disponible en la web

✓ **Guía de Rehabilitación en pacientes con Meniscopatías Degenerativas/Roturas Meniscales no Obstructivas.** Agosto 2021.

✓ Han redactado un procedimiento de **Información interna, para el traslado interhospitalario de pacientes pediátricos,** aprobado por la Dirección Asistencial en mayo de 2021. Dicho Procedimiento está disponible en la Intranet del Hospital, y pretende facilitar la información segura entre profesionales.





## 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 .....SI
  - Esta disponible el preparado de base alcohólica en >95% de los puntos de atención.....100%

#### Observaciones y Comentarios

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

**Verificación:** En la visita a las zonas de hospitalización se comprobó la disponibilidad de preparados de base alcohólica accesible desde el punto de atención al paciente.

Se ha realizado formación con cursos propios, en higiene de manos, a 482 profesionales.

- Nº de unidades o servicios quirúrgicos en los que están implantadas las tres medidas obligatorias de infección quirúrgica cero (IQZ).....3

#### 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:** El Hospital tiene establecidos como obligatorios los siguientes procedimientos:

**1º Cirugía de colon** (Cirugía General y Digestivo:). **2.º 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).

De acuerdo al registro quirúrgico utilizado en el mes de octubre de 2021 se realizaron 11 intervenciones con esas características: 3 hemicolectomías, 3 prótesis de caderas y 3 de rodilla y 2 bypass aorto-coronarios, por lo que se decidió ampliar la muestra a todas las especialidades, tomando al menos, dos de cada una, resultando **40 intervenciones, con la siguiente distribución:**

6 de Cirugía General y Digestiva, 3 de Cirugía Pediátrica ; 2 Cirugía Plástica y Reparadora ; 2 de Cirugía Torácica : 4 de Cirugía Cardiovascular, 3 de Ginecología; 2 de Cirugía Maxilofacial ; 2 de Neurocirugía, ; 4 de Oftalmología, ; 2 de ORL; 7 de Traumatología y Cir. Ortopédica , 3 de Urología



En relación con la profilaxis antibiótica, en 14 constaba que no procedía y en los 26 restantes, se había administrado en 25 (96%). Según el registro utilizado, la administración fue inmediatamente anterior al inicio de la anestesia y constaba el antibiótico utilizado: cefazolina, metronidazol o vancomicina en caso de alergia, según su protocolo.

El pincelado fue correcto en 29 casos (73%), en 27 se utilizó Clorhexidina alcohólica y en dos, constaba que no procedía. Se utilizó Povidona Yodada en 6 procedimientos (fisura anal, safenectomía, cirugía ortognática, septoplastia, vitrectomía y trasplante de córnea) y no constaba en 5.

La retirada de vello se realizó porque procedía, solo en 7 pacientes (100%), siempre con maquinilla eléctrica desechable.

- Nº de historias con listado de verificación quirúrgica.....98,9%

Observaciones y Comentarios

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

Verificación: Según la autoevaluación del Hospital se halló LVQ en el 98,9% de los registros.

En nuestra evaluación el LVQ se halló en los 40 procedimientos seleccionados (100%).

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: 98,9%.

En 38 de los 40 procedimientos quirúrgicos estudiados, constaba registro EVA . No había anotación en un caso de catarata y otro en un bebé de 11 meses.

- Nº de actuaciones desarrolladas para la mejora de la atención al dolor..... 8
- 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:**

1.-Participación de responsables de **Atención Primaria** en el Comité del Dolor. Varios miembros del Comité del Dolor son miembros de la UFGRS / Calidad Percibida y la coordinación es a través de ellos.

Realización de e-consulta con los profesionales de primaria y especialistas de referencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Durante el 2021 se han realizado **537 consultas**. Aportan estudio y presentación.

2.- Promover la participación de los **pacientes**: Dada la situación de pandemia, no ha sido posible la asistencia de pacientes en las reuniones del Comité. En compensación se elaboraron "Recomendaciones publicadas en el portal del paciente para tratamiento de algias".

Otras Líneas de actuación:

3.-Actualización del procedimiento de **gestión del dolor en Triage de Urgencias** y establecimiento de un cuadro de indicadores de seguimiento y evaluación. Aportan documento del octubre 2021.

4.-Actualización procedimiento de **gestión del dolor en pediatría**. Aportan una revisión (abril 2021), del procedimiento de sedo-analgésia en Pediatría "Ningún niño con dolor".

5.- Actualización procedimiento de **lumbalgia**. Vía clínica Abordaje De La Lumbalgia Desde Una Perspectiva Multidisciplinar. Diciembre de 2021.

6.- Estudio del grado de conocimiento y sensibilización con la gestión del dolor de los profesionales sanitarios. El Comité del Dolor ha diseñado una encuesta a Profesionales de atención a los Pacientes con dolor, para realizar una evaluación interna y conocer la situación actual con respecto a la atención del dolor y planificar actuaciones necesarias para conseguir una mejor atención de los pacientes con dolor, en todos los ámbitos y procesos asistenciales. Se presenta informe.

7. Diseño de **campañas de sensibilización gestión dolor**. Presentan cartel para impulsar el registro del dolor **EVA=E valúa, V alora, A actúa**.

8. Diseño de estudio de **experiencia de pacientes ante estudio de electromiografía** incluyendo expectativas y satisfacción ante el dolor durante el estudio. Servicio de Neurofisiología clínica.



## CONCLUSIONES

### Mejorar la calidad percibida por el ciudadano

---

- ✓ *SE HA ACREDITADO LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE TIPO CUALITATIVO PARA CONOCER LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES*
- ✓ *TAMBIÉN HAN DESARROLLADO EL MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE LA VÍA CLÍNICA DEL EMBARAZO.*
- ✓ *OTRAS LÍNEAS: AMPLIACIÓN DE FUNCIONALIDADES DE LAS TABLETS DE LAS HABITACIONES, CHATBOT DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE, INFORMACIÓN ONLINE A FAMILIARES DE PACIENTES EN QUIRÓFANO, REANIMACIÓN, BOXES DE URGENCIAS, UNIDAD DE CORTA ESTANCIA, ETC. FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIARES: REPORTE DIARIO "CHECK FAMILIA INFORMADA"..*

### Mejorar la seguridad clínica

---

- ✓ *HAN ACREDITADO MEDIANTE ACTAS LA REALIZACIÓN DE LAS 7 RONDAS DE SEGURIDAD CLÍNICA OBLIGATORIAS Y UNA MÁS EN HOSPITALIZACIÓN. EN ELLAS CONSTA DE FECHA, RELACIÓN DE ASISTENTES, LAS ACCIONES PROPUESTAS EN LA RONDA ANTERIOR Y SU ESTADO ACTUAL, Y LAS NUEVAS PROPUESTAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.*
- ✓ *EN LA VISITA POSTERIOR SE COMPROBARON ALGUNAS CORRECCIONES REALIZADAS.*

### Mejorar la seguridad del paciente en el Centro

---

- ✓ *LA COMISIÓN DE ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, SE CONSTITUYÓ EL 15/12/2021, SEGÚN ACTA.*
- ✓ *HAN DESARROLLADO DIVERSAS RECOMENDACIONES PARA LA COMUNICACIÓN SEGURA CON PACIENTES Y PROFESIONALES Y ALGUNAS DE ELLAS SE ENCUENTRAN EN EL PORTAL DEL PACIENTE Y TAMBIÉN ESTÁN ACCESIBLES MEDIANTE CÓDIGO QR.*

### Mejorar las prácticas seguras en la organización

---

- ✓ *EL HOSPITAL HA ESTABLECIDO EL OBJETIVO GENERAL DE APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO, Y DE FORMA OBLIGATORIA EN TRES SERVICIOS (CIRUGÍA GENERAL, TRAUMATOLOGÍA Y CARDIOVASCULAR) Y 5 PROCEDIMIENTOS.*



✓ EN RELACIÓN CON LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUEDÓ REGISTRADA EN EL 96% DE LOS PROCEDIMIENTOS, EL PINCELADO CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA EN EL 73% Y LA RETIRADA DE VELLO SE REALIZÓ EN 100% CUANDO PROCEDÍA.

EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA LVQ, ESTÁ IMPLANTADO EN EL 100% DE LAS HISTORIAS ESTUDIADAS.

## Mejorar la atención al dolor

---

EL REGISTRO DE EVALUACIÓN DEL DOLOR, ESTÁ INCLUIDO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y SU REGISTRO SE HA SITUADO EN ESTA EVALUACIÓN EN 95%.

EL HOSPITAL HA ACREDITADO LA COORDINACIÓN ENTRE LA UFGRS Y MIEMBROS DEL COMITÉ DEL DOLOR Y LA PARTICIPACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESTE COMITÉ.

EN EL PRESENTE INFORME SE DESCRIBEN ALGUNAS DE LAS ACTUACIONES DIRIGIDAS A LOS PACIENTES, POR EJ. "RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ALGIAS", A DISPOSICIÓN DEL PACIENTE EN EL PORTAL WEB.

COMO BUENA PRÁCTICA SE HA REALIZADO UN ESTUDIO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y SENSIBILIZACIÓN CON LA GESTIÓN DEL DOLOR DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.