



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 Infanta Elena**

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

## Equipo de Evaluación

---

**Dra. Elena Serna Vela**  
**Dra. Piedad López Roldán**



# 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.

---

- Para la realización de este informe se ha procedido a analizar la documentación aportada por la Subdirección General de Calidad, y seleccionar las fuentes documentales que se iban a utilizar para verificar el cumplimiento de los objetivos en los distintos apartados de la evaluación.

- Entrevistas telefónicas en los primeros días de junio con la Directora de Calidad, Gestión Ambiental y RS Aula Innovación del H. Universitario Infanta Elena para explicarle los objetivos de la auditoría y solicitarle la documentación a utilizar en las verificaciones, evitando las comprobaciones mediante visita al Hospital por la situación de pandemia.



## 1.1. Funcionamiento de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios.

- Nº de reuniones de la UFGRS mantenidas en el último trimestre... 1

### 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 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 comprueba documentalmente que la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) ha mantenido 4 reuniones a lo largo del año 2020, concretamente los días 9 de Enero, 12 de Febrero, 6 de Julio y 20 de noviembre.

En ellas se han tratado los temas de incidentes de seguridad notificados a través de CISEM Madrid y se ha llevado a cabo un análisis del Estudio ESHMAD (sobre la seguridad en hospitales de la Comunidad de Madrid) realizado en mayo de 2019, donde se revisaron pacientes ingresados y los posibles efectos adversos que ocurrieron, quedando pendiente de la elaboración de propuestas de mejora.

En la reunión del 6/07/2020, en relación con la pandemia por COVID-19 se comenta el seguimiento de úlceras y caídas en los diferentes centros. Consta que se han revisado y no se observan cambios significativos respecto a la época anterior a la pandemia, a pesar de que durante esta época se han registrado brotes en las UCIS de los 4 hospitales.

Se comprueba documentalmente que en la reunión del último trimestre (20/11/2020) se plantearon diversos objetivos y proyectos en relación con el SARS Cov-2:

1.- Estudio de Higiene de Manos que realizará Preventiva, especialmente importante en la situación pandémica.

2.- Se analizó el impacto obtenido por la creación del Bunker Paritorio, con el objetivo de mantener la seguridad en la asistencia materno-infantil. Por su interés, se describe dicho proyecto:

- Con el **Proyecto "Bunker Paritorio" o "Asistencia obstétrica y neonatal en pandemia: mantener la humanización es posible"**, el Servicio de Obstericia adaptó su proceso de atención materno infantil durante la pandemia por SARS COV-2 , para garantizar la accesibilidad a dicha prestación sanitaria con unos niveles óptimos de calidad y seguridad para la unidad parento-filial, sin menoscabo de su humanización. Esta innovación requirió:

- Una modificación de infraestructuras: con un plan de reorganización de la asistencia obstétrica en el hospital, manteniendo la seguridad clínica de la parturienta y el neonato en todo momento. Para ello, el área de paritorio se convirtió en una unidad estanca de paritorio más hospitalización. Así, las gestantes COVID negativas no tenían que ser trasladadas para el puerperio a ninguna otra planta, y para las gestantes COVID positivas se creó un circuito específico. De este modo, en 8 horas se hizo efectivo el Bunker Paritorio donde se pueden llegar a habilitar hasta 12 puestos de ingreso.



- Una decoración participativa: se decidió intentar hacer más agradable la estancia, decorando las paredes del área. Asimismo la fotógrafa del centro elaboró una tarjeta de bienvenida con la foto de los pies o las manos de los recién nacidos para presentar al niño a los familiares y amigos por Whasap y evitar visitas en el puerperio.

Por otra parte, se mantuvo la práctica habitual de no separar el binomio madre-hijo y promover el contacto precoz piel con piel, la lactancia materna y garantizar el acompañamiento de las gestantes las 24 horas con todas las medidas de seguridad (cribado epidemiológico, estudio por PCR de la gestante, higiene de manos y uso de mascarillas), proporcionando a los acompañantes todo lo necesario (incluidas las dietas) para evitar la salida innecesaria del área y minimizar el riesgo de contagio. Esto se aplicó también a las gestantes con PCR positiva.

- La implantación del Protocolo de Alta Puerperal Temprana: Ofreciendo a las púerperas el alta a domicilio a las 24 horas del parto, con una visita al día siguiente para exploración del recién nacido, realización de pruebas metabólicas y control de la madre. Este protocolo se consensuó entre los Servicios implicados, se fijaron indicadores neonatales con Calidad y se diseñó un cuadro de mando informático para su monitorización. Estos incluyeron: necesidad de control posterior, número de visitas a Urgencias en el primer mes de vida y número de ingresos. En la actualidad, tras recuperarse la distribución habitual en la nueva normalidad, este Protocolo sigue funcionando.

Los resultados del Proyecto Bunker Paritorio han sido: Durante este periodo han nacido 181 niños, se beneficiaron del alta temprana 80 madres y el grado de satisfacción se manifestó con mayor número de agradecimientos por escrito (16). Solo 3 pacientes fueron COVID + y no hubo contagio en sanitarios. No hubo mortalidad perinatal y ninguna madre presentó complicaciones puerperales ni tardías. Tampoco hubo diferencias sustanciales en las visitas a Urgencias y los ingresos en el primer mes de vida entre el grupo de alta temprana y el grupo de alta normal, salvo un aumento del número de ingresos de recién nacidos de alta temprana que fueron remitidos a Primaria.

## 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 ..... 1

#### 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:**

En la documentación aportada se encuentra el acta de la reunión realizada el 28/10/2020 sobre la Ronda de Seguridad de Urgencias y en la que se trataron en relación con el impacto SARS Cov-2 los siguientes temas:



- Rediseño de los circuitos para la atención segura de pacientes y protección de los profesionales. Se revisaban periódicamente en función de las necesidades. Se comprueba mediante los planos remitidos.

- Definición de un Plan de Contingencia en caso de rebrote en las diferentes áreas asistenciales y no asistenciales del hospital. Se comprueba documentalmente su elaboración en mayo de 2020 para los 4 hospitales públicos del grupo (FJD, HURJC, HUGV y HUIE). Incluye los escenarios para que éste sea activado y propone medidas como la ampliación de camas, circuito reevaluación COVID y seguimiento telefónico conjunto con otros servicios, responsables de la información a familiares, así como la formación del personal por parte del servicio de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) y Preventiva, adecuación de limitación de aforo en las salas de descanso, y vacunación a todo el personal asistencial del centro. Se verifica la existencia del documento y su contenido.

En relación con la atención de Urgencias en general, se trató lo siguiente:

- Análisis de riesgos de la seguridad del paciente (SP) mediante una matriz de riesgos, identificándose entre otros, dos de alto impacto, en concreto, los errores en la administración de medicación y el diagnóstico incorrecto del paciente politraumatizado. En el primero se recoge la medida a implantar y su evaluación. En el segundo riesgo, la medida no se ha podido poner en marcha por la pandemia, y se retrasa para el 2021.

- Protocolización de intervenciones innecesarias ("no hacer gasometrías arteriales innecesarias en Urgencias"). Se definen las medidas a aplicar para realizar esta prueba.

- En cuanto a efectos adversos, se analizó el error de acceso a Informes Radiológicos y se propusieron medidas correctoras.

- En respuesta a las reclamaciones recibidas, se redefinen los circuitos de información y los responsables de la información en los distintos momentos del proceso asistencial.

- Se realizan Propuestas de Mejora en relación a: prestaciones y agilización en analíticas desde Urgencias, en Circuito de críticos, en el Protocolo de ubicación de pacientes mayores vulnerables.

Todas estas actuaciones se comprueba que están documentadas.

No se realizaron más rondas de seguridad este año por la situación de pandemia.

### 3. Identificar áreas de mejora para optimizar la seguridad del paciente quirúrgico

#### 3.1 Informe sobre la auditoría 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 verificara alguna de las acciones realizadas por el centro, considerándose cumplida cuando aunque no esté implementada, esté planteada para 2021.

**Verificación:**

Se verifica la elaboración de un cuadro donde se señalan tanto las deficiencias detectadas en la auditoría de cirugía segura, como las mejoras implementadas.

**Dentro de las Acciones de Mejora consecutivas a la auditoría de Cirugía Segura se señalan las mas relevantes:**

- Preparación Prequirúrgica con la aplicación de clorhexidina alcohólica al 2% (en el protocolo de preparación quirúrgica consta el pincelado con Clorhexidina y su registro en un documento específico). En la muestra estudiada el porcentaje de dicho registro fue de 97,6% y su cumplimiento del 81,63%. Se ha cambiado el sistema de registro de la información de este punto.

Se comprueba documentalmente dicho cambio.

- Mantenimiento de la Normotermia Perioperatoria. Se ha realizado el "Protocolo de Normotermia en Paciente Quirúrgico" (HUJE 12.1-P19) desde Abril de 2019 y se ha comprobado documentalmente (en 2018 no estaba implantado). Asimismo, se comprueba que existe el "Procotolo de control de Hipotermia Perioperatoria".

- Actualización de la Profilaxis Antibiótica aún en fase de revisión y aprobación por parte de algunos servicios Qx, para modificar el protocolo antiguo. Se comprueba documentalmente.

## 4. 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 la calidad percibida .....13

### 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 planteamiento para 2021, aunque no se haya implementado en 2020.

**Verificación:**



Se comprueba mediante las actas la realización de cinco reuniones del Comité de Calidad Percibida (08/01/2020; 04/03/2020; 15/07/2020; 04/09/2020 y 04/11/2020).

Se verifica en el contenido de estas actas que se analizan las reclamaciones, y las encuestas de satisfacción del 2019, haciendo una comparativa con el año anterior. En cada reunión se hace un seguimiento de todas las iniciativas que se ponen en marcha, así como de las pendientes.

Se comprueba en la página web del hospital la puesta en marcha de distintas iniciativas para reducir las consultas presenciales.

## 5. 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.....Si
- 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 han realizado dos reuniones documentadas mediante las Actas correspondientes (24/02/2020 y 23/11/2020).

#### **Acciones prioritarias implementadas:**

##### 1. Fomentar la continuidad asistencial con Atención Primaria:

No se ha podido comprobar la existencia de actuaciones para fomentar la continuidad asistencial con Atención Primaria, más allá de la participación de un representante de Atención Primaria en las reuniones del Comité del Dolor, debido a que las iniciativas planteadas desde el hospital no han tenido respuesta.

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



- Se ha verificado que se han tratado temas en relación con la atención al dolor, como la creación de una escala específica para valoración del dolor pediátrico en el triaje de Urgencias, que se ha comprobado documentalmente, y la inclusión de la escala EVA como ítem obligatorio antes y después de una intervención quirúrgica y al alta al domicilio.
- Se aporta el Documento de Mejoras del Comité del Dolor en el Servicio de Urgencias del 27/11/2020, como fuente de verificación documental de las actuaciones planteadas o implantadas en este Servicio en relación con el dolor.
- Como Propuestas más relevantes para el año 2020 se recogen: la formación de los médicos de Urgencias en el manejo del dolor severo en pacientes atendidos en la Unidad del Dolor, y la optimización de los pacientes terminales con mal control del dolor en planta mediante videoconferencia con los servicios implicados.
- En el Acta de la Reunión de 23/11/2020 consta la puesta en marcha de actuaciones por medio de la Comisión CoMCovid19, con propuesta de realización de una campaña de concienciación en el hospital para la atención del dolor en pacientes Covid con implementación de escalas PREMS y PROMS para el seguimiento de estos pacientes.



## CONCLUSIONES

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

---

- ✓ Se han mantenido 4 reuniones de la Unidad Funcional de Riesgos, donde se han abordado actuaciones de seguridad del paciente y del personal en relación con la situación de pandemia por el Covid-2.

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

---

- ✓ Se ha realizado una Ronda de Seguridad en el área de Urgencias, que está adecuadamente documentada, evaluándose las acciones planteadas.

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

---

- ✓ Se han analizado los resultados de la Auditoria de Seguridad en quirófano, implementándose medidas correctoras en relación con las áreas de mejora identificadas.

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

---

- ✓ Está documentada la celebración de 5 reuniones del Comité de Calidad Percibida, donde se han analizado las reclamaciones y los resultados de la encuesta de satisfacción, y se ha llevado a cabo un seguimiento de las acciones de mejora planteadas e implantadas.

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

---

- ✓ Se han realizado 2 reuniones del Comité del Dolor, en las que se han abordado los temas de actuación prioritaria, comprobándose la existencia de iniciativas en la continuidad asistencial con Atención Primaria (aunque sin respuesta por parte) y de actuaciones concretas en la atención al dolor.