



**Observatorio Regional
de Seguridad del Paciente**

OBSERVATORIO
REGIONAL DE
SEGURIDAD DEL
PACIENTE

MEMORIA DE
ACTUACIONES

2017

Dirección General de Humanización

CONSEJERÍA DE SANIDAD



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

© Comunidad de Madrid
Edita: Dirección General de Humanización
Consejería de Sanidad.
Soporte: Archivo electrónico
Año de edición: junio 2018
Publicado en España – *Published in Spain*

OBSERVATORIO REGIONAL DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEMORIA DE ACTUACIONES

2017



ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 2017 EN CIFRAS.....	11
I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN	13
I.1. Evaluación del despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020.....	13
I.1.1. Planificación 2017.....	15
I.1.2. Evaluación 2017	16
I.2. Objetivos institucionales de seguridad del paciente	18
I.2.1. Atención Hospitalaria	19
I.2.2. Atención Primaria	23
I.2.3. SUMMA112.....	24
I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios	25
II. PRÁCTICAS SEGURAS Y ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ..	33
II.1. Prácticas seguras a nivel institucional.....	34
II.1.1. Proyectos Zero en las UCIs: Bacteriemia, Neumonía y Resistencia Zero	34
II.1.2. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria: infección de localización quirúrgica.....	34
II.1.3. Higiene de Manos	38
II.1.4. Seguridad del Paciente Quirúrgico	38
II.1.5. Uso Seguro del Medicamento	39
II.1.6. Entornos de Especial Riesgo en Atención Primaria	44
II.2. Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local.....	46
II.2.1. Recomendaciones de seguridad.....	48
II.2.2. Prácticas seguras	50
III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO.....	53
III.1. Actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente:	54
III.2. Sistemas de Notificación y aprendizaje	55
III.2.1. Notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid. 55	
III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento	57
III.3. Comunicación y difusión del conocimiento	58
ANEXOS	61
I. <i>Objetivos institucionales en Seguridad del Paciente 2017</i>	63
II. <i>Distribución de los incidentes analizados. Año 2017</i>	65
III. <i>Prácticas Seguras Generalizables en AH en 2017</i>	71
IV. <i>Recomendaciones de Seguridad Generalizables en 2017</i>	96



RESUMEN

La base estructural de la gestión de riesgos y seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad se inició en 2004 con la creación del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente¹ como órgano central de asesoramiento y consulta del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid sobre seguridad del paciente, que se complementa con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios a nivel periférico en los centros sanitarios, creadas entre 2005 y 2007.

El nombramiento de responsables de seguridad de los servicios clínicos en los hospitales y los centros de salud de atención primaria desde 2011 profundiza en el despliegue de la seguridad a nivel de los centros sanitarios, incluyendo a los profesionales que actúan en el lugar mismo en que tiene lugar la atención sanitaria.

La Memoria de Actuaciones 2017 del Observatorio de Seguridad del Paciente recoge los indicadores y actividades relativos a la seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en 2017, relativos a centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (hospitales, direcciones asistenciales de atención primaria y SUMMA112) y Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad.

En la Introducción se resumen la estructura que trabaja de forma específica por la seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad y las cifras globales de las principales actuaciones realizadas y resultados alcanzados en seguridad del paciente. En los siguientes apartados: “Despliegue de la Seguridad en la organización”, “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente” y “Aprendizaje y conocimiento”, se detallan las actuaciones y resultados obtenidos en 2017 en los distintos niveles de la organización.

El apartado “Despliegue de la Seguridad del Paciente en la organización” comprende el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-20, los objetivos institucionales de seguridad del paciente y la actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (35 en hospitales, 7 en Direcciones Asistenciales de atención primaria y una SUMMA112), en las que participan 752 profesionales que dan apoyo a sus centros en el cumplimiento de objetivos y el desarrollo de las actuaciones en seguridad del paciente.

En 2017, en continuidad con años previos, los centros han abordado un conjunto de objetivos institucionales específicos para cada del nivel asistencial (hospitales, atención

¹ Decreto 53/2017, de 9 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, por el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid

primaria y SUMMA112), que son autoevaluados a final de año y posteriormente auditados por la DG Inspección y Ordenación Sanitaria, estableciendo el cumplimiento alcanzado o los planes de mejora allí dónde no se logra alcanzar la meta fijada.

En el apartado de “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente”, se resume el despliegue de proyectos institucionales (“Prácticas seguras a nivel institucional”) y de la aplicación del ciclo de gestión de riesgos a nivel local (“Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local”).

En 2017, se han abordado 7 grandes líneas de trabajo de seguridad del paciente de carácter institucional, en continuidad con 2016: los Proyectos Zero en las UCIs (Bacteriemia, Neumonía y Resistencia Zero), la Higiene de Manos, la Seguridad del Paciente Quirúrgico, el Uso Seguro del Medicamento y los Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.

En el nivel local, los hospitales, direcciones asistenciales de atención primaria y SUMMA112 han impulsado un total de 9.881 actuaciones para mejorar la seguridad del paciente, con el apoyo de sus correspondientes Unidades Funcionales, que comprenden: las Recomendaciones de Seguridad y Prácticas Seguras, en función del grado de evidencia científica que avala las intervenciones, y las actuaciones locales (medicas correctoras y prácticas seguras locales) vs las generalizables (Recomendaciones y Prácticas Seguras Generalizables), en función del ámbito de aplicación propuesto.

En el apartado de “Aprendizaje y Conocimiento” que cierra la memoria se detalla la línea de formación centralizada en seguridad del paciente, que en 2017 ha impartido formación a 656 alumnos de 11 ediciones de cursos de seguridad del paciente, varios de ellos online.

También se incluye información sobre las comunicaciones de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid, el sistema electrónico unificado de notificación en Atención Primaria y Atención Hospitalaria, en uso por 39 UF.

Sobre comunicación y difusión del conocimiento científico, se recogen herramientas y actuaciones como la Biblioteca Breve de Seguridad del Paciente, el portal de seguridad de la intranet corporativa, las jornadas de trabajo de las UF, la información sobre seguridad del paciente disponible en el Observatorio de Resultados y el grupo de trabajo para la divulgación del conocimiento científico en seguridad del paciente.

INTRODUCCIÓN

El Observatorio Regional de Seguridad del Paciente² es desde 2004 el órgano de asesoramiento y consulta del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid sobre seguridad del paciente.

El despliegue de la seguridad del paciente tanto en las en sus unidades directivas como en los centros sanitarios es coordinado por la Dirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, a través de la Subdirección General de Calidad Asistencial, que dirige el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y establece los objetivos institucionales de calidad y seguridad, tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH) y SUMMA112.

La presente memoria se elabora anualmente para recoger de forma resumida, las actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la seguridad del paciente.

Mientras que el observatorio es una estructura central, a nivel periférico son las 43 Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF) y los responsables de seguridad de los servicios clínicos hospitalarios y los centros de salud de atención primaria los que desarrollan y evalúan periódicamente las actuaciones de mejora de la seguridad del paciente

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 corresponde al tercer ciclo estratégico sobre seguridad del paciente en la Comunidad de Madrid desde 2005, tras el Plan de Riesgos Sanitarios 2005-2009 y la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012.

Las principales fuentes de información para la elaboración de esta memoria han sido la evaluación de 2017 de: la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 (ESP15-20)³, la Memoria anual de actividades de las UF y la evaluación de los objetivos institucionales de seguridad del paciente. Se estructura en tres apartados: Despliegue de la Seguridad en la organización, Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente y Aprendizaje y conocimiento.

² Decreto 53/2017, de 9 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, por el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid

³ Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354638746286&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1162209989406



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 2017 EN CIFRAS

Nº actuaciones en Seguridad del Paciente (ESP15-20) en desarrollo o finalizadas	130
Nº Unidades Funcionales De Gestión de Riesgos Sanitarios (UF)	42
Total Miembros UF	752
Nº Objetivos de las UF	530
Incidentes identificados	21.055
Incidentes analizados	16.554
Porcentaje de Incidentes analizados / identificados	79%
Nº total de actuaciones para mejorar la SP (locales y generalizables)	9.881
Actuaciones derivadas de la notificación de errores de medicación al Portal de uso seguro del medicamento	175
Prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria y del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos (UCI):	
- Densidad incidencia neumonía asociada a ventilación mecánica	3,50
- Densidad incidencia bacteriemias relacionadas con catéter venoso central	2,23
- Tasa de bacterias multirresistentes	2,41
Nº de ILQ (incidencia de ILQ/100 intervenciones)	3,34%
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado lista de verificación quirúrgica	94,6%
Porcentaje de Centros de Salud de Atención Primaria que han desplegado al menos tres actuaciones locales de seguridad del paciente	92,8%
Porcentaje de unidades funcionales del SUMMA112 que han celebrado reuniones de seguridad con participación de los responsables	84,6%
	%
Ediciones Cursos de seguridad del paciente	11
Alumnos que han recibido formación en SP	656
Nº UF (hospitales y AP) que utilizan CISEMadrid	39



I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

I.1. Evaluación del despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud (ESP15-20) establece doce líneas estratégicas estructuradas en cuatro perspectivas -Organización, Agentes y Grupos de Interés, Procesos Internos y Aprendizaje y Futuro, como recoge la Tabla 1-, 92 objetivos estratégicos y 307 actuaciones con 1.022 actividades a desarrollar en el periodo 2015-2020. Anualmente se define el Plan de Acción, que recoge las actividades a desarrollar y evaluar por cada Unidad Directiva (UD).

Tabla 1. Líneas estratégicas de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020

Perspectivas	Líneas Estratégicas
Organización	LE1. Consolidar la cultura LE2. Desplegar la seguridad del paciente en la organización LE3. Continuidad asistencial
Agentes/Grupos de interés	LE4. Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras LE5. Difundir el conocimiento científico LE6. Comunicación y transparencia
Procesos internos	LE7. Impulsar y desplegar prácticas seguras 7.1. Cirugía y anestesia 7.2. Urgencias y emergencias 7.3. Pacientes críticos 7.4. Obstetricia y ginecología 7.5. Pediatría 7.6. Salud mental 7.7. Atención al dolor 7.8. Radiaciones ionizantes 7.9. Cuidados y técnicas de enfermería 7.10. Entornos de especial riesgo en atención primaria 7.11. Uso seguro del medicamento 7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria LE8. Evitar intervenciones innecesarias
Aprendizaje y futuro	LE9. Fomentar la investigación LE10. Facilitar la innovación tecnológica LE11. Potenciar la formación LE12. Desarrollar los sistemas de información

El Comité Operativo de Seguridad del Paciente (COSP), compuesto por representantes de las UD responsables de los diferentes objetivos estratégicos y actuaciones, realiza y apoya la implantación de la estrategia. El COSP es una estructura funcional de asesoramiento permanente de la DG de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Tabla 2. Composición Comité Operativo ESP 2017

UNIDAD DIRECTIVA
DG de Humanización de la Asistencia Sanitaria
Subdirección General de Calidad Asistencial
Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria
Gerencia de Cuidados*
Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria
Gerencia Asistencial de Atención Primaria
Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitarias
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Subdirección General de Epidemiología
Subdirección General de Información y Atención al Paciente
Subdirección General de Investigación Sanitaria
Subdirección General de Continuidad Asistencial
Gerencia SUMMA112

(*) UD incorporada al Comité Operativo en 2017

El Plan de Acción 2017 ha sido evaluado por las 13 UD del COSP. Los criterios de evaluación utilizados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 3: Criterios de evaluación de las Actividades y Actuaciones en la ESP15-20

Criterio de Evaluación	Actividad (*)	Actuación (*)
Finalizada	Está finalizada y no se tiene que evaluar más	Todas sus actividades están finalizadas
En Desarrollo	Se ha realizado lo que estaba programado en ese periodo y va en tiempo, pero su programación todavía continúa	Se ha realizado lo que estaba programado en ese periodo y va en tiempo, aunque haya alguna actividad reprogramada, finalizada o cancelada, pero su programación todavía continúa
Reprogramada	No se ha iniciado o no está finalizada en el periodo programado: no se evalúa en el momento que corresponde y se realiza una nueva planificación de esa actividad	Todas las actividades están reprogramadas (o alguna está cancelada y el resto están reprogramadas)
Cancelada	Actividad programada inicialmente pero que, en el momento actual, se decide suprimir de forma motivada	Se ha decidido no desarrollar esta actuación

(*)Cada actuación se compone a nivel operativo de diferentes actividades, por lo que la evaluación de la actuación depende de la evaluación de cada una de las actividades que la componen, que es lo que la SG de Calidad Asistencial solicita a cada UD

Anualmente, se elabora una memoria de actuaciones de la ESP15-20, que se aprueba por el COSP, a partir de la cual se actualiza la planificación prevista para el año siguiente, en función de la evaluación que aporta cada unidad. A continuación se presenta la planificación y la evaluación de 2017.

I.1.1. Planificación 2017

A continuación se presenta el resumen en tablas y figuras de las actuaciones previstas en la estrategia en 2017, como resultado de la evaluación realizada de 2016.

El Plan de Acción anual (2015-2020) refleja la distribución de actuaciones previstas cada año, resultado de la evaluación anual; hay algunas actividades que son reprogramadas para períodos posteriores a los inicialmente planificados y por eso es preciso actualizarlo anualmente. El año con mayor número de actuaciones fue 2017 (271), siendo progresivamente menor hasta las 174 del año 2020.

Figura 1: Distribución de actuaciones de la ESP por año tras la evaluación de 2016. Planificación 2017



La distribución de actuaciones por año y unidad directiva se muestra en la siguiente tabla. Las tres UD con mayor número de actuaciones son: la SG de Calidad Asistencial, responsable de 112 actuaciones, la SG de Farmacia y Productos Farmacéuticos y la Gerencia de Atención Hospitalaria con 39 actuaciones respectivamente.

El número total de actuaciones que se recogen en la tabla es superior a las 307 en que se desglosa la estrategia, ya que las actuaciones que duran más de un año aparecen más de una vez en la tabla, es decir, tantas como años abarca su ejecución.

Tabla 4. Distribución de actuaciones de la ESP por UD y año

ACTUACIONES POR UNIDAD DIRECTIVA Y AÑO ESP 2015-2020					
UNIDAD DIRECTIVA	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Gerencia Asistencial Atención Hospitalaria*	39	34	21	4	39
Gerencia Asistencial Atención Primaria	13	12	8	1	17
Gerencia de Cuidados	11	10	8	7	16
SG de Farmacia y Productos sanitarios	31	33	28	22	39
SG de Continuidad Asistencial	4	3	4	4	4
SUMMA 112	10	13	11	4	13
Oficina Regional Coordinación Salud Mental	12	12	11	12	12
DG de Sistemas de Información Sanitaria	11	11	6	6	18
SG de Epidemiología	10	7	5	4	10
SG Formación y Acreditación Docente Sanitaria	12	11	11	11	13
SG Investigación sanitaria	6	7	7	7	7
SG de Información y Atención al Paciente	6	5	5	3	7
SG de Calidad Asistencial	106	101	89	90	112
TOTAL	271	259	213	174	307

* Datos provisionales pendientes de nueva planificación

I.1.1. Evaluación 2017

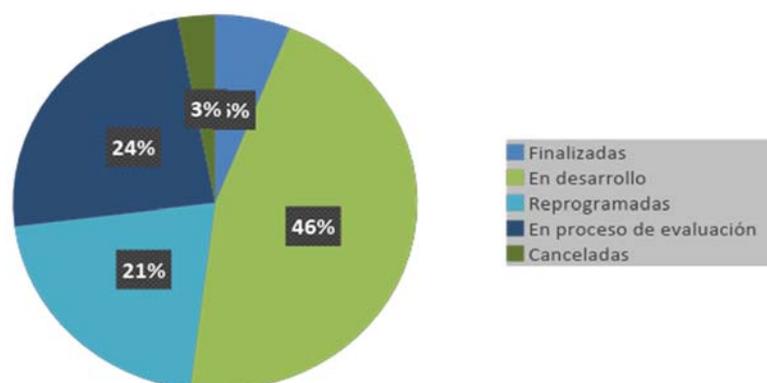
Finalizado el periodo 2017, las UD evaluaron el desarrollo de las 271 actuaciones previstas para ese año (640 actividades). Se presenta la distribución de las actuaciones por situación al cierre de 2017, línea estratégica, UD y estado de ejecución.

Los primeros gráficos que se muestran son relativos a la *evaluación* de las actuaciones, que pueden estar finalizadas, en desarrollo, reprogramadas y en proceso de evaluación. A continuación se muestra el *estado de ejecución* de las actuaciones, presentándose los datos relativos a actuaciones finalizadas, en desarrollo y en proceso de evaluación.

Evaluación y estado de ejecución de las actuaciones 2017

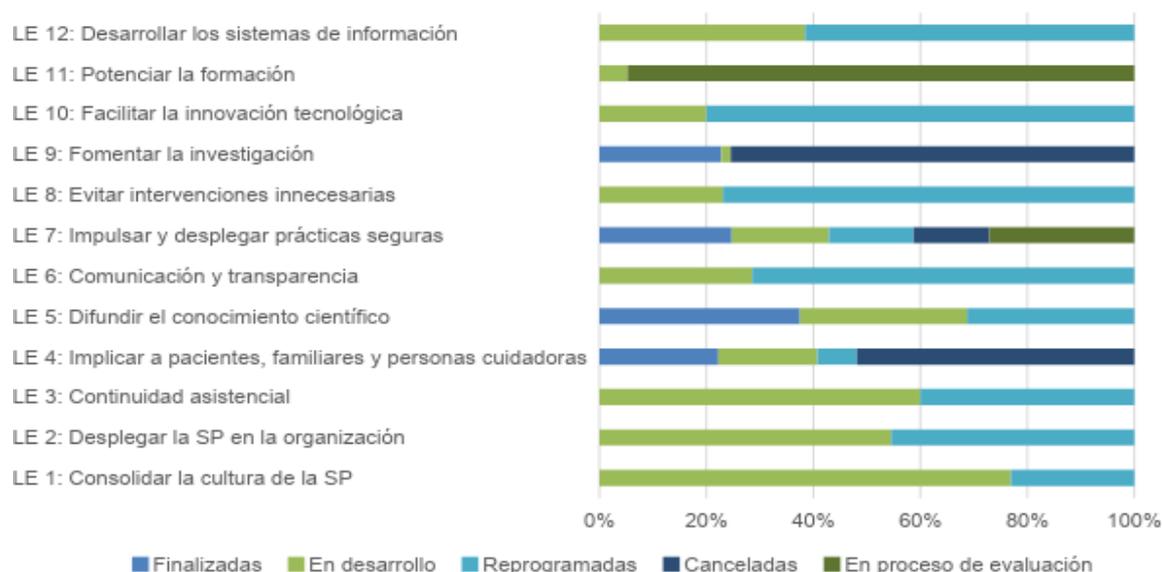
Respecto al resultado de la evaluación de las 271 actuaciones planificadas para 2017, el 46% (126) está en desarrollo, el 24% (67) están en proceso de evaluación, el 21% (55) han sido reprogramadas y el 6% (16) han sido finalizadas, como se aprecia en la siguiente figura.

Figura 2: Evaluación de las actuaciones planificadas en 2017. Evaluación 2017



Con el 86 % de actuaciones evaluadas (el 24% de las actuaciones están en proceso de evaluación), la distribución de actuaciones por línea estratégica es la que muestra la siguiente figura: las líneas con mayor % de actuaciones finalizadas: LE 12 “Desarrollar los sistemas de información” y LE 8 “Evitar intervenciones innecesarias”.

Figura 3: Evaluación de las actuaciones ejecutadas en 2017 por línea estratégica



Sobre el estado de ejecución de las actuaciones, se presentan exclusivamente los datos relativos a actuaciones finalizadas, en desarrollo y en proceso de de evaluación, ya que las actividades reprogramadas han quedado planificadas para años posteriores (generalmente 2017).

En la siguiente tabla se recoge la evaluación de las actuaciones por UD. Las tres UD con mayor número de actuaciones en desarrollo o finalizadas son: la SG de Calidad Asistencial (53), la SG de Farmacia y Productos sanitarios (28) y la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (11).

Tabla 5. Distribución de actuaciones ejecutadas en 2017 por UD

UNIDAD DIRECTIVA	TOTAL	D*	F*	R*	Pr.Ev.	C*
Gerencia Asistencial Atención Hospitalaria	39				39	
Gerencia Asistencial Atención Primaria	13	7	5	1		
Gerencia de Cuidados	11	6	3	2		
SG de Farmacia y Productos sanitarios	34	24	3	5		2
SG de Continuidad Asistencial	4	4				
SUMMA 112	7	7				
Oficina Regional Coordinación Salud Mental	12	6		6		
DG de Sistemas de Información Sanitaria	11	6		5		
SG de Epidemiología	10	8	1	1		
SG Formación y Acreditación Docente Sanitaria	12				12	
SG Investigación Sanitaria	6	1	2			3
SG de Información y Atención al Paciente	6	4	1	1		
SG de Calidad Asistencial	106	53	1	34	16	2
TOTAL	271	126	16	55	67	7

*D: En desarrollo. F: Finalizada. R: Reprogramada. Pr.Ev.: En proceso de evaluación. C: Cancelada

En resumen, en 2017 se han evaluado 271 actuaciones (52% en plazo-en desarrollo o finalizadas) y reprogramado 55 (21% de las 271 planificadas inicialmente para 2017).

1.2. Objetivos institucionales de seguridad del paciente

Junto a otros objetivos del área de calidad, la Subdirección General de Calidad Asistencial establece anualmente objetivos institucionales de seguridad del paciente para los centros sanitarios. Durante el período de vigencia –anual- los centros sanitarios despliegan las actuaciones necesarias para su consecución y al final del período, los objetivos son evaluados y en el caso de no haberse alcanzado la meta establecida para el centro, éste desarrolla un plan de mejora para ejecutar y evaluar específicamente al año siguiente.

A continuación se detallan los resultados de la evaluación de los objetivos institucionales de 2017 de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA112.

I.2.1. Atención Hospitalaria

En este apartado se presenta una descripción de los principales resultados obtenidos en cada uno de los siete objetivos del año 2017 relativos a la seguridad del paciente.

Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro:

Como en años anteriores, en 2017 se determinó que cada centro implantara al menos cinco objetivos propios de seguridad del paciente. De estos cinco objetivos, que han de ser diferentes a los ya establecidos a nivel institucional, al menos dos se consideran prioritarios: desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias y la seguridad en el área de Obstetricia y Ginecología.

En este sentido, el 100% de los hospitales ha establecido al menos 5 objetivos, con un global en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud de 352 objetivos definidos y una media de 10 por hospital. Tanto el objetivo de seguridad relativo a las prácticas innecesarias como el de seguridad en el área de obstetricia y ginecología se han abordado igualmente en el 100% de los hospitales.

Despliegue de los objetivos de seguridad del paciente en los servicios o unidades:

Con objeto de avanzar en el despliegue en los centros de la Estrategia de Seguridad, y complementando el anterior se incluyó un objetivo para promover la seguridad en los servicios y unidades.

En este sentido, se establece que al menos el 90% de los servicios o unidades de cada hospital han de establecer 2 objetivos propios, siendo uno de ellos realizar una sesión de análisis de incidentes, o un boletín de seguridad o recomendación o práctica segura implantada. Además, en este objetivo para cumplirse ha de confirmarse el nombramiento de un responsable de seguridad en cada servicio o unidad correspondiente.

Así, globalmente el 94,5% de servicios o unidades hospitalarias cuentan con al menos dos objetivos propios de seguridad; y han sido el 85% de los hospitales los que superaron la meta establecida de que el 90% de los servicios dispusieran de 2 objetivos siendo uno de ellos el definido como prioritario.

Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: “rondas de seguridad”:

En los objetivos institucionales de 2017, este objetivo se concretó con la realización de al menos 6 reuniones o rondas de seguridad en los hospitales generales y 4 en los de apoyo, media estancia y de psiquiatría. Una por semestre tanto en UCI como en Urgencias y en el bloque quirúrgico. Además este año se indicaba que las rondas habían de estar documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Al presentarse la necesidad de reajuste en los plazos, se abrió la posibilidad a los hospitales de los grupos 1, 2 y 3, de realizar 3 rondas en el segundo semestre (en UCI, urgencias y bloque quirúrgico) y las 3 restantes planificarlas para el primer trimestre de 2018. Igualmente, para los hospitales de apoyo, media estancia y psiquiátricos se planteó la alternativa de realizar 2 rondas en el segundo semestre y las restantes planificarlas para el primer trimestre de 2018.

En este sentido, el 88% de los hospitales han realizado o planificado al menos el número de rondas indicadas según grupo, sumando un total de 213 rondas y una media de 6 por hospital. Si tenemos en cuenta aquellos que han cumplido con el número de rondas y también con la evaluación de las mismas y los servicios definidos como prioritarios, la cifra queda en un 68%.

Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos (UCI):

Dado que desde hace años se trabaja con los proyectos “Zero”, con indicadores en objetivos institucionales, es importante incluir la evaluación del registro de casos que se utiliza en estos proyectos, el **Registro ENVIN** (*Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva*), cuya calidad influye en la validez de los resultados de los mismos.

Como objetivo a alcanzar en 2017 se determinó la cumplimentación adecuada si se realizaba registro ENVIN completo durante el periodo del 1 de abril al 30 de junio y registro ENVIN simplificado el resto del año para bacteriemias, neumonías asociadas a ventilación mecánica y bacterias multirresistentes.

En este sentido, de los hospitales cuyas UCIs participan en los proyectos Zero, el 96% cumplimentan durante de los meses de abril a junio el registro ENVIN de forma completa; y durante el resto del año la práctica totalidad realizan al menos ENVIN simplificado.

Por otra parte, este año se ha continuado con el proyecto **Neumonía Zero** con el objetivo de reducir la densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) en las UCI participantes. El objetivo trasladado en 2017 a los centros se ha mantenido como en años anteriores en tener menos de 8 episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica. Así, la media global de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 3,66 episodios/1000 días de ventilación mecánica, por debajo de la meta establecida y también ligeramente por debajo del resultado obtenido en el año anterior.

En cuanto al proyecto de **Bacteriemia Zero** en 2017 volvió a incluirse como objetivo de seguridad del paciente, con la meta de alcanzar una densidad de incidencia de 3 o menos episodios de bacteriemias por 1000 días de catéter venoso central (CVC). La media global de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 1,84 episodios/1000 días de catéter venoso central, por debajo por tanto de la meta establecida e inferior al resultado obtenido en el año previo.

En cuanto al proyecto **Resistencia Zero**, cuyo objetivo principal es reducir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR) de origen nosocomial intra UCI, en el año 2017 la tasa global en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 2,66 pacientes con BMR/1000 días de estancia. Si se compara esta cifra con los valores obtenidos en el año 2015 (en lugar de 2014, año de comienzo del proyecto y con posible infra registro) ha habido una reducción que se sitúa entorno un 40%.

Desarrollo de actuaciones para la mejora de higiene de manos:

El objetivo que se ha trasladado a los centros en el año 2017 para mejorar la práctica de higiene de manos, ha sido el de desarrollar al menos 2 planes de mejora, uno de ellos sobre la evaluación del cumplimiento de la higiene de manos.

Todos los hospitales a excepción de uno han desarrollado al menos 2 actuaciones, sumando un total de 143, con un promedio de 4 por hospital. Igualmente, todos menos uno han abordado tal como se indicaba la evaluación del cumplimiento de la práctica de higiene de manos. En total, el cumplimiento de este objetivo se ha cubierto en el 97% de los hospitales.

Desarrollo de la seguridad en el paciente quirúrgico (cirugía segura LVQ e IQZ):

En este apartado se evalúa la aplicación de medidas destinadas a mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables, algunas de las cuales forman parte de programas o proyectos específicos como Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero. Su inclusión entre los objetivos institucionales permite seguir y evaluar su

grado de implantación en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. En 2017 se han considerado las siguientes actuaciones para la evaluación y cumplimiento de este objetivo.

- **Nombramiento de responsables:** En relación con el Programa de Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero, en 2017 se consideró necesario para el cumplimiento de este objetivo el nombramiento de un responsable quirúrgico y otro de Medicina Preventiva. El 100% de los hospitales con actividad quirúrgica han cubierto dicha condición.
- **Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ):** En 2017 el porcentaje global de utilización del LVQ (número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ con respecto al total de intervenciones quirúrgicas programadas) ha sido de un 94,6% (rango 67-100%), superior al porcentaje alcanzado el año anterior (92%). La meta establecida en el año 2017 marcaba que el porcentaje de utilización en cada hospital fuera superior al 90 %. En este caso han sido 23 de los 29 hospitales con actividad quirúrgica los que han alcanzado este objetivo, el 79% (76% en 2016). Para el cumplimiento de este objetivo, se consideró además necesaria la inclusión del ítem “profilaxis de enfermedad tromboembólica” en el LVQ, circunstancia que se confirmó en el 91,3% de los hospitales en los que era de aplicación y pudo evaluarse esta medida.
- **Adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ):** El proyecto IQZ busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes quirúrgicos mediante la reducción del número de infecciones quirúrgicas que se producen en los hospitales. Propone la aplicación de 5 medidas preventivas específicas de eficacia reconocida, de las cuales 3 son obligatorias para todos los hospitales participantes en el proyecto: adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello. En 2017, se estableció como objetivo institucional la adherencia al proyecto de IQZ, valorando la inclusión en el LVQ de las tres medidas obligatorias.

En cuanto los resultados, el 100% de los hospitales con actividad quirúrgica incluye “Adecuación de la profilaxis antibiótica” en el LVQ. En el caso del “pincelado con clorhexidina”, ha sido el 83,3% de los centros en los que era de aplicación y evaluable, y el 88% para el ítem “eliminación correcta del vello”.

En la evaluación global del objetivo “desarrollo de la seguridad del paciente quirúrgico”, teniendo en cuenta los tres indicadores o actuaciones que en el año 2017 se han propuesto, el 72,4% de los hospitales han alcanzado un cumplimiento completo (21 de los 29 centros en los que es de aplicación).

Implantación en los servicios/unidades de escalas de valoración del dolor:

Aunque los objetivos relativos al dolor no corresponden estrictamente al ámbito de la seguridad del paciente, se incluye el cumplimiento de este objetivo, dado que la Estrategia de Seguridad del Paciente incluye una línea de atención al dolor.

Así, en 2017 se establece como objetivo propio del centro, que al menos un 95% de los servicios o unidades tengan implantadas escalas de valoración del dolor. El 94,5% de servicios o unidades del conjunto de los hospitales refieren tener implantadas las escalas de valoración del dolor. Globalmente el objetivo de superar el 95% de servicios con escalas implantadas se cumple en el 94,1% de los hospitales.

Adicionalmente, se establecieron un conjunto de objetivos para los Comités del Dolor, entre los que se encuentra la promoción de la cumplimentación normalizada y el registro de informes y tratamientos, relacionados con la atención segura al dolor, objetivo que se cumplió en el 91% de los hospitales.

I.2.2. Atención Primaria

Continuando con los objetivos de seguridad del paciente en Atención Primaria marcados desde la Subdirección General de Calidad Asistencial, en 2017 se estableció como objetivo general el despliegue de la estrategia en los centros de salud a través de **actuaciones relacionadas con la seguridad del paciente**, el refuerzo de los responsables de seguridad del paciente por centro de salud y las rondas de seguridad.

Así, en 2017 cada una de las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria debía impulsar que en cada centro de salud (al menos en el 80%) se desarrollaran al menos 3 actuaciones, de entre las siguientes: sesiones formativas de seguridad del paciente, sesiones de análisis de incidentes o acciones de mejora de seguridad del paciente implantadas. En este sentido, 6 de las 7 las Direcciones Asistenciales han alcanzado el objetivo de que más del 80% de sus centros de salud desarrollaran al menos 3 actuaciones, siendo globalmente el 92,8% de los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud.

Con objeto de avanzar en el despliegue en los centros de la Estrategia de Seguridad, y complementando el anterior se mantuvo en 2017 un objetivo sobre la figura del **responsable de seguridad del paciente** en cada centro de salud. En este sentido, el 100% de los centros cuenta con un responsable de seguridad del paciente que participa en la definición y despliegue de las actuaciones desarrolladas por centro.

La participación activa de algún miembro del equipo directivo en reuniones o visitas a los centros de salud con contenido en seguridad del paciente, **rondas de seguridad**, se incluyó como objetivo de calidad de las Direcciones Asistenciales, estableciendo que en al menos un 25% de los centros en cada Dirección Asistencial se había de llevar a cabo una ronda de seguridad. Se han realizado un total de 62 rondas de seguridad, cifra superior a la del año 2016 en que se llevaron a cabo un total de 49. En 3 de las Direcciones Asistenciales se han realizado en más del 25% de los centros de salud y una cuarta ha alcanzado el 23,7%.

Al igual que ocurre en hospitales, si bien el objetivo relativo al dolor no corresponde estrictamente al ámbito de la seguridad del paciente, se incluye el cumplimiento de este objetivo, dado que la Estrategia de Seguridad del Paciente incluye una línea de atención al dolor. Así, en 2017 se estableció como objetivo el nombramiento de un responsable del dolor en cada EAP, circunstancia que se ha cumplido en el 97% de los centros. Igualmente, en cada Dirección Asistencial se ha nombrado un referente del dolor y se ha integrado en la historia clínica la medición del dolor por medio de escalas.

I.2.3. SUMMA112

En 2017 los objetivos institucionales de seguridad del paciente del SUMMA112 han sido relativos a: la implantación de objetivos de seguridad en la Gerencia, reuniones o sesiones de seguridad en las unidades con participación de los responsables, rondas de seguridad e higiene de manos.

Así, se estableció como objetivo la implantación de al menos 5 **objetivos** propios de seguridad del paciente en la Gerencia del SUMMA112, siendo uno de ellos promover la realización de reuniones tipo *briefing* y *debriefing* y otro sobre actuaciones para evitar prácticas innecesarias. En este sentido, se refirieron 12 objetivos, abordándose entre ellos los definidos como prioritarios.

Se estableció también como objetivo que el 80% de las unidades funcionales del SUMMA112 celebraran **reuniones de seguridad** con participación de los responsables. En total 22 de las 26 unidades cumplieron el objetivo (85%), cifra que mejora el 40% del año 2016. Además, el objetivo de realizar al menos una **ronda de seguridad** documentada por parte de los directivos del SUMMA112 en el 80% de las unidades, que se han realizado en un 100% de las 26 unidades.

En relación con las actuaciones para mejorar la **higiene de manos**, se estableció como objetivo institucional el desarrollo de, al menos, dos planes de acción, siendo uno de ellos

sobre evaluación de del cumplimiento de higiene se manos. En total han llevado a cabo 4 planes de acción, habiéndose cumplido también el priorizado.

Dentro de la mejora de la **atención al dolor** se ha realizado un estudio piloto de validación de las escalas del dolor, tanto en adulto como población infantil, y se han puesto en marcha 4 medidas para promover la cumplimentación normalizada y registro de informes y tratamientos.

1.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF) están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios: 34 de Atención Hospitalaria, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA112 en 2017.

En su composición participan, como mínimo, un miembro del equipo directivo y representantes de las áreas de calidad, farmacia y medicina preventiva, pudiendo formar parte de ellas cualquier otro personal que se considere necesario (atención al paciente y mantenimiento, etc.) y, de facto, tienen cada vez más presencia los profesionales sanitarios asistenciales.

La función de las UF es impulsar el despliegue de la seguridad del paciente en su centro, a partir de la actividad de sus miembros, que con un formación específica en materia de seguridad del paciente, abordan la promoción de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en el centro, es decir, la identificación y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación y la propuesta y seguimiento de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.

Anualmente se elabora un informe que recoge el resumen de la información proporcionada durante el año 2017 por las 42 UF y/o Comisiones de Seguridad que funcionan en el Servicio Madrileño de Salud a través del Sistema de Información online de SP de las UF (SIAUF). El citado informe corresponde a una de las actuaciones enmarcadas en el despliegue de la ESP15-20, específicamente para consolidar las UF.

En este apartado de la presente memoria se incluyen los datos globales de las UF en 2017:

- Estructura: Nº UF, nº de miembros, perfil profesional y formación
- Espacio de colaboración y listado de responsables y contactos de las UF y

- Actividad: objetivos, material divulgativo para promocionar la cultura de seguridad, Identificación de incidentes y Análisis de incidentes.

n el siguiente apartado de “Prácticas Seguras y Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente” se recoge información de las actuaciones desarrolladas (recomendaciones y prácticas seguras) por las UF.

Estructura:

En 2017 ha habido 42 UF constituidas: 34 de AH, 7 de AP y 1 del SUMMA 112, con un total de 752 profesionales de todos los ámbitos de la organización sanitaria. El 95% tienen formación en Seguridad del Paciente, con un nivel avanzado o medio del 66% en AH, 77% en AP y 75% en SUMMA 112.

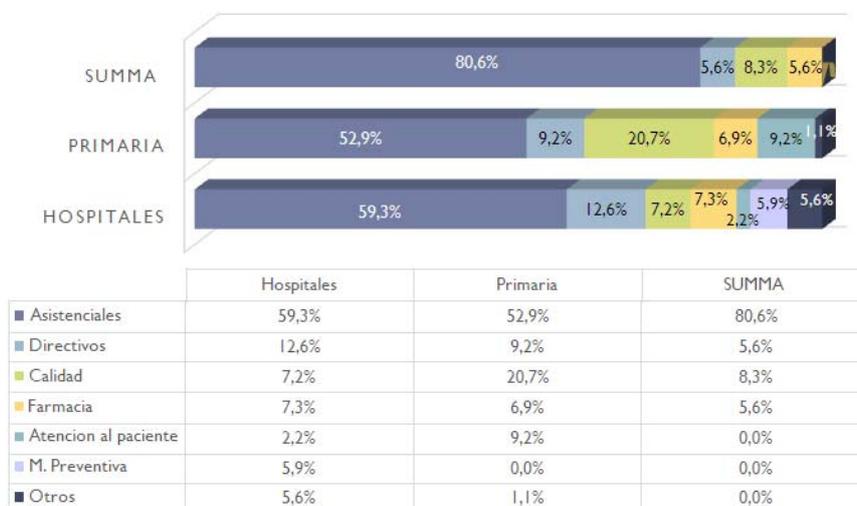
Tabla 6: Estructura de las UF

Número de miembros que componen la Unidad Funcional	AH	AP	SUMMA112	TOTAL
Nº miembros	629	87	36	752
Promedio por UF	18	12,4	36	18

De los 629 miembros que componen las 34 UF de AH, el 59,3% (373) son profesionales asistenciales, seguido del 12,6% (79) que son del equipo directivo de la Gerencia, el 7,2% (45) de la unidad de calidad, el 7,3% (46) de la Unidad de Farmacia, el 5,9% (37) de la unidad de medicina preventiva y el 2,2% (14) de la unidad de atención al paciente.

Los profesionales asistenciales desarrollan su trabajo en el bloque y servicios quirúrgicos (28%), en servicios médicos (24%), en las unidades de críticos (11%), en urgencias (8%), en los dispositivos de salud mental (4%) y en unidades de radiología y medicina nuclear (2%). En las siguientes figuras se muestran los ámbitos de trabajo de los integrantes de las UF.

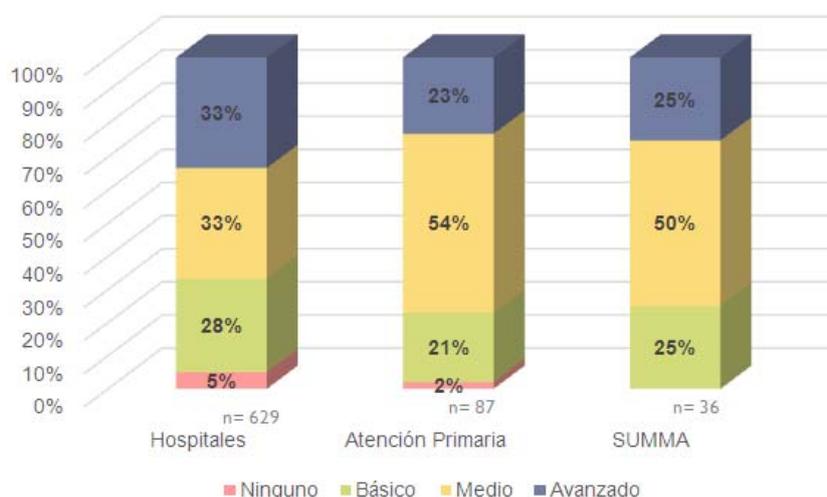
Figura 4. Ámbito de trabajo de profesionales de las Unidades Funcionales



Las 7 UF de AP cuentan con un total de 87 profesionales, de los que el grupo más numeroso, 52,9%, es el de profesionales asistenciales (46), seguidos de los profesionales de la unidad de calidad que suponen el 20,7% (18), los profesionales del equipo directivo de la Gerencia suponen el 9,2% (8), igual que el 9,2% (8) son de atención al paciente y pertenecen a la unidad de farmacia el 6,9% (6).

En cuanto a la formación, en AH, el porcentaje de profesionales formados en SP es de 95. De ellos, de forma global el 66% de los miembros tiene un nivel de formación avanzado o medio. En AP el porcentaje de profesionales de las UF formados en SP es del 98%. De ellos, el 77% tiene un nivel de formación avanzado o medio. La UF del SUMMA112 cuenta con el 75% de sus miembros con un nivel de formación avanzado o medio.

Figura 5. Nivel de formación en SP de los miembros de las UF según ámbito asistencial



Espacio de colaboración y listado de responsables y contactos de las UF:

La composición de todas las UF y los responsables de las mismas se encuentra publicada en la intranet del Servicio Madrileño de Salud, en el Portal de Seguridad del Paciente, donde las UF cuentan con un espacio web específico que sirve de fuente de información, herramienta de trabajo, intercambio de comunicación y base de datos.

Actividad:

En 2017, las 42 UF han establecido en total 530 **objetivos** de SP (promedio de 12,3/UF), como puede apreciarse en la siguiente tabla.

Tabla 7: Objetivos de las UF

Nº de objetivos establecidos por la Unidad Funcional	AH	AP	SUMMA112	TOTAL
Nº Objetivos	424	94	12	530
Promedio por Gerencia	12,5	13,4	12	12,3

Además, el 86 % de las UF han elaborado y difundido 275 materiales divulgativos para promocionar la cultura de seguridad, 245 materiales elaborados por 29 UF de AH, 28 materiales elaborados por 6 UF de AP y 2 material elaborado por el SUMMA112.

El 78% están dirigidos a profesionales; el 22% a pacientes y el 2% a profesionales y pacientes. Los temas tratados con mayor frecuencia son: Información general sobre SP; higiene de manos y medidas de control de infección; uso seguro del medicamento; cirugía segura; notificación y gestión de incidentes en CISEMadrid; comunicación efectiva, cuidados y técnicas de enfermería; Identificación del paciente; alertas en la historia clínica; guías de acogida; rondas de seguridad; radiaciones innecesarias, manejo del dolor.

Los documentos que han adjuntado las UF se encuentran disponibles para todas las UF en el portal de seguridad del paciente.

- **Identificación de incidentes:**

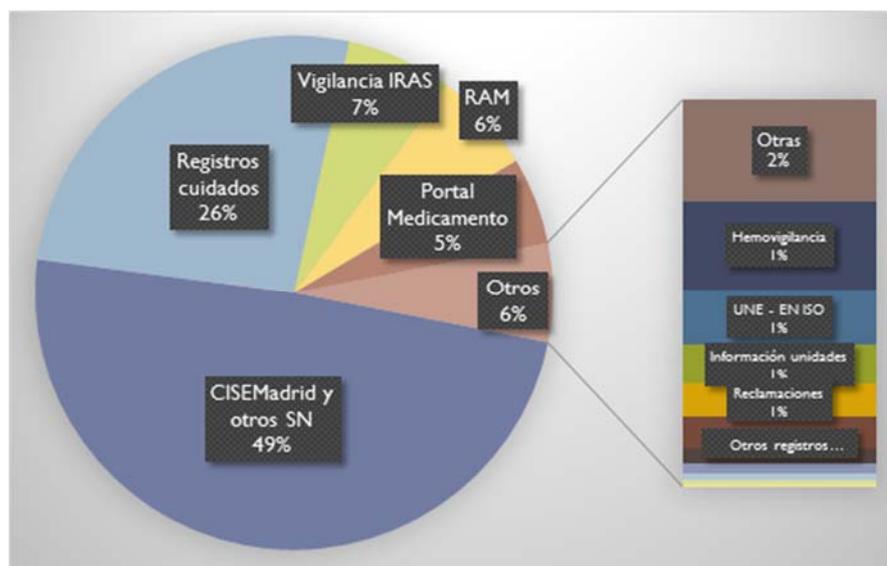
En 2017 se han identificado 21.005 incidentes de seguridad y errores de medicación (17.919 en AH, 3.003 en AP y 83 en SUMMA112). El promedio por cada UF es 488 (superior en AH, 527, y 429 en AP). Todas las UF en AP y 29 (85%) UF en AH han identificado más de 100 incidentes.

Tabla 8: Identificación de Incidentes por las UF

Nº de incidentes identificados	AH	AP	SUMMA112	TOTAL
Nº de incidentes identificados	17.919	3.003	83	21.005
Promedio por Gerencia/ D.A.AP	527	429	83	488

En cuanto a las fuentes de información utilizadas, las tres más utilizadas para identificar incidentes han sido los sistemas de notificación de incidentes (49%; 10.291 incidentes identificados), los registros relacionados con cuidados (26%; 5.532 incidentes identificados) y sistemas de vigilancia de infección relacionada con la asistencia (7%; 1.392 incidentes identificados). Considerando una única fuente para cada incidente identificado, la distribución se muestra en la siguiente figura.

Figura 6. Fuentes utilizadas para la identificación de incidentes



- **Análisis de incidentes**

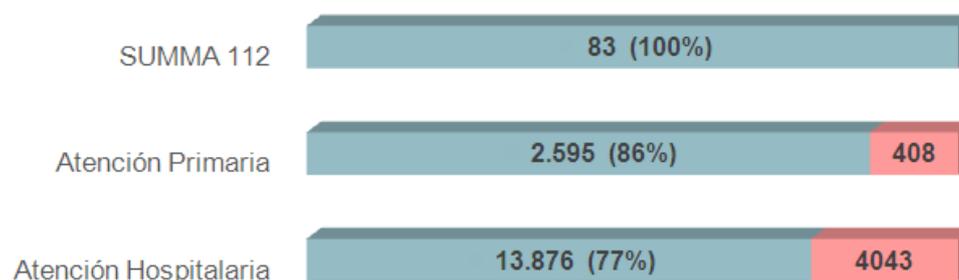
En conjunto se han analizado 16.554 incidentes de seguridad y errores de medicación (385 por UF), que corresponden al 79% de los incidentes identificados. Todas las UF, de AH, AP y SUMMA112, han realizado análisis de incidentes de seguridad.

Tabla 9: Análisis de Incidentes por las UF

Nº de incidentes analizados	AH	AP	SUMMA112	TOTAL
Nº de incidentes analizados	13.876	2.595	83	16.554
Promedio Gerencia	396	371	83	385
Rango	(14-2975)	(281-557)		

En la siguiente figura se muestra el porcentaje de incidentes analizados por entornos asistenciales: en AH se han analizado 13.876 (77% de los incidentes identificados en este entorno), en AP 2.595 (86% de los incidentes identificados en este entorno) y en el SUMMA112 se han analizado 83 incidentes (100% de los identificados).

Figura 7: Porcentaje incidentes analizados respecto a los identificados en AH, AP y SUMMA112



	Atención Hospitalaria	Atención Primaria	SUMMA 112
■ Analizados	13.876	2.595	83
■ No analizados	4043	408	0

En relación con la Clasificación de incidentes analizados según los factores relacionados con que están relacionados, los tres con los que más frecuentemente están relacionados los incidentes analizados son: los medicamentos (30%), los cuidados y seguimiento del paciente (21%) y los accidentes del paciente (15%).

En AH el mayor porcentaje de incidentes analizados están relacionados con los cuidados y seguimiento del paciente (25%), seguido por los medicamentos (23%), los accidentes del paciente (18%), infección relacionada con la atención sanitaria (9%), dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico (4%) y gestión organizativa/citaciones (3%).

En AP: medicamentos (65%), pruebas diagnósticas (7%), factores relacionados con dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico (6%), identificación del paciente (6%) y continuidad asistencial (5%).

Tabla 10: Distribución global de incidentes analizados según los factores con los que estuvieron relacionados (ordenados de mayor a menor) por ámbito asistencial

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	TOTAL	%	AH	%	AP	%	SUMMA	%
Medicación / vacunas	4.955	30%	3.246	23%	1.689	65%	20	24%
Cuidados y seguimiento del paciente	3.493	21%	3.481	25%	12	0%	0	0%
Accidentes del paciente	2.498	15%	2.482	18%	16	1%	0	0%
Infección relacionada con la atención sanitaria	1.219	7%	1.218	9%	0	0%	1	1%
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario	703	4%	539	4%	144	6%	20	24%
Gestión organizativa /Citaciones	506	3%	376	3%	103	4%	27	33%
Pruebas diagnósticas	491	3%	299	2%	191	7%	1	1%
Identificación del paciente	431	3%	274	2%	155	6%	2	2%
Sangre y hemoderivados	361	2%	361	3%	0	0%	0	0%
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	345	2%	299	2%	46	2%	0	0%
Infraestructuras	310	2%	206	1%	102	4%	2	2%
Continuidad asistencial	293	2%	173	1%	117	5%	3	4%
Procedimientos quirúrgicos	287	2%	287	2%	0	0%	0	0%
Procedimientos terapéuticos	249	2%	242	2%	6	0%	1	1%
Valoración clínica/diagnóstico	149	1%	140	1%	8	0%	1	1%
Otros	138	1%	132	1%	2	0%	4	5%
Actividades preventivas	126	1%	121	1%	4	0%	1	1%
TOTAL	16.554		13.876		2.595		83	

En el anexo III, de forma complementaria se facilitan las tablas de resultados relativos a la clasificación de los incidentes de seguridad analizados según los factores con los que estuvieron relacionados en el año 2017 en atención hospitalaria y atención primaria, desglosados por grupo de hospital y dirección asistencial.

II. PRÁCTICAS SEGURAS Y ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La aplicación del ciclo de gestión de riesgos desemboca en el diseño e implantación de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente, evitando la repetición de errores y fallos conocidos y la aparición de otros nuevos. Cuando las actuaciones se apoyan en evidencia científica hablamos de prácticas seguras, que se constituyen en la práctica de referencia para mejorar la seguridad, como las referidas a la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la higiene de manos, la identificación inequívoca, el listado de verificación quirúrgica o los paquetes de medidas de los proyectos Zero en unidades de cuidados intensivos.

Cuando no hay evidencia científica disponible, que es con frecuencia, para avalar una intervención para mejorar la seguridad, pero la experiencia y el consenso de expertos la avalan, hablamos de Recomendaciones de Seguridad.

En la Comunidad de Madrid se continúa con el despliegue institucional de grandes líneas de actuación coordinadas con otros organismos como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y, a través de él, con la Comisión Europea y con la OMS. Este grupo de actuaciones se detallan en el apartado “Prácticas seguras a nivel institucional”.

En el nivel local se despliegan las “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” por los centros y las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, derivadas del ciclo de gestión de riesgos. Hablamos de Prácticas Seguras Locales cuando se apoyan en evidencia científica y Recomendaciones de Seguridad Locales, cuando se apoyan en la opinión de expertos y la experiencia. Cuando las condiciones para ello son adecuadas, las UFGRS promueven su generalización, para extenderlas a toda la organización.

A continuación en el apartado “Prácticas seguras a nivel institucional” se presentan los resultados de los proyectos institucionales abordados en 2017, que incluye: Proyectos Zero en las UCIs, Higiene de Manos, Seguridad del Paciente Quirúrgico, Uso Seguro del Medicamento y Entornos de especial riesgo en Atención Primaria, en continuidad con las de 2016.

En el apartado “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” se resume la información sobre las actuaciones promovidas por las UFGRS en los centros, diferenciando Recomendaciones de Seguridad y Prácticas Seguras.

II.1. Prácticas seguras a nivel institucional

II.1.1. Proyectos Zero en las UCIs: Bacteriemia, Neumonía y Resistencia Zero

Desde 2009 hasta 2017 se han desplegado tres proyectos Zero, Bacteriemia, Neumonía y Resistencia, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Bacteriemia Zero se inició en 2009 para la prevención de bacteriemias relacionadas con la inserción de catéter venoso central en las UCIs y desde entonces se ha mantenido el seguimiento. En 2012 se inició Neumonía Zero para la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica en UCIs, que también se ha mantenido hasta la actualidad y en 2014 se inició Resistencia Zero para la prevención de infecciones por microorganismos multirresistentes.

En 2017, los tres proyectos se han incluido como objetivos institucionales, obteniendo buenos resultados (*el detalle de la evaluación de los objetivos institucionales relativos a estos proyectos se detalla en el apartado "Organización: Evaluación de los Objetivos Institucionales"*).

II.1.2. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria: infección de localización quirúrgica

En el año 2006 se creó el Sistema de Prevención y Vigilancia en materia de Infecciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, mediante la ORDEN 1087/2006, de 25 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo. El objetivo general de este sistema de vigilancia es disminuir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en los hospitales de la Comunidad de Madrid mediante la recogida de una información estandarizada que sea útil para la adopción de estrategias preventivas adecuadas y que permita la evaluación de la eficacia de las mismas.

La infección de localización quirúrgica (ILQ) es una de las áreas prioritarias de vigilancia. Los procedimientos quirúrgicos básicos sobre los que se realiza vigilancia son:

- En adultos: Prótesis de cadera, Prótesis de rodilla, Cirugía de colon, Cirugía de recto, Colectomía, BYPASS coronario con doble incisión, BYPASS coronario con incisión simple (torácico) y Cirugía de mama.

- En niños: Apendicetomía, Herniorrafia, Fusión vertebral y Reducción abierta de fractura o luxación: luxación congénita de cadera.

Tabla 11 Procedimientos quirúrgicos básicos

ÁREA	PROCEDIMIENTO	PERIODO DE VIGILANCIA
<i>Traumatología</i>	HPRO: Prótesis de cadera	Enero a Junio
	KPRO: Prótesis de rodilla	Enero a Junio
<i>Cirugía General y Digestivo</i>	COLO: Cirugía de colon	Julio a Diciembre
	REC: Cirugía de recto	Julio a Diciembre
	CHOL: Colecistectomía	Julio a Diciembre
<i>Cirugía cardiaca</i>	CBGB: BYPASS coronario con doble incisión	Todo el año
	CBGC: BYPASS coronario con incisión simple (Torácica)	Todo el año
<i>Cirugía de mama</i>	BRST: Cirugía de mama	Todo el año (En hospitales que no realicen cirugía cardiaca)

Tabla 12: Procedimientos quirúrgicos básicos en los hospitales infantiles

ÁREA	PROCEDIMIENTO	PERIODO DE VIGILANCIA
<i>Cirugía General y Digestivo</i>	APPY: Apendicectomía	Enero a Junio
	HER: Herniorrafia	Enero a Junio
<i>Traumatología</i>	FUSN: Fusión vertebral	Julio a Diciembre
	FX: Reducción abierta de fractura o luxación: <i>luxación congénita de cadera</i>	Julio a Diciembre

En 2017 se creó un grupo de trabajo con miembros de los Servicios de Medicina Preventiva de diversos hospitales que junto a personal de salud pública de la Comunidad de Madrid, comenzaron a actualizar el protocolo de vigilancia de ILQ para adaptarlo a la vigilancia nacional de ILQ.

A continuación se presentan los principales indicadores relacionados con la ILQ en el año 2017 y se comparan con los dos años anteriores.

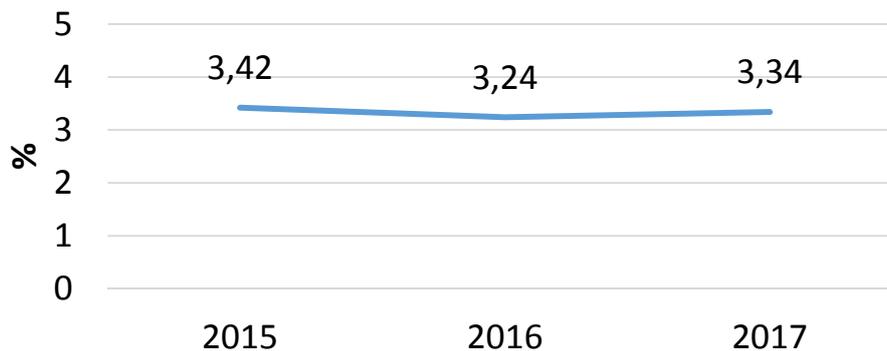
Tabla 13: Número de ingresos, pacientes, intervenciones e ILQ 2015-2017*

	2015	2016	2017
Nº Ingresos	24.928	24.587	26.143
Nº Personas	24.557	24.164	25.727
Nº Intervenciones	25.376	24.995	26.469
Nº ILQ	867	809	883

*Datos de 2015 y 2016 actualizados en 2018

El nº de ILQ en 2017 ha sido de 883 (tasa de ILQ =3,34/100 intervenciones), en el siguiente gráfico se muestra la tendencia en estos años.

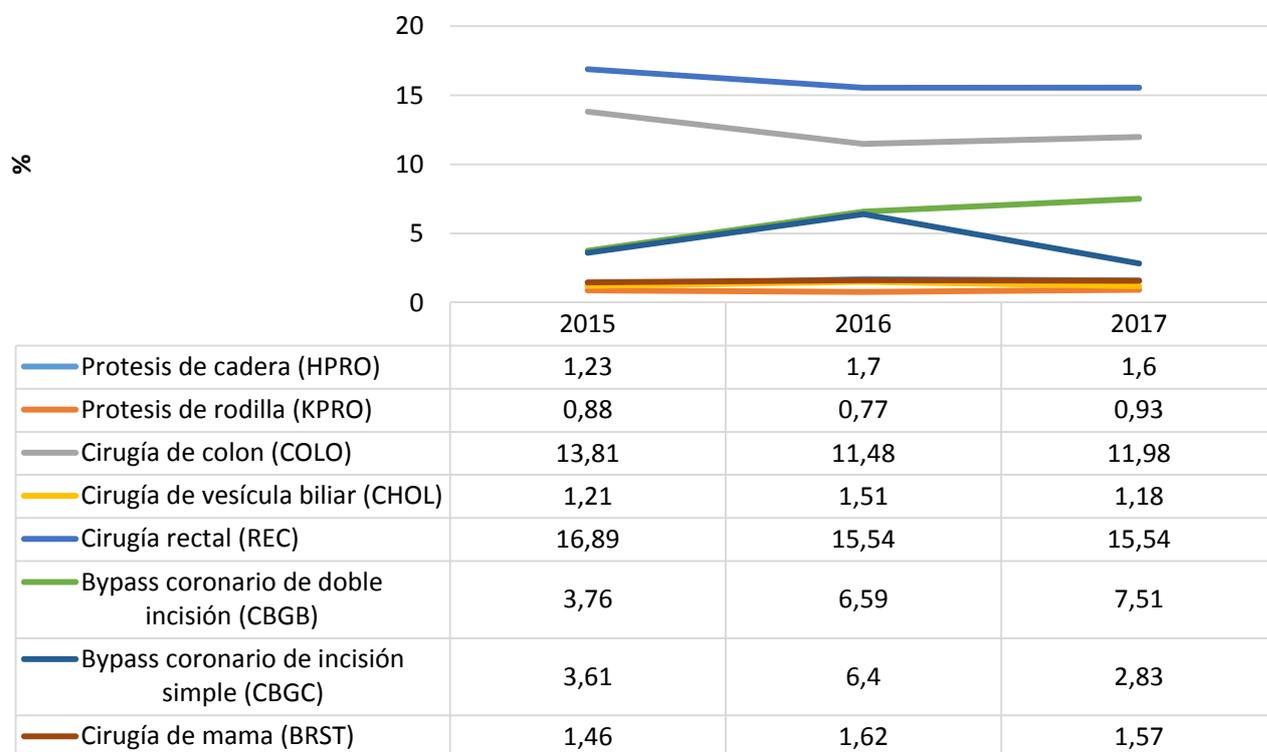
Figura 8: Incidencia global de ILQ. Años 2015-2017*



*Datos de 2015 y 2016 actualizados en 2018

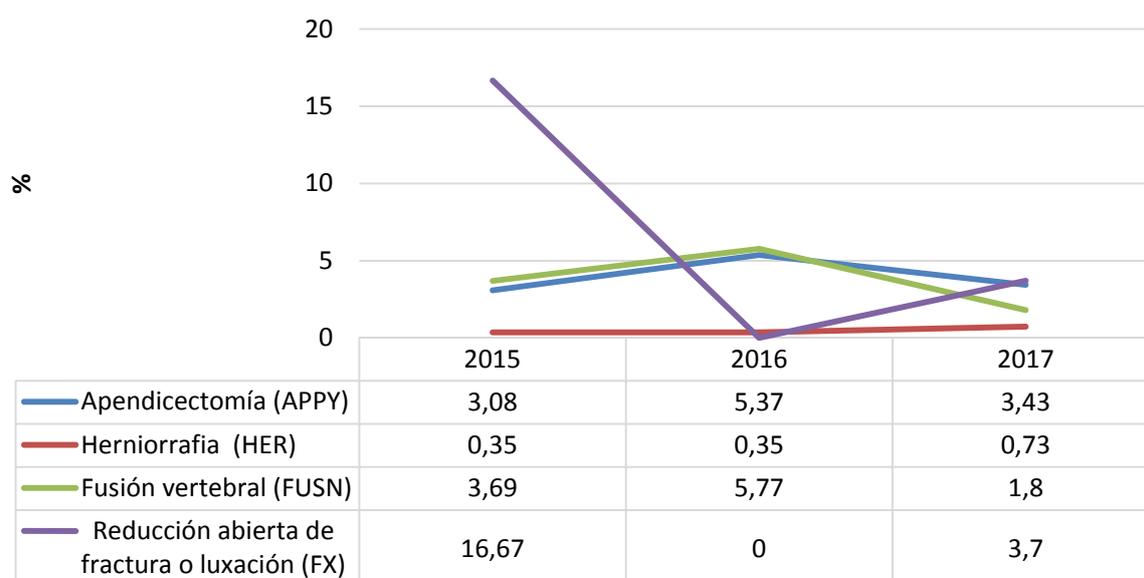
En los siguientes gráficos se muestra la evolución desde 2015 de la incidencia por procedimientos, en adultos y en niños.

Figura 9: Incidencia de ILQ por procedimiento en adultos. Año 2015-2016*



*Datos de 2015 y 2016 actualizados en 2018

Figura 10 : Incidencia de ILQ por procedimiento en niños. Año 2015-2017*



*Datos de 2015 y 2016 actualizados en 2018

II.1.3. Higiene de Manos

La mejora de la higiene de manos es un elemento fundamental en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Por ello, tanto la Consejería de Sanidad como el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desarrollan cada año actuaciones específicas de acuerdo con las directrices de la OMS.

Las actividades más destacadas del proyecto institucional de higiene de manos de la Consejería de Sanidad en 2017 a nivel central han sido las siguientes:

- Se han impulsado actividades de formación, entre las que destacan además de un curso presencial de formador de formadores sobre observación del cumplimiento de higiene de manos, dos ediciones del curso online de higiene de manos de la Consejería de Sanidad.
- Se ha llevado a cabo la evaluación de la práctica de higiene de manos a través del conjunto de indicadores comunes del Sistema Nacional de Salud.
- Se han establecido objetivos de mejora de higiene de manos entre los objetivos institucionales de los centros (*los resultados se recogen en el apartado de Organización de "Evaluación de los objetivos institucionales"*).
- Se han realizado diversas actuaciones con motivo de la celebración del Día Mundial de Higiene de Manos (5 de mayo), entre las que destacan la *II edición del concurso de dibujo infantil de higiene de manos*.

II.1.4. Seguridad del Paciente Quirúrgico

En el año 2017 y como continuación de las actuaciones iniciadas el año anterior para desplegar los Proyectos Infección Quirúrgica Zero (IQZ) y Cirugía Segura (CS), se incluyeron objetivos institucionales, en esta materia, para los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

En este sentido, en 2017, el 100% de los hospitales con actividad quirúrgica han cumplido con el nombramiento de un responsable quirúrgico y otro de Medicina Preventiva.

En cuanto a la implantación del Listado de Verificación Quirúrgico (LVQ) incluido en CS, es un objetivo de calidad incluido desde el año 2009. Como resultado en 2017 el porcentaje global de utilización del LVQ (número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ con

respecto al total de intervenciones quirúrgicas programadas) ha sido de un 94,6% (rango 67-100%), mejorando al porcentaje alcanzado el año anterior (92%).

En cuanto a los resultados centro a centro, la meta establecida en el año 2017 marcaba que el porcentaje de utilización en cada hospital fuera superior al 90 %. En este caso han sido 23 de los 29 hospitales con actividad quirúrgica los que han alcanzado este objetivo, el 79% (76% en 2016).

Además, para el cumplimiento de este objetivo, se consideró necesaria la inclusión del ítem “profilaxis de enfermedad tromboembólica” en el LVQ, circunstancia que se confirmó en el 91,3% de los hospitales en los que era de aplicación y pudo evaluarse esta medida.

Por otra parte, para desarrollar el proyecto IQZ busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes quirúrgicos mediante la reducción del número de infecciones quirúrgicas que se producen en los hospitales, se han desplegado sus tres medidas obligatorias para todos los hospitales participantes en el proyecto: adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello.

En cuanto los resultados, el 100% de los hospitales con actividad quirúrgica ha incluido el ítem “adecuación de la profilaxis antibiótica” en el LVQ. En el caso del “pincelado con clorhexidina”, ha sido el 83,3% de los centros en los que era de aplicación y evaluable, y el 88% para el ítem “eliminación correcta del vello”.

Finalmente, en la evaluación global del objetivo “desarrollo de la seguridad del paciente quirúrgico”, teniendo en cuenta los tres indicadores que en el año 2017 se han propuesto, el 72,4% de los hospitales han alcanzado cumplimiento un cumplimiento completo (21 de los 29 centros en los que es de aplicación).

II.1.5. Uso Seguro del Medicamento

Los errores de medicación constituyen el tipo de evento adverso más frecuente, según los estudios, siendo evitables en al menos un 35% de los casos. Durante 2017, la Consejería de Sanidad ha desarrollado diferentes actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, orientadas a profesionales y pacientes.

A continuación se detallan estructuradas en cinco apartado dichas actividades: las relacionadas con la notificación de errores de medicación, las derivadas de la estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas, la resolución sobre identificación de las vías de administración de medicamentos, las relacionadas con la implantación de un circuito

de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA y los hospitales del SERMAS y otras actuaciones.

Actuaciones derivadas de los errores de medicación notificados en el portal de uso seguro de medicamentos, donde los profesionales sanitarios notifican errores de medicación, de forma anónima en coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios. Se realizan actividades derivadas del análisis de estos errores de medicación, con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir. Durante el año 2017 se han recibido 5.806 notificaciones sobre errores de medicación: 3.326 procedentes de los Hospitales (AH), 1.907 desde Atención Primaria (AP) y el resto de otros ámbitos asistenciales: 278 de la Red de Farmacias Centinela, 283 de las Residencias de Ancianos y 12 del servicio de medicamentos extranjeros dependiente de la de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Durante el año 2017 se han revisado 981 notificaciones del total de errores de medicación comunicados en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos. Se han realizado las siguientes actuaciones:

- Se han remitido a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 82 incidentes para investigación, por posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento.
- Se han evaluado y en su caso, remitido a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 128 incidentes relacionados con el suministro de los medicamentos por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica.
- Se han evaluado 229 notificaciones sobre errores de medicación con consecuencias de daño al paciente, y se han remitido al Centro de Farmacovigilancia (CFV) de la Comunidad de Madrid 216 notificaciones al ser consideradas RAM; 13 notificaciones con daño, no se remitieron ya que el daño fue consecuencia de una omisión del tratamiento tal y como recoge el *Real Decreto 577/2013*.
- Se han evaluado y remitido al Área de Sistemas de Información de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios 33 notificaciones relacionadas con los posibles problemas en las bases de datos de los medicamentos que pueden dar lugar a errores de medicación.
- Se han revisado 509 notificaciones (100%) relacionadas con los errores de medicación cuyas causas han sido los problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, etc. Se ha elaborado un Boletín de Recomendaciones a Profesionales donde se analizaron las notificaciones con esta causa hasta el 23 de noviembre de 2017 y se aporta información al profesional

sanitario sobre el análisis realizado, recomendando al profesional seguir las pautas establecidas en la Comunidad de Madrid para evitar este tipo de errores.

- Se han remitido 14 Notificaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con propuestas de cambio para mejorar las presentaciones de los medicamentos para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos por los pacientes o en la administración por los profesionales sanitarios.
- Se han elaborado 20 Boletines de Recomendaciones a los Profesionales para fomentar el uso seguro de los medicamentos, relacionados con errores de medicación con ciertos medicamentos o grupos de medicamentos que han originado daño o pudieran llegar a producir daño al paciente, relacionados con errores de medicación según diferentes causas o según la etapa donde se originó el error y relacionados con interacciones de medicamentos potencialmente graves.
- Se han realizado otros boletines e informes: 12 Boletines resumen de notificaciones, 12 Boletines para atención especializada y 12 Boletines para atención primaria junto a los informes de seguimiento correspondientes.
- Se ha publicado la nueva edición del Boletín RFC, destinado a la Red de Farmacias Centinela. El primer número: “Errores de Medicación notificados por la RFC. Análisis del Origen del Error”.
- Durante el año 2017 se han publicado un total de 103 Noticias sobre Seguridad de Medicamentos a los profesionales sanitarios, empleando la vía de comunicación del Portal de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Todas las actividades derivadas de los errores de medicación notificados en el portal de uso seguro de medicamentos están recogidas en la Memoria de Actividades 2017 publicada en la intranet y la página de Uso Seguro de Medicamentos: https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/pdf/memoria_anual_2017.pdf

Estrategia de reducción de uso crónico de benzodiazepinas, iniciado el despliegue en el año 2016 en todos los centros de salud de AP y centros sociosanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid, con el objetivo de evitar problemas de tolerancia que pueden aparecer en tratamientos prolongados (dependencia y abuso), así como los efectos adversos (por ej. pérdida de memoria y de reflejos, confusión, riesgo de caídas y fracturas). Los principales recursos se mantienen durante el año 2017 con:

- Programa de formación, con cursos presenciales y online, de todos los médicos y enfermeras de los CS y residencias de mayores.

- Hojas de información al paciente. Se encuentran en:
<https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/BZD/Instrucciones%20uso%20cortador.pdf>
- Un protocolo de registro en la historia clínica electrónica que permite obtener un calendario automático de reducción de dosis.
- Distribución de los cortadores de comprimidos.
- Modelos de entrevista motivacional para los distintos profesionales que pueden participar en el proceso.
- Coordinación con servicios de urgencias de los hospitales y las oficinas de farmacia.

Los resultados de la estrategia durante el año 2017 son los siguientes: 8.722 pacientes tenían algún apunte en el protocolo de la historia clínica. El 83,48% de los pacientes aceptó su inclusión en el programa (más de 5.000 pacientes). La mitad de los pacientes llevaban más de 5 años con la benzodiacepina y casi el 80% no había tenido intentos previos de deshabituación. De los 1.600 pacientes que tienen algún registro en el campo de consecución del objetivo, el 80% tienen un resultado favorable. De los 1.049 que han cumplimentado como había sido esa consecución, el 56% ha conseguido la deshabituación completa y el 44% ha conseguido reducir la dosis. Hay que tener en cuenta que muchos de los pacientes siguen en su proceso de deshabituación. Aproximadamente el 40% sufrió algún efecto adverso durante la deshabituación.

Identificación de las vías de administración de medicamentos:

Tras la firma de la Resolución 609/2016 del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la implantación de un sistema de identificación de vías de administración de medicamentos orientado a mejorar la seguridad en la administración de medicamentos del año 2016, en el año 2017 se procedió a la firma de una nueva Resolución del director general de coordinación de la asistencia sanitaria 609/2016 para la implantación de sistemas de identificación que mejoren la seguridad para actualizar la anterior y facilitar su correcta implantación. Recoge también las modificaciones correspondientes en sus anexos, así como la ampliación de la fecha de entrada en vigor.

Por otro lado se ha realizado:

- Una actualización y mejora del espacio de información al profesional en la intranet,
<https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Identificaciondevias.aspx>

iniciado en 2016, para la implantación de esta práctica segura. En este espacio se incluyen los apartados de documentación y material adicional para el profesional (tarjetas explicativas y posters), apartado de formación y de bibliografía para consulta. Se Incluye la app <http://appweb.farmacoterapia-sanidadmadrid.org> para dispositivos móviles y ordenadores con acceso a internet donde se puede consultar el color de las diferentes vías de administración, así como el etiquetado de fármacos de anestesia.

- Continuación del plan de formación para dar a conocer las instrucciones para la implantación de sistemas de identificación estandarizados y homogéneos, mediante etiquetas, que mejoren la seguridad en la administración de medicamentos y productos sanitarios, con el fin de contribuir a evitar errores de medicación asociados a su uso. Está dirigido a médicos, enfermeras y farmacéuticos de hospital de atención primaria y SUMMA 112.
- Además se ha establecido la compra centralizada de etiquetas para minimizar el impacto económico y para asegurar la necesaria uniformidad en los distintos sistemas utilizados y se han establecido las instrucciones a los centros sobre la compra centralizada de etiquetas.

Otras actuaciones sobre el uso seguro de medicamentos

- Puesta en marcha de un programa de revisión parcial de la medicación realizada por el farmacéutico de atención primaria como medida de colaboración con los médicos de familia para mejorar la adecuación y la seguridad de los tratamientos en los pacientes con mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con la medicación. Estos pacientes son seleccionados por los médicos o por los farmacéuticos de atención primaria, priorizando los pacientes crónicos complejos con nivel de intervención alto, polimedicados, pacientes afectados por alguna de las alertas/contraindicaciones seleccionadas o pacientes de centros socio-sanitarios concertados o privados. En el año 2017 los farmacéuticos de atención primaria revisaron el tratamiento de 1.610 pacientes de una edad media de 80 años y 13,65 medicamentos de promedio y notificaron una media de 6,5 recomendaciones por informe.
- Taller dirigido a población mayor sobre el conocimiento de los medicamentos y su correcta utilización (incluye tema de adherencia y hoja de medicación). En el año 2017 se han impartido 25 talleres. En 10 de ellos han participado también los farmacéuticos de atención primaria.

Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA112 y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud:

Se ha publicado la Resolución del director general de coordinación de la asistencia sanitaria por la que se establece un procedimiento centralizado de gestión de antídotos con el objetivo de establecer una actuación coordinada y en red entre los Servicios de Farmacia del SERMAS para el establecimiento de un sistema centralizado de gestión de antídotos, basada en criterios de seguridad, necesidad y eficiencia. En ella se describe el procedimiento de manera general y se remite al *Procedimiento Normalizado de Trabajo de optimización: Adquisición, Almacenamiento y Distribución de Antídotos* para su implantación. También se incluye el listado de dichos antídotos recogidos en el Anexo de la Resolución.

Se ha establecido un apartado en la Intranet corporativa, <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Antidotos-Inicio.aspx>

donde se recogen los documentos a los que hace referencia la Resolución así como el Formulario de solicitud y el algoritmo del procedimiento de solicitud urgente. Los documentos se han actualizado periódicamente.

Elaboración del listado de antídotos susceptibles de inclusión, Elaboración de Procedimiento Normalizado de Trabajo de suministro centralizado de antídotos, en desarrollo la Implantación mediante Resolución y difusión del Procedimiento Normalizado de Trabajo.

Elaboración de Boletines de Recomendaciones dirigidos a Profesionales para evitar errores con medicamentos de alto riesgo en los Servicios de Urgencia y en atención hospitalaria.

II.1.6. Entornos de Especial Riesgo en Atención Primaria

Aunque la práctica clínica en atención primaria es razonablemente segura si tenemos en cuenta la baja frecuencia de eventos adversos y el elevado porcentaje que son leves, tiene unas características que hacen que la seguridad del paciente sea una prioridad: un porcentaje elevado de evitabilidad, el importante número de incidentes que se notifican, el elevado número de personas que son atendidas en sus consultas y en el domicilio, la asunción de cuidados y tratamientos que tradicionalmente se realizaban en los hospitales (cirugía menor, cuidados paliativos, manteniendo de catéteres de vía central...), la realización de cuidados cada vez más complejos y técnicos con aumento de los dispositivos médicos invasores (catéteres urinarios, naso gástricos) y el manejo y control de medicamentos de alto riesgo, como son las insulinas o los anticoagulantes orales.

En este sentido, la atención en consulta es el proceso asistencial de mayor riesgo y, dentro de éste, la prescripción y administración de medicamentos por profesionales sanitarios y los procedimientos terapéuticos. Aunque la medicación es el tipo de incidente más frecuente en el proceso de prescripción y procedimientos en consulta, son también relevantes los relacionados con dispositivos médicos y con la identificación del paciente.

En la gestión de pruebas de laboratorio y muestras biológicas hay que prestar especial atención a la extracción y recogida de muestras así como a la carga, recepción y entrega de resultados. En el proceso de extracción y recogida de muestras los incidentes que se producen con mayor frecuencia están relacionados con los dispositivos y la identificación del paciente.

En la gestión de pruebas diagnósticas los incidentes se producen fundamentalmente durante el proceso de carga, recepción y entrega de resultados y tienen que ver con la valoración y diagnóstico (retraso o erróneo), la identificación del paciente errónea en los resultados o la entrega.

En 2017, además de los objetivos institucionales de Atención Primaria descritos en el apartado I.1. de este documento, también la ESP15-20 despliega una línea específica en AP, cuyas actuaciones en este período han sido:

En relación a la **seguridad de los pacientes atendidos en las consultas** de los CS se han desarrollado diferentes actuaciones con la consecución de los siguientes objetivos:

- Se ha conseguido el acceso a la historia Clínica electrónica desde el 100% de los puntos de atención.
- Se ha difundido a los profesionales el documento de recomendaciones para el almacenaje seguro de medicamentos en los centros de salud
- Se ha elaborado y difundido una recomendación de seguridad generalizable con indicaciones a los centros para que elaboren un protocolo de interrupciones innecesarias en consulta.

Respecto a la **atención a los pacientes en el domicilio**:

- El 81% de los centros (212) ha difundido entre los profesionales de su centro el procedimiento interno para la gestión de avisos domiciliarios y lo ha incorporado a su reglamento de régimen interno
- Se ha elaborado y difundido una lista de verificación dirigida a los profesionales para mejorar la seguridad de los botiquines caseros, así como unas recomendaciones dirigidas a los pacientes y cuidadores para una adecuada conservación de los medicamentos en el domicilio.

En relación a mejorar la seguridad en la **utilización de medicamentos con especial riesgo en AP:**

- Se continúa trabajando en la elaboración, difusión e implantación de circuitos de coordinación entre las direcciones asistenciales de AP y hospital/es de referencia que garanticen la continuidad asistencial en el **control y seguimiento de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina k.**
- Se ha elaborado un documento con medidas de seguridad en el control y seguimiento en AP de los pacientes en tratamiento con **anticoagulantes de acción directa.**

En cuanto a mejorar la **seguridad del paciente en la gestión de pruebas diagnósticas.**

- En el 73% de los centros (191) está implantado el circuito de revisión de resultados de pruebas diagnósticas, incluyendo la revisión de resultados ante profesionales ausentes
- Se continúa trabajando en la elaboración, difusión e implantación de los circuitos de coordinación entre las direcciones asistenciales de AP y hospital/es de referencia sobre **notificación de alertas de resultados analíticos con valores críticos.**
- Se están elaborado circuitos de coordinación entre las direcciones asistenciales de AP y hospital/es de referencia sobre **comunicación de resultados urgentes con el servicio de anatomía patológica de cada hospital de referencia**
- Se están elaborado circuitos de coordinación entre las direcciones asistenciales de AP y hospital/es de referencia sobre **comunicación de resultados urgentes con el servicio de radiología de cada hospital de referencia.**

II.2. Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local

Las prácticas seguras y proyectos institucionales descritos en los apartados previos constituyen actuaciones de carácter general. Además de estas actuaciones, que se desarrollan en todos los centros sanitarios, cada uno de ellos, con el apoyo de las Unidades Funcionales, realizan actuaciones para mejorar la SP derivadas de la identificación y análisis de los incidentes que se han notificado en ellos. Estas actuaciones se recogen a través del informe de actividad de las UF y se clasifican en Recomendaciones de Seguridad y Prácticas Seguras, en función de la evidencia científica disponible.

Si no hay estudios concluyentes o la evidencia científica no es sólida hablamos de **Recomendaciones de seguridad.** Éstas pueden aplicarse a nivel local y entonces hablamos de “medidas correctoras (RSL)” o pueden aplicarse de manera más generalizada (a varios o a

todos los CS o a más de un servicio de uno o varios hospitales) y entonces hablamos de “*recomendaciones de seguridad generalizables (RSG)*”.

Si hay una sólida evidencia científica de que son efectivas en la reducción de riesgos y con una alta probabilidad de mejorar la SP, hablamos de **Prácticas seguras** implantadas. Aquí se incluyen prácticas que han demostrado su efectividad, en función de si pueden aplicarse a uno, varios o a todos los CS de una dirección asistencial, servicios de un hospital (“*prácticas seguras locales, PSL*”) o bien a centros de otros entornos asistenciales y de gestión distintos de los propios (“*prácticas seguras generalizables, PSG*”).

El número total de “*actuaciones para mejorar la SP*” (recomendaciones de seguridad + prácticas seguras) informadas por las UF en 2017 ha sido de 9.881: el 99% actuaciones locales y el 1% generalizables. En la siguiente tabla se muestran desglosadas por ámbito asistencial y tipo de actuación.

Tabla 14: Actuaciones para mejorar la SP por ámbito asistencial y tipo de actuación

Nº actuaciones para mejorar la seguridad paciente	AH	AP	SUMMA112	TOTAL
Nº de medidas correctoras (RSL)	6.946	2.638	15	9.599
Nº Recomendaciones Seguridad generalizables (RSG)	108	10	0	118
Nº de prácticas seguras locales y Generalizables (PS)	162	0	2	164
Total	7.216	2.648	17	9.881

Como se aprecia en la siguiente tabla, los tres factores a los que globalmente se asocian más frecuentemente las actuaciones son: Medicación / vacunas con 4.226 actuaciones (43%), cuidados y seguimiento del paciente, con 1.105 actuaciones (11%) e infección relacionada con la atención sanitaria con 949 actuaciones (10%).

Por entornos, la distribución es igual que la global para AH con 2.493 (35%) actuaciones sobre medicación / vacunas, 1.093 (15%) sobre cuidados y seguimiento del paciente y 947 (13%) actuaciones relacionadas con la infección relacionada con la atención sanitaria; le siguen en frecuencia las actuaciones sobre dispositivos médicos y equipamiento (5%), gestión organizativa /citaciones (4%) e infraestructuras (4%).

En AP son: medicación/vacunas (65 %), seguido de pruebas diagnósticas con un 7% e identificación del paciente con un 6%.

Por último, en el SUMMA112 la mayoría de las medidas correctoras implantadas están relacionadas con: infraestructuras (24%), dispositivos médicos y equipamiento (18%),

seguidas por un 6% de actuaciones relacionadas con infección relacionada con la atención sanitaria, continuidad asistencial, documentación clínica y valoración clínica/diagnóstico respectivamente.

Tabla 15: Actuaciones para mejorar la SP en su conjunto por aspectos con las que están relacionadas

ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SP *	TOTAL	%	AH	%	AP	%	SUMMA	%
Medicación / vacunas	4.226	43%	2.493	35%	1.732	65%	1	6%
Cuidados y seguimiento del paciente	1.105	11%	1.093	15%	12	0%	0	0%
Infección relacionada con la atención sanitaria	949	10%	947	13%	0	0%	2	12%
Dispositivos médicos/ equipamiento	486	5%	338	5%	145	5%	3	18%
Gestión organizativa/ citaciones	421	4%	319	4%	102	4%	0	0%
Pruebas diagnósticas	405	4%	213	3%	192	7%	0	0%
Infraestructuras	375	4%	269	4%	102	4%	4	24%
Identificación del paciente	290	3%	134	2%	155	6%	1	6%
Continuidad asistencial	264	3%	140	2%	122	5%	2	12%
Procedimientos quirúrgicos	246	2%	246	3%	0	0%	0	0%
Documentación clínica/ información/ consen.inform.	219	2%	168	2%	49	2%	2	12%
Sangre y hemoderivados	204	2%	204	3%	0	0%	0	0%
Valoración clínica/diagnóstico	200	2%	189	3%	9	0%	2	12%
Accidentes del paciente	179	2%	163	2%	16	1%	0	0%
Procedimientos terapéuticos	140	1%	134	2%	6	0%	0	0%
Actividades preventivas	97	1%	93	1%	4	0%	0	0%
Otros	80	1%	78	1%	2	0%	0	0%
TOTAL	9.881		7.216		2.648		17	

(*) Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente incluye: Recomendaciones de Seguridad (Locales y generalizables) y Prácticas Seguras (locales y generalizables)

II.2.1. Recomendaciones de seguridad

Recomendaciones de seguridad específicas (medidas correctoras): En 2017 se han implantado 9.599 recomendaciones de seguridad específicas. El 98% de las UF han implantado alguna medida correctora en este periodo: 100% de las direcciones asistenciales de AP (media de 377/UF), y el 97% de las UF de AH (media de 204/UF).

La distribución de los factores con que están relacionadas las medidas correctoras puede apreciarse en la siguiente tabla. Globalmente las medidas correctoras implantadas están

relacionadas con medicación/ vacunas (43%), cuidados y seguimiento del paciente (11%) e infección relacionada con la atención sanitaria (10%).

La distribución de los factores con las que están relacionadas las medidas correctoras, por nivel asistencial (AH, AP y SUMMA 112) es la siguiente:

- AH: medicación/vacunas (35%), cuidados y seguimiento del paciente (15%), infección relacionada con la atención sanitaria (13%) y gestión organizativa /citaciones y dispositivos médicos y equipamiento, con un 4% respectivamente.
- AP: medicación/vacunas (65%), pruebas diagnósticas (7%) e identificación de pacientes (6%).
- SUMMA 112: dispositivos médicos e infraestructuras, con un (20%) respectivamente.

Tabla 16. Aspectos relacionados con las medidas correctoras por nivel asistencial

MEDIDAS CORRECTORAS (RSL)	TOTAL	%	AH	AP	SUMMA 112
Medicación / vacunas	4139	43%	2414	1725	0
Cuidados y seguimiento del paciente	1085	11%	1073	12	0
Infección relacionada con la atención sanitaria	940	10%	938	0	2
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario	463	5%	316	144	3
Gestión organizativa /Citaciones	411	4%	310	101	0
Pruebas diagnósticas	392	4%	200	192	0
Infraestructuras	366	4%	261	102	3
Identificación del paciente	278	3%	122	155	1
Continuidad asistencial	255	3%	131	122	2
Procedimientos quirúrgicos	231	2%	231	0	0
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	213	2%	163	48	2
Valoración clínica/diagnóstico	187	2%	176	9	2
Sangre y hemoderivados	187	2%	187	0	0
Accidentes del paciente	173	2%	157	16	0
Procedimientos terapéuticos	119	1%	113	6	0
Actividades preventivas	83	1%	79	4	0
Otros	77	1%	75	2	0
TOTAL	9.599		6.946	2.638	15

Recomendaciones de seguridad generalizables (RSG): El número total de recomendaciones de seguridad generalizables que se han implantado en 2017 es de 118. El 52% de las UF han implantado alguna recomendación de seguridad generalizable en este periodo: 71% de las direcciones asistenciales de AP (2 de media/UF), y el 50% de las UF de AH (3 de media/UF).

La distribución de los factores con las que están relacionadas las RSG, por nivel asistencial (AH, AP y SUMMA112) es la siguiente:

Tabla 17: Aspectos relacionados con las Recomendaciones de Seguridad Generalizables

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD GENERALIZABLES	TOTAL	%	AH	AP
Medicación / vacunas	31	25%	24	7
Dispositivos. médicos/ equipamiento	15	13%	14	1
Sangre y hemoderivados	9	7%	9	
Valoración clínica/diagnóstico	8	7%	8	
Procedimientos terapéuticos	6	5%	6	
Gestión organizativa/ citas	6	5%	5	1
Infraestructuras	6	5%	6	
Procedimientos quirúrgicos	6	5%	6	
Identificación del paciente	6	5%	6	
Actividades preventivas	5	4%	5	
Accidentes del paciente	4	3%	4	
Cuidados y seguimiento del paciente.	3	3%	3	
Continuidad asistencial	3	3%	3	
Pruebas diagnósticas	3	3%	3	
Otros	3	3%	3	
Doc. Clínica/ información/ consen.inform.	2	2%	1	1
Infección relacionada con la atención. sanitaria	2	2%	2	
TOTAL	118		108	10

En conjunto, los tres aspectos con los que están relacionadas de mayor a menor frecuencia son: 31 de medicación/ vacunas (25%), 15 de dispositivos médicos/equipamiento (13%) 9 relacionadas con sangre y hemoderivados (7%) y 8 de valoración clínica/diagnóstico (7%). En el anexo IV se incluye una tabla resumen de las Recomendaciones de Seguridad Generalizables.

II.2.2. Prácticas seguras

El número total de prácticas seguras en 2017 es de 164: el 59% de las UF han comunicado alguna práctica segura en este periodo (el 71% en AH, 5 de media/UF. El 93% son prácticas seguras locales (153) y el 7% prácticas seguras generalizables (11), que se recogen en detalle en el anexo IV, junto con la tabla resumen de las Recomendaciones de Seguridad Generalizables.

En la siguiente tabla se detallan los aspectos con los que están relacionadas las prácticas seguras que se consideran implantadas, de mayor a menor frecuencia. Los tres primeros son: 46 (24%) de medicación/vacunas, 30 (17%) de cuidados y seguimiento del paciente y 19 (10%) de actividades preventivas.

Tabla 18. Aspectos relacionados con las prácticas seguras por nivel asistencial pendiente

PRÁCTICAS SEGURAS	TOTAL	%	AH	SUMMA
Medicación / vacunas	56	34%	55	1
Cuidados y seguimiento del paciente	17	10%	17	
Procedimientos terapéuticos	15	9%	15	
Procedimientos quirúrgicos	9	5%	9	
Pruebas diagnósticas	9	5%	9	
Sangre y hemoderivados	8	5%	8	
Dispositivos médicos/ equipamiento	8	5%	8	
Actividades preventivas	7	4%	7	
Infección relacionada con la atención sanitaria	7	4%	7	
Identificación del paciente	6	4%	6	
Valoración clínica/diagnóstico	5	3%	5	
Gestión organizativa/ citaciones	4	2%	4	
Continuidad asistencial	4	2%	4	
Documentación clínica/ información/ consen.inform.	4	2%	4	
Infraestructuras	3	2%	2	1
Accidentes del paciente	2	1%	2	
TOTAL	164		162	2

En el anexo III se recoge una tabla resumen y las fichas detalladas de las prácticas seguras generalizables presentadas en 2017.



III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO

En los últimos años se ha desarrollado una línea de formación en seguridad del paciente con el objetivo de proporcionar formación en seguridad del paciente a los distintos niveles de profesionales que componen nuestras organizaciones sanitarias utilizando las distintas tecnologías y metodologías de formación de acuerdo con los objetivos estratégicos.

- Todos los profesionales, deben tener unos conocimientos básicos sobre los conceptos y la magnitud del problema, sobre los sistemas de notificación que tienen a su disposición y sobre la implantación de prácticas seguras.
- Los directivos y los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios requieren una formación más específica orientada a la función de liderazgo y apoyo técnico respectivamente.
- Los miembros de las UF, por su parte, requieren una formación técnica que les permita abordar el apoyo al resto de la organización, así como el análisis de los incidentes y la implementación de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.
- Adicionalmente, la comunicación dentro de la organización es un aspecto fundamental para reforzar la cultura de seguridad del paciente y favorecer el aprendizaje a partir de los fallos y errores. Igualmente los sistemas de notificación de incidentes de seguridad constituyen un pilar del proceso de aprendizaje, que es la base para el impulso de la seguridad del paciente en nuestra organización.

En este apartado se resumen las actividades de formación sobre seguridad del paciente realizadas en 2017 y la actividad derivada de los sistemas de notificación, así como otras actuaciones que también contribuyen a fortalecer el aprendizaje y el desarrollo en seguridad del paciente en nuestra organización desde el ámbito del conocimiento.

III.1. Actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente:

En 2017 las actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente impulsadas por la SG de Calidad Asistencial dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las UF y los Responsables de Seguridad de los Servicios y Centros de Salud, han incluido el diseño y ejecución de 5 actividades diferentes, de entre 6 y 55 horas de formación, con un total de 11 ediciones en conjunto, proporcionando formación a un total de 656 alumnos.

Se han abordado actividades formativas basadas en nuevas tecnologías, como la simulación o los cursos on line, sobre Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios, Resolución de crisis, comunicación de eventos adversos e higiene de manos.

También se ha realizado el diseño de contenidos docentes y virtualización del curso on-line “SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA DIRECTIVOS” de 8h de duración.

En la siguiente tabla se recogen los diferentes cursos, ediciones realizadas y horas docentes de los mismos.

Tabla 19: Formación en Seguridad del Paciente 2017

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA	HORAS	Nº ALUMNOS	DIRIGIDO A
SEGURIDAD DEL PACIENTE: GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS (ON-LINE). ED.1 Y 2	55	252	Miembros de las UF y Responsables de SP de Unidades/Servicios o centros (hospitales, AP y SUMMA112)
HIGIENE DE MANOS (ON-LINE). ED.1 Y 2	50	313	Todos los profesionales sanitarios de centros del Servicio Madrileño de Salud.
OBSERVACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS. FORMACIÓN DE FORMADORES	10	25	Médicos y enfermeras de A. Hospitalaria y AP de M. Preventiva o experiencia en prevención y control de infecciones, con formación en observación del cumplimiento de HM y que vayan a actuar como formadores en sus centros.
SIMULACIÓN			
RESOLUCIÓN DE CRISIS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA CON SEGURIDAD PARA EL PACIENTE. ED. 1, 2, 3 Y 4	7	39	Equipos mixtos de médicos y enfermeras del área quirúrgica
TALLER DE COMUNICACIÓN DE UN EVENTO ADVERSO. HERRAMIENTAS DE SIMULACIÓN. ED. 1 Y 2	6	27 (14+13)	Médicos y enfermeras con actividad asistencial en hospitales o AP, que actuarán como referentes en sus centros

Adicionalmente, otras UD como la SG de Farmacia y Productos Farmacéuticos, así como los propios centros sanitarios, desarrollan actividades formativas en seguridad del paciente, que no están contempladas en este apartado.

III.2. Sistemas de Notificación y aprendizaje

CISEMadrid es el sistema electrónico de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación de la Comunidad de Madrid, implantado en Atención Primaria (2011) y Atención Hospitalaria (2016).

En 2017, CISEMadrid estaba plenamente implantado y en uso por 35 Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (es decir, se realizan un mínimo de notificaciones y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación): 7 (100%) Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y 28 (82%) Hospitales (Fuente: evaluación de objetivos institucionales 2017). En 4 (12%) hospitales está parcialmente implantado, principalmente por identificar y analizar un número muy reducido incidentes y/o errores. En 2 (6%) hospitales no han implantado el sistema (uno de ellos cuenta con un sistema electrónico de notificación local).

IMPLANTACIÓN DE CISEMadrid 2017	
PLENA	7 DA 28 Hospitales
PARCIAL	4 Hospitales
NO IMPLANTACIÓN	2 Hospitales

III.2.1. Notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid

CISEMadrid es el sistema electrónico para la notificación anónima y confidencial, por cualquier profesional, de incidentes de seguridad y errores de medicación desde cualquier puesto de la intranet sanitaria. Sustenta el proceso de gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación por los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de Atención Primaria y Hospitales y Responsables de Seguridad de Servicios y de Unidad en los hospitales. CISEMadrid facilita la incorporación de los errores de medicación al Portal de Uso Seguro del Medicamento, evitando la duplicidad de estas notificaciones.

En 2017 se han producido **12.156 comunicaciones de Incidentes de Seguridad (IS) y Errores de Medicación (EM)**: el 66% en Atención Hospitalaria (AH) y el 34% en Atención Primaria (AP).

Han sido 3.698 comunicaciones más que en 2016, principalmente por mayor notificación en AH (+4.215), con un ligero descenso en AP (-517), si bien los niveles de notificación por Unidad Funcional en AP es alto y lleva años consolidado: 586/UF en AP vs 237/UF en AH en 2017.

De forma global, la actividad es mayor sobre IS (64% de las notificaciones) que sobre EM (36%), sobre todo en Atención Hospitalaria donde se notifican el doble de IS que de EM; sin embargo, en AP la relación es de 1 a 1.

Respecto a la gestión de las notificaciones, de las 12.156 comunicaciones en 2017, el 77% (9.303) se han identificado (es decir clasificado por tipo de incidente o tipo de error y valorado) como IS (75 % respecto a las 7.740 comunicaciones de IS) o EM (82% respecto a las 4.416 comunicaciones de EM). En la siguiente tabla se muestra la mediana de los indicadores de gestión de las notificaciones.

Tabla 20: Indicadores gestión de notificaciones 2017

	COMUNICACIONES	Nº IS – EM IDENTIFICADOS	Nº IS – EM ANALIZADOS	Nº IS – EM CON INFORME VALIDADO
Total SERMAS	12.156	9.303	6.665	5.345
Mediana UFGRS	189	136	94	67

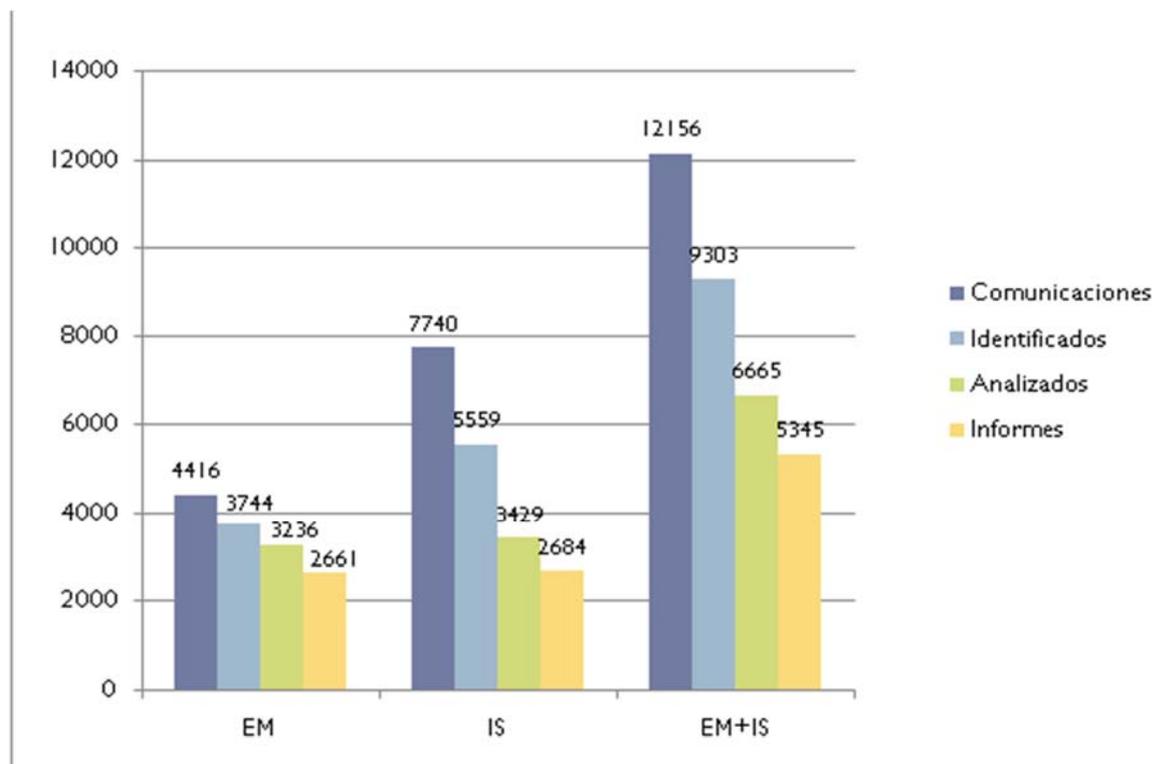
El análisis se ha realizado en el 72% (total 6.665) de los IS (62%) o EM (86%) identificados. Nuevamente el porcentaje es superior en los EM.

Por último, se han validado informes en el 57% de los IS (48%) o EM (71%) identificados, manteniéndose el % de EM con informe validado por encima del de IS.

En resumen, el porcentaje de identificación, análisis e informes validados es mayor siempre para EM, tanto en AH como en AP, si bien el volumen absoluto es menor que el de IS. Por ello, la recomendación general es reforzar la gestión de las comunicaciones de IS, que arrojan aún un margen de mejora, antes que estimular el incremento de la notificación, salvo en los centros en los que el número de comunicaciones es bajo y es necesario promover la notificación.

En el siguiente gráfico se muestran el nº de Comunicaciones, Identificados, Analizados y Con informe validado, global del Servicio Madrileño de Salud en 2017 para los EM, IS o ambos.

Figura 11: Actividad Servicio Madrileño de Salud 2017



III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento

En el portal de uso seguro de medicamentos: (<https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>) los profesionales sanitarios notifican errores de medicación procedentes de los diferentes ámbitos asistenciales hospitalares, atención primaria, red de farmacias centinela, residencias de ancianos y del servicio para el suministro de medicamentos extranjeros de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Se notifica de forma anónima. Una gran parte de los errores de medicación que se recibe desde Atención Primaria y Atención Especializada se cargan directamente desde la aplicación CISEMadrid, donde lo ha registrado el notificador, de modo que facilita su registro en la aplicación, sin duplicar esas notificaciones. Derivado del análisis de las notificaciones y en coordinación con las UFGR, se realizan diferentes actividades con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir estos errores.

Durante el año 2017 se han recibido en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 5.806 notificaciones sobre errores de medicación: 3.326 procedentes de la Atención Hospitalaria, 1.907 desde Atención Primaria y el resto de otros ámbitos asistenciales como la Red de Farmacias Centinela (278), las Residencias de Ancianos (283) y el servicio de medicamentos extranjeros dependiente de la Subdirección de Farmacia (12). Las acciones desarrolladas a partir de estas notificaciones se detallan en el apartado II.1.5. sobre el Uso seguro del medicamento.

Una parte de las notificaciones recogidas en el Portal se incluyen en el total de incidentes de seguridad y errores de medicación notificados, que se obtienen del Sistema de información de las UF (SIAUF) y que se detalla en el apartado I.3.

III.3. Comunicación y difusión del conocimiento

Comunicación:

La comunicación periódica a la organización el desarrollo de la estrategia mediante memorias e informes y su presentación en distintas jornadas y reuniones de carácter periódico, así como toda información de interés en materia de seguridad del paciente, es una actividad transversal que redundará en el impulso de la cultura de seguridad y la normalización del uso de esta información en la actividad cotidiana, de los profesionales sanitarios y no sanitarios y de los gestores y directivos de la organización.

Los elementos desplegados han sido principalmente:

- Documentos con información específica de la organización sobre seguridad del paciente, como las memorias e informes elaborados desde la SG de Calidad Asistencial;
- Jornadas de trabajo de las UF que se desarrollan semestralmente, a las que acuden los miembros de las UF y en las que se presentan los datos de actividad obtenidos a través del Sistema de Información de las UF (SIAUF) e información sobre la marcha de proyectos institucionales y actividades de interés en SP;
- Actualización del portal de seguridad de la intranet, que permite la difusión de información dentro de la organización, así como el trabajo colaborativo de distintos grupos de profesionales (UF, Comité Operativo de Seguridad del Paciente, Proyectos Zero, Cirugía Segura, etc).

En el portal de seguridad se publican regularmente noticias y novedades relativas a seguridad del paciente, informes y memorias, material de cultura de seguridad y prácticas seguras de las UF y material de formación.

En la siguiente tabla se recoge el detalle de los aspectos enumerados en este apartado.

Tabla 21: Elementos desplegados para impulsar la comunicación y la difusión del conocimiento científico en seguridad del paciente

DOCUMENTOS
Publicados en el Portal de seguridad de la Intranet corporativa <ul style="list-style-type: none">• Memoria de evaluación 2017 de la ESP 2015-2020 y Plan de Acción 2018 para el Comité Operativo de la ESP y UF• 2 Informes semestrales de actividad de las UF presentados en las jornadas de trabajo• Informe de CISEMadrid 2017
Publicados en el Portal Salud de internet (Observatorio Regional de Seguridad del Paciente) <ul style="list-style-type: none">• Memoria de Seguridad del Paciente 2016 (http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354680279469&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1162209989406)
JORNADAS
2 Jornadas semestrales de trabajo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios
PORTAL DE SEGURIDAD en la INTRANET CORPORATIVA
Difusión de: <ul style="list-style-type: none">• Informes y memorias• Material de cultura de seguridad y prácticas seguras de las UF• Noticias y novedades• Material de formación de las UF
OBSERVATORIO DE RESULTADOS
Incluye indicadores de efectividad clínica y seguridad del paciente (además de otros indicadores de estructura, actividad, calidad y resultados) de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y Estado de Salud de la población. Está accesible en el portal salud y se pueden desglosar por centro y proporciona información anual desde 2013. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1354183538063

Divulgación del Conocimiento Científico en Seguridad del Paciente:

El Grupo de Divulgación del Conocimiento Científico en Seguridad del Paciente, constituido en 2016, está formado por 17 expertos en documentación, publicación científica y seguridad del paciente de Hospitales, Atención Primaria y SUMMA112, junto con un colaborador del Centro Colaborador Cochrane de la Comunidad de Madrid, y de la propia SG de Calidad Asistencial.

Su objetivo es asesorar a la SG de Calidad Asistencial en el diseño y ejecución de actuaciones para la divulgación de la cultura y el conocimiento científico en seguridad del paciente y participar en la elaboración de productos de divulgación y contribuir a su difusión dentro y fuera de la Consejería de Sanidad.

En 2017 este grupo ha elaborado un catálogo de documentos clave en Seguridad del Paciente, la **Biblioteca Breve de Seguridad del Paciente**, que está disponible en el portal de seguridad de la intranet y en el Portal Salud de internet (http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354662746058&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_servicioPrincipal&vest=1162209989406). La Biblioteca Breve de Seguridad del Paciente recoge 154 referencias y recursos de interés en seguridad del paciente, la mayoría con un link de acceso.

ANEXOS

I. **Objetivos institucionales en Seguridad del Paciente 2017**

HOSPITALES

Objetivo 1: Desplegar la seguridad del paciente en la organización		
Indicador	Fórmula	Meta
1.1. IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO:	Nº de objetivos establecidos	Al menos 5
1.2. DESPLIEGUE DE LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS O UNIDADES:	Nº de servicios o unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente/ Nº total de servicios o unidades	90%
1.3. PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: "RONDAS DE SEGURIDAD":	Nº de rondas de seguridad	En hospitales grupos 1,2,3: 6 rondas documentadas y evaluadas (1/semestre en UCI, urgencias y bloque quirúrgico). 4 rondas en hospitales de apoyo*, ME y Psq (*2 en bloque Qx)
1.4. IMPLANTACIÓN DE CISEMADRID (sistema común de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación)	Implantación de CISEMadrid	Sí (incidentes identificados y analizados)
Objetivo 2: Impulsar prácticas seguras		
2.1. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS (UCI)	Cumplimentación adecuada del registro ENVIN	Registro completo abril-junio
	Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) y bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC)	<=8 NAV y <3 bacteriemias (BACV)
	Tasa de pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI por 1000 días de estancia en UCI	<4 o 10% de reducción respecto al valor de 2015
2.2. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA HIGIENE DE MANOS	Nº de actuaciones	Al menos 2
2.3. DESARROLLO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO (cirugía segura LVQ e IQZ)	Nombramiento de responsables	Un responsable quirúrgico y un responsable de medicina preventiva
	Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ)	>90%
	Adherencia a la Resolución 609/2016 en el ámbito de cirugía (n evaluado)	Adherencia a las recomendaciones
	Adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ)	Al menos las 3 medidas obligatorias

ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo 1: Desplegar la seguridad del paciente

Indicador	Fórmula	Meta
DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) EN LOS CENTROS	$\frac{\text{Nº de centros de salud que han alcanzado el objetivo de desplegar la seguridad del paciente DAS X 100}}{\text{Nº total de centros de salud DAS}}$	80%

SUMMA112

Objetivo seguridad del paciente

Indicador	Fórmula	Meta
Promoción de la seguridad clínica en las Unidades Funcionales (UF)	$\frac{\text{Nº de Unidades funcionales en las que se celebran reuniones o sesiones SP con participación de responsable/Nº total UF}}{\text{Nº total UF}}$	$\geq 80\%$
Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad"	$\frac{\text{Nº de Unidades funcionales en las que se han realizado rondas de seguridad/Nº total de Unidades Funcionales}}{\text{Nº total de Unidades Funcionales}}$	Al menos 1 ronda documentada en el 80% de las Unidades
Desarrollo de actuaciones para mejorar higiene de manos	Nº de planes de mejora implantados	Al menos 2 (1 de ellos sobre evaluación de cumplimiento de HM)

II. Distribución de los incidentes analizados. Año 2017

Por orden decreciente en la frecuencia de los factores con los que están relacionados los incidentes analizados

Hospitales grupo 1:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. EL ESCORIAL	H. U. HENARES	H. U. INFANTA CRISTINA	H. U. INFANTA ELENA	H. U. TAJO	H. U. SURESTE
Gestión organizativa /Citaciones	4	0	13	4	4	1
Infraestructuras	1	2	2	0	2	6
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	8	1	10	6	13	0
Identificación del paciente	4	3	1	7	2	1
Actividades preventivas	0	0	3	1	1	5
Valoración clínica/diagnóstico	1	7	0	3	5	0
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	6	0	2	2	0	2
Pruebas diagnósticas	9	7	6	9	3	7
Infección relacionada con la atención sanitaria	2	61	0	5	0	13
Medicación / vacunas	0	52	39	31	0	38
Sangre y hemoderivados	1	133	3	1	1	0
Procedimientos quirúrgicos	4	1	4	0	0	2
Procedimientos terapéuticos	5	0	0	2	8	0
Accidentes del paciente	0	0	2	82	0	106
Continuidad asistencial	0	0	1	1	0	4
Cuidados y seguimiento del paciente	2	321	49	4	1	4
Otros	2	0	1	1	8	1
Total general	49	588	136	159	48	190

Hospitales grupo 2:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. U. TORREJÓN	H. G. VILLALBA	H. U. FUNDACIÓN ALCORCÓN	H.U. FUENLABRADA	H. U. GETAFE	H. U. INFANTA LEONOR
Gestión organizativa /Citaciones	15	0	40	1	31	18
Infraestructuras	5	6	0	5	5	1
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	12	2	5	1	28	48
Identificación del paciente	5	0	30	0	2	4
Actividades preventivas	9	1	0	0	0	4
Valoración clínica/diagnóstico	12	0	20	0	3	0
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	2	3	0	0	2	2
Pruebas diagnósticas	13	2	25	0	1	5
Infección relacionada con la atención sanitaria	25	15	0	0	4	1
Medicación / vacunas	28	0	51	0	4	65
Sangre y hemoderivados	8	0	0	0	0	39
Procedimientos quirúrgicos	13	0	59	2	1	16
Procedimientos terapéuticos	12	2	3	0	1	7
Accidentes del paciente	0	136	0	0	0	5
Continuidad asistencial	14	1	2	2	26	3
Cuidados y seguimiento del paciente	12	96	10	3	3	320
Otros	0	0	0	0	0	7
Total general	185	264	245	14	111	545

Hospitales grupo 2 (cont.):

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. U. INFANTA SOFÍA	H. U. MÓSTOLES	H. I. U. NIÑO JESÚS	H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	H. U. SEVERO OCHOA	H. C. D. GÓMEZ ULLA	H. U. REY JUAN CARLOS
Gestión organizativa /Citaciones	0	10	1	10	20	19	10
Infraestructuras	0	5	2	7	6	14	4
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	15	46	12	20	7	5	8
Identificación del paciente	1	6	4	2	4	13	15
Actividades preventivas	0	0	0	3	0	0	0
Valoración clínica/diagnóstico	1	0	0	7	0	0	1
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	0	3	1	3	46	7	2
Pruebas diagnósticas	4	2	9	19	2	0	27
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	102	0	59	25	5	30
Medicación / vacunas	37	75	9	174	52	6	67
Sangre y hemoderivados	3	12	19	12	0	0	2
Procedimientos quirúrgicos	3	3	1	10	0	2	1
Procedimientos terapéuticos	0	1	0	12	1	0	9
Accidentes del paciente	2	80	0	100	207	24	168
Continuidad asistencial	0	6	0	2	0	4	2
Cuidados y seguimiento del paciente	2	61	0	89	177	25	46
Otros	0	2	0	0	15	0	1
Total general	68	414	58	529	562	124	393

Hospitales grupo 3:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. U. 12 OCTUBRE	H. U. CLÍNICO SAN CARLOS	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN	H. U. LA PAZ	H. U. LA PRINCESA	H. U. PUERTA DE HIERRO	H. U. RAMÓN Y CAJAL
Gestión organizativa /Citaciones	13	8	2	69	16	35	0	5
Infraestructuras	21	10	0	15	45	6	1	1
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	34	55	8	89	34	23	1	23
Identificación del paciente	19	23	10	32	21	34	9	12
Actividades preventivas	3	7	0	8	8	3	1	3
Valoración clínica/diagnóstico	14	1	1	25	33	0	1	1
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	10	32	2	132	23	3	0	4
Pruebas diagnósticas	12	12	10	53	33	5	1	17
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	2	19	848	2	0	0
Medicación / vacunas	55	0	216	247	1478	200	3	58
Sangre y hemoderivados	3	0	1	2	90	29	0	1
Procedimientos quirúrgicos	3	5	12	20	120	0	0	5
Procedimientos terapéuticos	11	12	3	77	32	18	1	3
Accidentes del paciente	973	276	0	9	2	298	0	2
Continuidad asistencial	11	4	0	47	43	0	0	0
Cuidados y seguimiento del paciente	23	88	297	1158	102	148	7	14
Otros	0	10	1	15	47	0	3	5
Total general	1.205	543	565	2.017	2.975	804	28	154

Hospitales grupo de apoyo, media estancia y psiquiátricos:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. C. CRUZ ROJA	H. U. SANTA CRISTINA	H. GUADARRAMA	H. LA FUENFRÍA	H. VIRGEN DE LA POVEDA	H. DR. RODRÍGUEZ LAFORA	IP. JOSÉ GERMAIN
Gestión organizativa /Citaciones	0	13	0	0	8	0	6
Infraestructuras	0	2	0	0	3	2	27
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	1	9	6	0	5	0	4
Identificación del paciente	1	9	0	0	0	0	0
Actividades preventivas	0	58	0	0	3	0	0
Valoración clínica/diagnóstico	0	4	0	0	0	0	0
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	0	9	0	0	1	0	0
Pruebas diagnósticas	0	1	5	0	0	0	0
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	0	0	0	0	0
Medicación / vacunas	15	31	177	19	0	2	17
Sangre y hemoderivados	0	1	0	0	0	0	0
Procedimientos quirúrgicos	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos terapéuticos	0	0	2	0	19	0	1
Accidentes del paciente	0	0	0	0	0	1	9
Continuidad asistencial	0	0	0	0	0	0	0
Cuidados y seguimiento del paciente	2	0	16	39	1	341	20
Otros	0	12	0	0	0	0	1
Total general	19	149	206	58	40	346	85

Dirección Asistencial de Atención Primaria

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	DA CENTRO	DA NORTE	DA ESTE	DA SURESTE	DA SUR	DA OESTE	DA NOROESTE	SUMMA
Gestión organizativa /Citaciones	9	12	10	55	7	7	3	27
Infraestructuras	35	10	12	10	17	11	7	2
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	31	27	27	11	19	14	15	20
Identificación del paciente	21	22	17	24	44	7	20	2
Actividades preventivas	1	0	2	1	0	0	0	1
Valoración clínica/diagnóstico	2	2	1	1	1	1	0	1
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	11	3	12	7	9	1	3	0
Pruebas diagnósticas	38	13	45	34	12	20	29	1
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	1
Medicación / vacunas	357	194	236	259	217	209	217	20
Sangre y hemoderivados	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos quirúrgicos	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos terapéuticos	2	1	1	1	0	0	1	1
Accidentes del paciente	1	2	1	2	2	2	6	0
Continuidad asistencial	49	4	7	2	39	6	10	3
Cuidados y seguimiento del paciente	0	6	1	1	2	2	0	0
Otros	0	1	0	0	0	1	0	4
Total general	557	297	297	297	297	297	297	297

III. Prácticas Seguras Generalizables en AH en 2017

AREA	TITULO	CENTRO
Medicación/ vacunas	Uso seguro de potasio intravenoso	H.U. FUENLABRADA
	Desarrollo de una herramienta inteligente para la monitorización de la farmacoterapia	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
	Consultas telefónicas para el manejo perioperatorio de la medicación crónica	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
	Valoración integral de la farmacoterapia al ingreso en el servicio de urgencias	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
	Desarrollo APP para la comunicación y seguimiento de los pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Procedimientos Quirúrgicos	Uso adecuado de la Povidona Yodada en el campo quirúrgico	H.U. FUENLABRADA
Pruebas diagnósticas	Not to Do: No realizar Rx de tórax de rutina en pacientes con bronquiolitis hospitalizados	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Sangre y Hemoderivados	Implantación de la enfermera de hemovigilancia	H. U. INFANTA SOFÍA
Continuidad asistencial	Protocolo de transporte intrahospitalario	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
	Curso de RCP para padres de niños hospitalizados con patologías de alto riesgo	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Actividades preventivas	Libera tus manos	H.U. 12 de OCTUBRE

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H. U. Infanta Sofía

Nombre (Título): IMPLANTACIÓN DE LA ENFERMERA DE HEMOVIGILANCIA. EXPERIENCIA EN HU INFANTA SOFÍA.

ÁREA a la que se refiere: Sangre y hemoderivados

SITUACIÓN INICIAL: Con motivo de la implantación del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Transfusión a partir de 2014 se empezaron a medir una serie de indicadores de calidad cuyos resultados no se consideraron aceptables, como el porcentaje de confirmación de la transfusión de los componentes sanguíneos (trazabilidad) que es un requisito legal y era del 87%, el porcentaje de muestras pretransfusionales erróneas o incompletas recibidas en el Servicio de Transfusión que fue del 1,16% y la tasa de comunicación de incidentes relacionados con la transfusión por cada 10.000 componentes transfundidos que fue de 32,5. Además no se estaba impartiendo ningún tipo de formación para el personal que administra la transfusión y existía bajo nivel de conocimiento del circuito de transfusión hospitalario en base a las incidencias y consultas que resolvíamos en nuestra actividad diaria.

Por este motivo, solicitamos a la Dirección la creación de la Enfermera de Hemovigilancia, que es una figura muy extendida en otros países y cuya incorporación ha demostrado la mejora de la seguridad transfusional al dedicarse a la formación del personal que transfunde y realizar una vigilancia activa de todo el proceso transfusional.

DESCRIPCIÓN: Desde marzo de 2015 se incorporó al Servicio de Transfusión, formado exclusivamente por Técnicos de Laboratorio, la Enfermera de Hemovigilancia. Recibió una formación inicial para poder realizar su función de 80 horas impartida por la hematóloga responsable del Servicio de Transfusión sobre legislación aplicable a los Servicios de Transfusión, conocimientos sobre gestión de calidad y norma ISO, guía de transfusión hospitalaria, guía de transfusión de la Sociedad Española de la Transfusión Sanguínea, el sistema de hemovigilancia y el circuito de transfusión del Hospital Universitario Infanta Sofía. Sus objetivos iniciales fueron:

- **Impartir formación sobre transfusión al personal que transfunde:** se realiza en coordinación con la Supervisora de Formación Continuada. Se utiliza una presentación donde se repasa el concepto de uso óptimo de los componentes sanguíneos, los informes de hemovigilancia publicados por el Ministerio de Sanidad y por el propio hospital, el circuito de transfusión hospitalario y la comunicación de efectos adversos. Además se comentan también los incidentes ocurridos en esa unidad y su porcentaje de trazabilidad. Esta formación tiene una duración de 1 hora y es impartida en todas las unidades clínicas del hospital por la Enfermera de Hemovigilancia en colaboración con la hematóloga responsable del Servicio de Transfusión. Durante 2015 se realizaron 22 sesiones formativas con 281 asistentes.

También se imparte esta misma formación al personal de nueva incorporación para suplencias de verano y a los estudiantes del Grado de Enfermería que realizan sus prácticas en el hospital. En 2016 se impartieron 31 sesiones con 280 asistentes y en 2017 40 sesiones con 140 asistentes.

Además se ha elaborado un listado de verificación de extracción de la muestra pretransfusional y un folleto informativo sobre el circuito de transfusión hospitalario.

- **Mejorar el resultado de la trazabilidad de los componentes sanguíneos:** con cada componente sanguíneo el Sº de Transfusión entrega un documento de control transfusional para su cumplimentación por la enfermera que administra la transfusión. Cada día se revisan las transfusiones no confirmadas y se reclaman los documentos no recibidos a las unidades clínicas.

- **Mejorar la detección de reacciones e incidentes relacionados con la transfusión:** se realiza una hemovigilancia activa mediante la revisión de la historia clínica de todos los pacientes transfundidos el día anterior para detectar efectos adversos no comunicados. Además se elabora un registro de casi-incidentes y errores de administración de componentes que se comunican al Sistema Autonómico de Hemovigilancia.

Fecha de Implantación: A partir de marzo de 2015 se incorporó la enfermera de hemovigilancia. En 2017 se ha elaborado un folleto informativo sobre el circuito de transfusión hospitalario dirigido a los profesionales de enfermería.

EVALUACIÓN: La formación del personal que transfunde se ha evaluado mediante la realización de la realización de muestreos de uso correcto de la pulsera de seguridad transfusional: **Pacientes con pulsera correcta del total de pacientes revisados.** En 2015 se revisaron 23 pacientes antes de impartir la formación y el 74% tenía la pulsera correcta. Tras la formación impartida se revisaron 20 pacientes y el 95% de ellos llevaba la pulsera correcta. Estos muestreos se han repetido anualmente con 78% de pulseras correctas en 2016 y 88% en 2017.

También se registran las **muestras pretransfusionales erróneas o incompletas** que se reciben en el Servicio de Transfusión en relación al total de muestras recibidas. En 2014 fue del 1,16% (17/1464x100) sólo se tienen datos desde septiembre 2014, en 2015 1,03% (44/4263x100), 2016 1,54% (65/4209x100) y en 2017 de 0,69% (42/4328x100). En 2016 el aumento fue probablemente debido a un esfuerzo en su registro por los Técnicos del Servicio de Transfusión. En 2017 ya estaba en funcionamiento el listado de verificación de extracción de la muestra pretransfusional.

La **tasa de trazabilidad** se obtiene desde el sistema informático del Sº de transfusión y es el porcentaje de documentos de control transfusional devueltos en relación al número de unidades de componentes sanguíneos enviados para transfusión. En 2014 este valor fue de 87% (5010/5758x100) y pasó al 97% en 2015 (5559/5730x100), 98,9% en 2016 (6010/6072x100) y 99,2% en 2017 (6034/6081x100).

La **detección de incidentes relacionados con la transfusión** se mide como la relación entre el número de incidentes comunicados al Sº de Transfusión o detectados activamente por cada 10000 componentes transfundidos. Ha pasado de 32,5 en 2014 (19/5758x10000), 52,3 en 2015 (30/5730x10000), 54,35 en 2016 (34/6072x10000) y 51 en 2017 (31/6081x10000). En torno al 20% de las reacciones se detectan

por la revisión activa de la historia clínica, especialmente la sobrecarga de volumen que se considera actualmente una de las complicaciones más graves de la transfusión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. The role of the transfusion nurse in the hospital and blood centre. Bielby L, Stevenson L, Wood E. ISBT Science Series 2001; 6: 270-276.
2. The role of the transfusion safety coordinator in Australia. Bielby L et al. ISBT Science Series 2016; 11 (supl 1): 118-125

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H.U. Fuenlabrada

Nombre (Título): USO SEGURO DE POTASIO INTRAVENOSO.

ÁREA a la que se refiere: Medicación / vacunas

SITUACIÓN INICIAL: El uso incorrecto de soluciones concentradas de cloruro potásico por vía intravenosa constituye uno de los problemas más reconocidos y tratados en el campo de la seguridad del paciente. La administración de potasio concentrado por vía intravenosa directa sin dilución previa produce hiperpotasemia y ésta puede conducir a un bloqueo y parada cardíaca.

Las ampollas de cloruro potásico deben administrarse siempre diluidas y a la velocidad adecuada. Las ampollas de potasio pueden confundirse con ampollas de otros electrolitos, anestésicos, suero fisiológico, etc.

La utilización de mezclas estandarizadas de potasio diluido elimina estos riesgos.

DESCRIPCIÓN:

1. Definir las unidades asistenciales en las que es necesario disponer de ampollas de CLK concentrado (se establece que solo estarán disponibles en UCI, pediatría, urgencias pediátricas, carros de parada y Cardiología).
2. Estandarizar las soluciones de potasio que deben utilizarse en el hospital.
3. Adquirir soluciones diluidas de CLK comercializadas y retirada de todas las ampollas de CLK concentrado en las unidades asistenciales.
4. Definir soluciones de CLK a preparar en el servicio de farmacia.
5. Estandarizar la prescripción de CLK intravenoso en el hospital.

Fecha de Implantación: 01/02/2017

EVALUACIÓN: 01/07/2017

Metodología

A los 6 meses se realiza una revisión de las mezclas elaboradas en farmacia (para ajustar stock e intentar disminuir el número de mezclas individualizadas).

Revisión de todo el circuito para detectar posibles errores.

Confirmar que no hay unidades de hospitalización, diferentes a las autorizadas, con ampollas de CLK en sus botiquines.

Indicadores

Nº de ampollas de CLK en un botiquín no autorizado: 0

Nº de errores de medicación notificados en el hospital relacionados con las soluciones diluidas o concentradas de cloruro potásico: 0. Anteriormente tampoco había habido ninguna notificación al respecto.

Resultados

Se revisa informáticamente las salidas de ampollas de CLK del servicio de Farmacia y no se detecta ninguna dispensación errónea.

No se detecta ninguna ampolla de CLK en un botiquín no autorizado.

No ha habido ninguna notificación al respecto.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto para el uso seguro de los medicamentos. Universidad de Salamanca. Recomendaciones para uso seguro de Potasio intravenoso. Ministerio de Sanidad y Consumo – Gobierno de España, 2009. Consultado en red en <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C-CD4/cd.html>
2. Department of Health. Government Western Australia. Policy for use of intravenous potassium chloride. Government Western Australia, July 2005. Consultado en red en <http://www.health.wa.gov.au/CircularsNew/pdfs/11958.pdf>

3. Micromedex Drugdex. Potassium Chloride. Última modificación 18/05/2016. Consultado 23 mayo 2016.

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H.U. 12 de Octubre

Nombre (Título): " LIBERA TUS MANOS "

ÁREA a la que se refiere: Actividades preventivas

SITUACIÓN INICIAL: Se propuso ante la percepción de los mandos intermedios cuando analizaban los 5 momentos de que en las manos del personal de enfermería se portaban objetos que dificultaban la eficacia de las soluciones hidroalcohólicas (anillos, pintura de uñas, extensiones de las mismas, pulseras etc.) y ante los datos de la **"AUTOEVALUACION DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA HIGIENE DE LAS MANOS"**(Herramienta de la OMS): el porcentaje de cumplimiento de higiene de manos estaba entre el 40 y el 70 % en 45 unidades de las 155 incluidas en la autoevaluación. La División de enfermería se planteó un objetivo institucional para el año 2017 alineado con la Estrategia 2015-2020 de seguridad del paciente del Observatorio de Seguridad del Paciente.

DESCRIPCIÓN: Se creó un grupo que realizó el diseño, la periodicidad, la metodología y evaluación del objetivo. Realizándose una observación inicial sin intervención formativa al personal de enfermería, sólo se instruyó a los supervisores sobre los criterios explícitos de la observación directa y una 2ª observación se realizó después de las intervenciones. Las intervenciones fueron de difusión de los resultados y de formación en higiene de manos: Sesión general, 17 sesiones al personal de enfermería, 9 talleres a supervisores de Unidad, además de colocar 350 Carteles informativos con recomendaciones en las unidades.

FECHA DE IMPLANTACIÓN: Marzo 2017

EVALUACIÓN: Se realizaron dos cortes transversales de un día de duración en marzo y octubre del 2017 por turno de trabajo, donde se registraba por el observador externo si el personal que estaba trabajando en ese momento tenía las manos libres de pulseras, relojes, anillos y esmaltes.

Estándares de cumplimiento para el primer semestre: 50%; 2º semestre: 75% .

Indicador: Número de personal de enfermería observado en el hospital que cumple el criterio de "libera tus manos" / Número de personal de enfermería observado

Resultados: 1ª evaluación (preintervención): $1016 \div 2133 = 47\%$ y 2ª evaluación postintervención: $1842 \div 2217 = 83\%$

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H. G. U. Gregorio Marañón

Nombre (Título): e-OncoSalud®: App ad hoc para la comunicación y seguimiento de los pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales

ÁREA a la que se refiere: Medicación/vacunas

SITUACIÓN INICIAL: El uso y número de aplicaciones móviles (app) en el ámbito de la salud ha experimentado una eclosión en los últimos años. Sin embargo, actualmente no existe ninguna app destinada al paciente con cáncer que permita una comunicación bidireccional paciente-profesional sanitario, el seguimiento continuo y registro de las reacciones adversas asociadas a su tratamiento.

DESCRIPCIÓN: e-OncoSalud® es el resultado de un proyecto multidisciplinar que ha contado con un equipo de especialistas del Servicio de Farmacia, Oncología médica y Hematología y que se ha diseñado en base a las características de los pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales y a los puntos de interés y necesidades no cubiertas por las apps disponibles.

e-OncoSalud® es una app única y a medida para la comunicación y seguimiento domiciliario de pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales. Integra toda la información relevante sobre su tratamiento, con el fin de fomentar su papel activo en el control de la enfermedad y aumentar la seguridad de su tratamiento y calidad de la atención.

A nivel funcional consta de 5 módulos:

1. Agenda: diario de actividad en el que puede registrar distintos eventos (cita con su médico, analítica, prueba de imagen...) con alertas personalizables.
2. Tratamiento: fármacos que toma y su posología. Permite visualizar su prospecto y programar avisos.
3. Autocontroles: estado general, presión arterial, peso y reacciones adversas. El paciente los puede registrar con una periodicidad definida, salvo las reacciones adversas, que serán registrados cuando sucedan. El manejo de las reacciones adversas está estructurado en base a un algoritmo de decisión que, en función de una serie de preguntas realizadas para clasificar su gravedad, emite distintas recomendaciones (ver video adjunto).
4. Mensajes: canal de comunicación bidireccional paciente-profesional sanitario para contactar a tiempo real.
5. Consejos: información y enlaces a webs de interés.

Los datos recogidos por la app se envían a través de una interfaz web para que los profesionales sanitarios puedan hacer seguimiento a tiempo real de los pacientes. Además, se envía un mensaje al profesional sanitario cuando el paciente añade un medicamento, envía un mensaje, registra una reacción adversa o presenta una adherencia al tratamiento inferior al 90%.

Fecha de Implantación: 25/05/2017

EVALUACIÓN: Entre junio-octubre 2017 descargaron la app 45 pacientes (51% hombres) con una edad media de 56.2 años (SD=12.4). La media del número de medicamentos concomitantes por paciente fue 5.8 (DE=3.6). El 51.4% de los pacientes presentaron al menos una interacción medicamentosa. El tiempo medio de utilización de la app fue 15.6 [4-26] semanas.

Comunicación (módulo de mensajes)

- El 67.6% de los pacientes utilizaron el módulo de mensajes para comunicarse con los farmacéuticos.
- Los pacientes enviaron una media de 7.28 mensajes.
- Gracias a la mensajería de e-OncoSalud® se evitó la visita a urgencias en 2 pacientes durante las primeras 15 semanas de funcionamiento mediante el asesoramiento en el manejo adecuado de las reacciones adversas (mucositis grado 2 y edemas grado 1).

Seguridad (módulo de autocontroles)

- El 57.8% de los pacientes registraron al menos una reacción adversa asociada al tratamiento en el módulo de autocontroles.
- La media de aparición de reacciones adversas fue de 8.2 días (SD=10.6), ocurriendo en el 42% de los pacientes en la primera semana. La media de reacciones adversas por paciente fue de 12 (SD: 19.3).
- Los efectos adversos más frecuentes fueron: cansancio (35.1% de pacientes), alteraciones en la piel (21.6%), diarrea (21.6%), náusea (18.9%), vómitos, edemas y cefalea (10.8%).
- El algoritmo recomendó acudir a urgencias a 2 pacientes y a su médico de cabecera a 3 pacientes.
- En un paciente que registraba su tensión arterial (TA) en el módulo de autocontroles detectamos precozmente un aumento de TA >20% en los 5 primeros días de tratamiento. Le enviamos un mensaje para que acudiera a su médico de cabecera quien le prescribió un antihipertensivo. A los dos días se normalizaron sus niveles de tensión arterial.

Satisfacción

La satisfacción global de los pacientes con e-OncoSalud® fue de 9.71 puntos sobre 10 (SD=0.8). Algunos de los ítems mejor valorados por los pacientes fueron la utilidad (9.71), la ayuda para obtener información sobre su tratamiento, síntomas y estilo de vida (9.86) y la facilidad para poder comunicarse con el profesional sanitario (9.57).

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H.G.U.Gregorio Marañón

Nombre (Título): CONSULTA TELÉFONICA PARA EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA

ÁREA a la que se refiere: Medicación / vacunas

SITUACIÓN INICIAL: Un manejo perioperatorio inadecuado de la medicación crónica no sólo pone en riesgo la seguridad de los pacientes sino que, también, es causante de suspensiones innecesarias de actos quirúrgicos (especialmente cuando los pacientes están anticoagulados o antiagregados).

En el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, es el anestesista quien informa al paciente acerca del manejo perioperatorio de su medicación. Sin embargo, esta consulta de preanestesia puede tener lugar hasta 6 meses antes del procedimiento y el paciente, en muchas ocasiones, no recuerda con exactitud las recomendaciones que le dieron pasado ese tiempo. Además, en la

consulta, el anestesista no suele saber el día de la cirugía por lo que le resulta complicado poder dar unas instrucciones sencillas y que sean comprensibles para el paciente. Por ejemplo, no es igual de fácil comprender:

a) Suspender el Sintrom 3 días antes de la cirugía e iniciar Clexane 40mg 1 inyección al día suspendiendo 12 horas antes del procedimiento.

b) Sin embargo, si se sabe que el paciente tiene que ingresar el día 1/2/18 a las 7:00h porque la cirugía es por la mañana, la indicación sería mucho más simple: tomar el último comprimido de Sintrom el día 29/1/18, pincharse la primera dosis de Clexane el día 30/1/18 a las 19:00h y la última el día 31/1/18 las 19:00h.

Por este motivo, muchos enfermos aprovechan la llamada que realiza el Servicio de Admisión en donde se le indica el día exacto de la cirugía para preguntar acerca de cómo realizar ese manejo de la medicación.

Hasta hace unos meses, era el propio personal administrativo del Servicio de Admisión quien intentaba acceder al informe de Anestesia para leerle las indicaciones al paciente. Y, si no había tales indicaciones, se intentaba contactar con el anestesista o cirujano lo que, en ocasiones, resultaba complicado.

Es por esto, por lo que el Servicio de Farmacia se ofreció a resolver estas dudas al disponer de personal perfectamente cualificado y disponible en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN: Si el paciente tiene alguna duda acerca del manejo de la medicación crónica, el Servicio de Admisión le indica el teléfono del Servicio de Farmacia.

En el Servicio de Farmacia hay tres farmacéuticos parcialmente dedicados a la atención del paciente quirúrgico y ellos, o los residentes que están rotando con ellos, son los responsables de atender esa llamada.

El farmacéutico pregunta al paciente el:

- Número de historia
- Nombre y apellidos
- Fecha de nacimiento
- Alergias
- Día de cirugía
- Día y hora de ingreso
- Motivo de la cirugía
- Teléfono de contacto
- Tratamiento habitual del paciente (lo confirma también con HORUS e informes previos)

En relación a las recomendaciones de manejo perioperatorio, el farmacéutico consulta el informe de Anestesia y las guías clínicas publicadas sobre el tema (Junta de Andalucía, guía EACTS de 2017...) y le da al enfermo una información precisa acerca de qué medicamentos debe suspender o modificar con antelación y si debe tomar los medicamentos el mismo día de la cirugía, a qué hora y cómo. Confirma que el paciente lo ha entendido y aprovecha para indicarle que traiga toda su medicación el día de la cirugía.

Toda la información la incluye en un informe como el que se muestra a continuación y que queda registrado en la historia clínica electrónica para que sea accesible a cualquier profesional sanitario:

Comentario De Evolución CMQUI 29/01/2018 12:38 [] FAR

Consulta de atención farmacéutica prequirúrgica

El 29/1/18 el paciente se pone en contacto telefónico con el Servicio de Farmacia para confirmar el manejo perioperatorio de la medicación habitual

- Fecha de la cirugía: 8/2/18 (por la tarde)
- Día y hora de ingreso: 8/2/18 9:00h

El listado actualizado de medicación es:

- Omeprazol 20mg 1-0-0
- Adiro 100mg 1-0-0
- Sintron 4mg, toma 2mg a las 12 del mediodía todos los días
- Atenolol 100mg 0,5-0-0
- Atorvastatina 40mg 0-0-0,5
- Orifidal (lorazepam) 1mg 0-0-0-0,5
- Optovite B12 1 ampolla oral al mes (la siguiente la tomarán el 30/1/18)
- Paracetamol 1g si precisa
- No toma plantas medicinales ni zumo de pomelo

Recomendamos:

- Tomar el último comprimido de Sintron el día 4/2/18 a las 12 del mediodía. Iniciar Clexane 40mg cada 24 horas el día 5/2/18 a las 12 del mediodía. Pincharse la última dosis de Clexane el día 7/1/18 a las 12 del mediodía.
- La mañana de la cirugía podrá tomar los medicamentos que le toquen por la mañana.

Confirmamos que el paciente comprende las recomendaciones farmacoterapéuticas de manejo preoperatorio y le indicamos que si le surge alguna nueva duda nos lo comunique.

Fdo. Ana de Lorenzo

Fecha de Implantación: Octubre 2017

EVALUACIÓN: Debido al inicio reciente de la medida, aún no se ha podido comprobar si esta estrategia consigue reducir de forma significativa las suspensiones de cirugías causadas por una mala preparación del paciente.

Hasta el día 28/2/18 se han atendido a 42 pacientes. Un 57,1% fueron mujeres con una mediana de edad de 65,5 años. El 90% de los pacientes iban a ser intervenidos por el Servicio de Cirugía General o por Traumatología. 10 pacientes estaban anticoagulados y 6 antiagregados.

Por ahora, todos los pacientes han podido operarse el día que le correspondía y, por tanto, no ha sido necesaria la suspensión de la cirugía debido a un manejo inadecuado de la medicación de ninguno de ellos. La satisfacción del paciente con la atención recibida por parte del Servicio de Farmacia ha sido muy elevada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sousa-Uva M, et al. 2017 EACTS Guidelines on perioperative medication in adult cardiac surgery. Eur J Cardiothorac Surg.2018;53(1):5-33.
2. Manejo perioperatorio de la medicación crónica. Junta de Andalucía. Consultado el 5/3/18.

Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/atencion_paciente_quirurgico/manejo_perioperatorio_medicacion_cronica_2016.pdf

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H.G.U.Gregorio Marañón

Nombre (Título): VALORACIÓN INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA AL INGRESO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ÁREA a la que se refiere: Medicación / vacunas

SITUACIÓN INICIAL: En 2013, dos farmacéuticas del Servicio de Farmacia se desplazaron a un despacho satélite ubicado en el área del observación del Servicio de Urgencias. Gracias a ello, pudieron adquirir conocimientos más específicos acerca de la farmacoterapia empleada en las urgencias y a replantear la forma de validación de los tratamientos farmacológicos que revisaban.

Consideraron que, para ofrecer una atención de calidad, debían valorar el tratamiento global del enfermo lo que significa no solo comprobar la medicación crónica (conciliación) sino, también, el tratamiento prescrito para el control del proceso agudo y, una vez analizado, realizar unas recomendaciones acordes a la situación basal y clínica del enfermo.

DESCRIPCIÓN: A esta nueva forma de validación se le denominó valoración integral de la farmacoterapia (VIF) y, para realizarla, se utiliza un formulario específico que incluye datos demográficos, alergias, diagnóstico principal, parámetros analíticos, microbiológicos, datos farmacocinéticos, valoración del riesgo tromboembólico y del dolor, situación funcional, cognitiva y social del enfermo, antecedentes personales, la medicación crónica y la medicación prescrita para el control del proceso agudo (Anexo 1).

Las farmacéuticas realizan el pase de visita diario con el equipo de médicos del Servicio de Urgencias. Durante ese pase se detectan a los pacientes que requieren una vigilancia farmacéutica más estrecha (anticoagulados, trasplantados, bajo apoyo social...) y, aquellos en los que se haya tramitado una orden de ingreso, son seleccionados para realizarles el VIF.

Se rellena el formulario, se realiza la valoración global de paciente y las recomendaciones farmacoterapéuticas derivadas de esa valoración son transmitidas al médico responsable del paciente y bases propias del Servicio de Farmacia.

Se aprovecha esa valoración para dejar actualizado el tratamiento crónico del paciente en la historia clínica electrónica.

Fecha de Implantación: Enero de 2017

EVALUACIÓN: En el año 2017 se han realizado 499 VIF y las recomendaciones farmacoterapéuticas derivadas de estas VIF han sido:

- 332 intervenciones relacionadas con la conciliación del tratamiento crónico (*ejemplo real:* cambio reciente en el tratamiento de la epilepsia que no había sido actualizado en el informe de ingreso).
- 45 intervenciones relacionadas con la necesidad de realizar un ajuste del tratamiento crónico derivado de la situación clínica actual del paciente (*ejemplo real:* paciente que acude por sospecha de ictus, el médico residente había continuado los antihipertensivos habituales pero las guías de ictus recomiendan de forma general interrumpirlos mientras no desarrolle una crisis hipertensiva).
- 82 intervenciones relacionadas con el proceso agudo (*ejemplo real:* paciente con sospecha de sepsis pero que en el traslado de un hospital a otro se había interrumpido la prescripción de la antibioterapia).

Se quiso comprobar el impacto de esta nueva forma de validación. Para ello, se realizó un estudio pre y post intervención en el que se compararon dos cohortes de pacientes.

- En la fase PRE, se incluyeron 51 pacientes en los que la validación de la orden médica se realizó de forma tradicional desde el Servicio de Farmacia. Se tuvo en cuenta sólo la información proporcionada por el programa de prescripción electrónica (fármaco, dosis, intervalo posológico, vía de administración, edad, sexo, peso corporal, alergias).
- En la fase POST, se incluyeron 51 pacientes en los que se realizó el VIF.

Los resultados que se obtuvieron fueron mejores en la fase POST:

- Un aumento del número de recomendaciones farmacoterapéuticas por paciente (1,1 frente a 1,7 recomendaciones/paciente; $p=0,014$).
- Un aumento del porcentaje de recomendaciones clasificadas como de mayor gravedad según la clasificación NCCMERP ($p=0,004$) (es decir, las recomendaciones eran de mayor calidad).
- Un menor número de avisos a médicos de guardia, reingresos y visitas a Urgencias a los 30 días, mortalidad intrahospitalaria y duración de la estancia hospitalaria (aunque no se alcanzó una significación estadística).
- Sin embargo, el tiempo medio que dedicó el farmacéutico a validar la orden médica también fue mayor en la fase POST (6,1 minutos según el método tradicional y 35,3 minutos según el nuevo método; $p < 0,0001$).

BIBLIOGRAFÍA

1. Hellström LM, Höglund P, Bondesson Å, Petersson G, Eriksson T. Clinical implementation of systematic medication reconciliation and review as part of the Lund Integrated Medicines Management model - impact on all-cause emergency department revisits. *J Clin Pharm Ther* 2012;37(6):686–92.
2. Pérez León M, Alonso Ramos H, González Munguía S, Marrero Penichet SM, Molero Gómez R. Evaluation of the quality of scientific evidence of pharmaceutical interventions in an emergency department. *Farm Hosp* 2014;38(2):123–9.

3. Juanes A, Garin N, Mangues MA, Herrera S, Puig M, Faus MJ, et al. Impact of a pharmaceutical care programme for patients with chronic disease initiated at the emergency department on drug-related negative outcomes: a randomised controlled trial. Eur J Hosp Pharm 2017. In press.

Anexo 1. FORMULARIO DE VALORACIÓN INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA

NH: _____ Edad: _____
 Nombre: _____ Sexo: _____
 Alergias: _____ Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____
 Cama/Área: _____ Fecha de realización del VIF: _____

- Juicio clínico:
- Constantes vitales: Tensión arterial: _____ / _____ Frecuencia cardíaca: _____
- Fiebre: Sí/No
- Datos analíticos:

Na | Ca | Mg
 K | pH | FG | Glu

Hb | Pla | Neu
 Leu

Fecha	Fuente	Microorganismo	Antibiograma

Alb:

INR/APTT:

- ¿Fármacos monitorizables? (*Escribir el valor del nivel*):
- Puntuación en la escala de dolor (EVA):
- ¿Necesita tromboprofilaxis?: SI/NO
- Situación basal (función cognitiva, dependencia para ABVD...):
- ¿Necesita triturar los comprimidos? SI/NO

Antecedentes personales	MEDICACION HABITUAL	HCIS		HORUS	Prescripción electrónica
		URG	Hospit/ Citas		

Adherencia (cuestionario Morisky- Green): _____

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H. G. U. Gregorio Marañón

Nombre (Título): HIGEA: Herramienta inteligente para la monitorización de la farmacoterapia

ÁREA a la que se refiere: Medicación/vacunas

SITUACIÓN INICIAL: La importancia del buen uso de los medicamentos ha quedado ampliamente constatada en numerosas publicaciones sobre la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia sanitaria. Todas ellas han destacado el impacto sanitario de los errores de medicación y la necesidad de establecer prácticas de seguridad efectivas. Destaca el estudio ENEAS llevado a cabo en nuestro país que mostró que el 4% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles sufría algún evento adverso relacionado con la medicación (EAM), que suponían el 37% del total de los eventos adversos documentados y que el 35% de ellos eran prevenibles. Además del importante impacto humano y social que supusieron, estos EAM ocasionaron un mayor gasto sanitario como consecuencia de ingresos hospitalarios adicionales, mayor duración de la estancia hospitalaria y la necesidad de pruebas y tratamientos adicionales. Así, se estimó entre 3.315 y 5.584€ el coste por EAM producido, a pesar de que se analizaron exclusivamente los llamados costes directos. Ningún estudio de este tipo tiene en consideración los costes indirectos, los costes denominados “intangibles” o los costes en términos de oportunidad.

Con todo esto se entiende que la disminución de la incidencia de EAM esté siendo tratada como una prioridad por las autoridades sanitarias, quienes reclaman reiteradamente mejorar la calidad de la prestación de servicios sanitarios y la seguridad de los pacientes. Entre las recomendaciones emitidas por la mayoría de organizaciones se encuentra la incorporación de tecnologías de la información al circuito de utilización del medicamento. Sin embargo, la falta de conectividad entre los sistemas de información clínica dificulta el desarrollo y consolidación de estas tecnologías en la práctica clínica habitual.

DESCRIPCIÓN: HIGEA es una herramienta inteligente de ayuda a la toma de decisiones clínicas que presenta las siguientes capacidades:

- I. Integración de distintos sistemas de información clínica del hospital: programa de prescripción electrónica asistida y resultados de las analíticas de Hematología, Inmunología, Bioquímica y Farmacogenética.
- II. Razonamiento y generación de alertas derivadas de la aplicación de una serie de reglas clínicas previamente definidas por el equipo multidisciplinar.
- III. Propuesta de recomendación individualizada para cada paciente. De modo que, cada alerta generada propone una recomendación específica de cambio de tratamiento.
- IV. Registro y documentación automática de las alertas generadas y la respuesta obtenida por parte del clínico a tiempo real.
- V. Generación de estadísticas que permiten el análisis de los datos, así como la monitorización sistemática de la utilidad del sistema: cálculo del valor predictivo positivo de cada regla clínica, con el fin de generar alertas sólo de aquellas reglas con mayor capacidad para evitar EAMs.

- VI. Priorización automática de las alertas generadas en función del impacto que éstas presentan en la práctica clínica real.

En la actualidad hemos definido e incorporado 209 "clinical rules" dentro de cuatro programas de intervención (PI):

- PI1. NEFRORULES: Reglas clínicas para aumentar la seguridad del tratamiento en pacientes con insuficiencia renal. (110 clinical rules)
- PI2. THROMBORULES: Reglas clínicas para aumentar la seguridad del tratamiento en pacientes con tratamiento antitrombótico. (24 clinical rules)
- PI3. TOXIRULES: Reglas clínicas para aumentar la seguridad de tratamientos que producen toxicidad bioquímica/hematológica. (64 clinical rules)
- PI4. PK-RULES: Reglas clínicas para aumentar la seguridad y eficacia de los tratamientos mediante monitorización farmacocinética. (11 clinical rules)

Fecha de Implantación: 01/01/2017

EVALUACIÓN:

Método:

Estudio cuasiexperimental con evaluación pre-post intervención 01/01/2014 – 31/12/2016. Se compararon los resultados obtenidos en los 6 meses previos y posteriores a la implantación del SSDC. Se evaluó la tasa de detección de errores, la gravedad de los errores y la probabilidad de los errores de causar daño al paciente (PAE). Se estimó el coste evitado, la rentabilidad del proceso de validación, teniendo en cuenta la inversión en la contratación de farmacéuticos, y el retorno de la inversión de la tecnología.

Resultados:

Se incrementó la tasa de detección de errores (41,6 vs 83,6 errores/ 100.000 líneas validadas; $p < 0,001$). Los errores detectados en la fase post-intervención fueron de mayor gravedad (24% vs 35,2%; $p < 0,001$), al igual que la PAE (22% vs 40% con $PAE \geq 0,4$; $p < 0,001$). El coste evitado fue 4 veces superior en la fase post-intervención (291.422€ vs 1.179.161€). El ratio beneficio/coste fue 1,7 y 5,9, respectivamente. El retorno de la inversión fue del 380%.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. & Hiatt, H. (1991) The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. The New England Journal of Medicine, 324, 377–384.
2. Pinilla J, Murillo C, Carrasco G, Humet C. Casecontrol analysis of the financial cost of medication errors in Hospitalized patients. Eur J Health Econ. 2006;7 (1):66 -71.
3. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados al a Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf
4. Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson. MS Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H.G.U.Gregorio Marañón

Nombre (Título): NOT TO DO: NO REALIZAR RX DE TORAX DE RUTINA EN BRONQUIOLITIS HOSPITALIZADAS

ÁREA a la que se refiere: Pruebas diagnósticas

SITUACIÓN INICIAL: Realización de rutina radiografía de tórax a pacientes con bronquiolitis. Existe suficiente evidencia que recomienda no realizar de rutina una radiografía de torax en todos los lactantes previamente sanos ingresados por bronquiolitis por el virus respiratorio sincitial. Cuando se realiza Rx de rutina a estos pacientes se observa que aproximadamente el 80% de los pacientes presentan atelectasias o consolidaciones, especialmente en lobulo superior derecho, que forman parte de la evolución de la enfermedad. Pero estos hallazgos inducen al pediatra clinico a utilizar antibioterapia en ocasiones innecesaria.

DESCRIPCIÓN: Protocolización para limitar las peticiones de esta prueba cuando estén indicadas. Por todo ello decidimos en nuestro protocolo de la planta de hospitalización pediátrica introducir la medida de no realizar de rutina Rx de torax a los pacientes con bronquiolitis por Virus Respiratorio Sincitial (VRS) salvo que:

- El paciente presente fiebre más de 4 días
- Asimetría en la auscultación que se mantiene por encima de 12–24 horas
- Deterioro rápido o imprevisto en la evolución

El protocolo con la nueva recomendación se difundió a todos los médicos adjuntos y residentes rotantes en las plantas de hospitalización en ese momento mediante una sesión clínica y además se distribuyó en formato electrónico al personal. Se explicó el objetivo de la medida en una reunión mensual de la sección.

Fecha de Implantación: 01/01/2017

EVALUACIÓN: Evaluado

Tomando como referencia la temporada 2014/2015 en la que no se había realizado esta recomendación y teníamos datos recogidos, encontramos que en ese periodo ingresaron en las plantas de hospitalización 113 lactantes previamente sanos, menores de 18 meses diagnosticados de bronquiolitis por VRS. Se realizaron Rx de tórax a 44 pacientes lo que indica que en el 40% de pacientes se realizaba Rx de tórax. Tras la inclusión de la recomendación NOT TO DO Rx de tórax en bronquiolitis por VRS en nuestro protocolo de planta de hospitalización se evaluó la temporada 2017/2018 y encontramos que ingresaron 119 lactantes previamente sanos menores de 18 meses y diagnosticados de bronquiolitis por VRS y se realizó Rx de tórax siguiendo las indicaciones del protocolo en 27 pacientes (22.6%). Encontramos una diferencia significativa (40% vs 22.6%) $p=0.01$. La estancia media y el porcentaje de ingreso en UCIP se mantuvieron estables en ambos periodos.



FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H.G.U.Gregorio Marañón

Nombre (Título): PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO

ÁREA a la que se refiere: Continuidad asistencial

SITUACIÓN INICIAL: El traslado intrahospitalario es un periodo en el pueden ocurrir múltiples complicaciones que amenazan la seguridad del paciente. Por ello y dentro del proyecto multimodal “Unidad Segura” en las plantas de hospitalización pediátrica de nuestro centro identificamos una situación de mayor vulnerabilidad de nuestros pacientes, con menor nivel de monitorización y cuidados, y esto ocurría durante el traslado de los pacientes para la realización de pruebas complementarias o durante el traslado a otras secciones del hospital.

El transporte intrahospitalario no estaba protocolizado y se habían producido algunos incidentes graves relacionados con este riesgo. En el periodo comprendido ente julio 2015 a marzo 2016 se produjeron incidentes graves en el 4% de los pacientes que necesitaron transporte intrahospitalario y todos ellos con repercusion clinica y necesidad de atencion medica especializada.

DESCRIPCIÓN: Instauración del protocolo de transporte intrahospitalario en hospitalización pediátrica y diseño e implantación de un check-list previo al traslado (anexo). Este check-list se realiza por el médico y la enfermera responsables y está compuesto por diferentes ítems a valorar según la estabilidad del paciente: medidas generales (para todos los pacientes), medidas para el paciente estable, medidas para el paciente inestable hemodinámicamente o con ingreso en UCIP, y medidas para el paciente inestable respiratoriamente. Incluye también un registro de constantes para pacientes monitorizados.

Fecha de Implantación: 01/01/2017

EVALUACIÓN: Evaluado

Los *objetivos* de esta práctica son:

- Analizar las características de los traslados de pacientes ingresados en una planta de pediatría **antes y después** de la implantación de un protocolo de transporte intrahospitalario.
- Diseñar e implantar un check-list previo al traslado.

Tipo de estudio

- Estudio descriptivo unicéntrico longitudinal
- Se recogen datos antes y después de instaurar un protocolo de transporte
- Se analizan: edad, sexo, diagnóstico, lugar y motivo del traslado, personal sanitario acompañante, complicaciones y cambios de constantes del paciente

Resultados

- En el periodo de estudio ingresaron 1432 pacientes en la unidad, requiriendo transporte intrahospitalario el 21% (239 pacientes).

- Se incluyen 307 traslados en 239 pacientes (se analizaron 93 traslados que se realizaron antes la implantación del protocolo y 214 después y se comparan ambos grupos).



	PRE (n=93)	POST(n=239)	p
Edad (meses) mediana(RIQ)	8(1,25-30)	24(7-72)	0,001
Asistencia respiratoria:			0,001
- Oxigenoterapia (n=74)	4(4,3%)	70(32,7%)	0,076
- OAF (n= 38)	7(7,5%)	31(14,5%)	0,582
- VMI (n= 9)	2(2,2%)	7(3,3%)	
Incidencias	3(3,7%)	5(2,3%)	0,706
Repercusión clínica	3(100%)	3(40%)	0,196

- Se produjeron 8 incidencias (2.75%): 6 en traslados a UCIP y 2 en la realización de pruebas complementarias
- Todos los pacientes en los que se produjeron incidencias eran dependientes de tecnología: Oxigenoterapia de alto flujo (OAF) o ventilación mecánica domiciliaria (VMD).
- Aunque la diferencia no resulta significativa por la n de la muestra se observa una disminución del número de incidentes con repercusión clínica tras la implantación del Check list y del protocolo de un 100% a un 40%.

Conclusiones

- El 21% de los pacientes pediátricos hospitalizados precisan ser trasladados durante el ingreso.
- En el 2.75% de los traslados intrahospitalarios hay alguna complicación y la mayoría tienen repercusión clínica.
- Existe un mayor riesgo en el traslado de pacientes con patología respiratoria y en aquellos dependientes de OAF y VMI. **IDENTIFICACIÓN DE GRUPO DE RIESGO**
- Tras la implantación del protocolo y de una hoja de verificación previa al traslado, **disminuye el porcentaje de incidencias con repercusión clínica** sobre el paciente, mejorando la calidad y seguridad de su atención.

Áreas de mejora

- Se ha identificado un grupo de riesgo durante el traslado intrahospitalario: Pacientes con patología respiratoria grave dependientes de ventilación.
- Se tomaron medida más allá del protocolo y el Check list: Video explicativo para todo el personal sobre el correcto montaje de los dispositivos de ventilación durante el traslado de los pacientes.

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H.G.U.Gregorio Marañón

Nombre (Título): CURSO DE RCP PARA PADRES

ÁREA a la que se refiere: Continuidad asistencial

SITUACIÓN INICIAL: Dentro del Proyecto multimodal Unidad Segura de la Sección de Hospitalización de Pediatría, uno de los aspectos más importantes, es el cambio de modelo con el foco centrado en la familia de nuestros pacientes. En este sentido consideramos que tenemos un importante papel en la **educación sanitaria** de las familias de nuestros pacientes. Nuestro planteamiento es que la formación en reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica no debería limitarse solamente al ámbito sanitario sino que debería ser un conocimiento generalizado en toda la sociedad.

Objetivos del programa

- Aumentar el conocimiento en RCP pediátrica en las familias de nuestros pacientes
- Medir la utilidad de los cursos de RCP pediátrica para familias
- Medir el grado de satisfacción de las familias de nuestros pacientes

DESCRIPCIÓN: Curso de RCP básica para padres de niños hospitalizados con patologías de alto riesgo. Se realiza un examen básico de conocimientos sobre RCP pediátrica al ingreso en nuestra sección, posteriormente antes del alta se imparte un curso teórico práctico en RCP de 45 minutos de duración con posibilidad de realizar prácticas en maniqués. Inmediatamente después del curso se realiza de nuevo el mismo examen. El paciente es dado de alta y seguido en consultas externas de Pediatría al mes y a los tres meses. Se repite de nuevo el examen en ambas consultas. Además se pasa una encuesta de satisfacción en alguna de las citas.

Figura 1: Maniqué de lactante utilizado durante los cursos de RCP



Fecha de Implantación: Realización durante 2017

EVALUACIÓN: Evaluado

Tipo de estudio

Diseño prospectivo, longitudinal y analítico, con una **intervención educativa** que fue aprobado por el comité de ética de nuestro centro, y se puso en marcha a partir de 2014.

Se enrolaron todos los pacientes ingresados con los diagnósticos de episodio aparentemente letal, (EAL), pausas de apnea y atragantamiento.

Resultados

Se enrolaron prospectivamente 62 pacientes ingresados en nuestro centro que habían sufrido alguna situación crítica extra-hospitalaria. La mediana de edad de estos lactantes fue de 1 mes (IC 0,72-2meses). Las características de los pacientes ingresados se presentan en la Tabla 1.

Se realizaron 62 cursos de RCP a 106 familiares (padres, madres y abuelos) con una mediana de edad de los progenitores de 32 años (IC 27-37,2 años), y de los abuelos de 50 años (IC 46-54 años). Contestaron el examen 101 familiares antes del curso, 96 inmediatamente tras recibirlo, 40 al mes y 25 a los tres meses. El 57.5% de los examinados eran madres de pacientes ingresados, el 36,8% padres y el 5.7% otros cuidadores. La duración media de los cursos de RCP fue de 42 minutos (IQR 40-50m).

Tras la intervención educativa encontramos un aumento significativo de los conocimientos en RCP que se mantienen hasta tres meses tras la realización del curso. Respecto a los conocimientos previos sobre RCP, los familiares obtuvieron una mediana de puntuación de 5 puntos (IC 3-6) sobre 10, incrementándose a 8 puntos (IC 7-10) tras la realización del curso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Pasado un mes del curso, el nivel de conocimientos se mantiene con una mediana de 8 (IC 6-9) siendo de nuevo la diferencia estadísticamente significativa respecto a los conocimientos basales ($p < 0.01$). A los tres meses la mediana de respuestas correctas continua siendo 8 (IC 6-8.5) manteniéndose la significación estadística ($p < 0.01$). En la Figura 2 queda recogida la evolución de los resultados del examen a lo largo del tiempo.

Los resultados de la encuesta de satisfacción fueron muy satisfactorios con puntuaciones globales de curso de 9,8/10 (Tabla 2) lo que aumentó la calidad percibida en nuestra Sección.

En nuestra cohorte se repitió un episodio crítico que precisó de nuevo RCP en un 7% de los casos, en estos casos todos los familiares utilizaron sus nuevos conocimientos. Los familiares de este subgrupo de pacientes expresaron un nivel de confianza alto al utilizar las técnicas de RCP y un muy alto grado de satisfacción por los conocimientos recibidos. En todos los casos de recurrencia en los que se utilizó la RCP pediátrica por parte de los familiares el paciente sobrevivió con buen pronóstico.

Tabla 1: Características de los pacientes ingresados

Variable	Pacientes (total n=62)
Edad (meses)	1 (IQR 0.5-2)
Género	
Mujer	56.5% (35/62)
Varón	43.5% (27/62)
Antecedentes personales patológicos	32%
Ingreso en UCIP	8%
Diagnóstico al alta:	
Pausas de apnea	66% (41/62)
Atragantamiento	37% (26/62)

RGE	27% (17/62)
Apnea central	13% (8/62)
EAL	11% (7/62)
Otros	19% (12/62)
Mortalidad	0% (0/62)
Recurrencia	11% (7/62)

Figura 2: Cuestionario de conocimientos

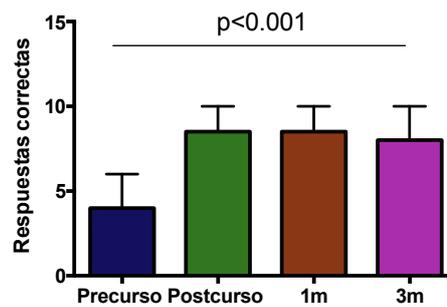


Tabla 2: Encuestas de satisfacción

	PUNTUACIÓN	DURACIÓN
Parte teórica	9,69 /10	15 minutos
Parte práctica	9,65 /10	30 minutos
Claridad exposición	9,89 /10	N/A
Valoración global	9,87/10	45 minutos

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE

HOSPITAL/ ÁREA: H.U. Fuenlabrada

Nombre (Título): USO ADECUADO DE LA POVIDONA YODADA EN EL CAMPO QUIRURGICO

ÁREA a la que se refiere: Procedimientos quirúrgicos

SITUACIÓN INICIAL: Después de varias notificaciones a Seguridad del Paciente (cuatro casos) de posibles quemaduras eléctricas en el quirófano de ginecología programada, se procede a un estudio de las mismas para intentar determinar su origen.

Se revisan las historias clínicas electrónicas de las pacientes, la iconografía disponible de las lesiones de las pacientes y sus localizaciones (similares en varios casos), la incidencia en los quirófanos de otros servicios, las interconsultas realizadas a dermatología, la seguridad de la instalación eléctrica del quirófano (generadores de corriente, tomas de tierra, aislamiento de las pacientes, electrodos de retorno, registro de revisiones periódicas...), y después de descartar de forma razonable el origen eléctrico del problema, se encuentra bibliografía e iconografía apoyando fuertemente el origen como quemadura química de las lesiones, debido a un mal uso de la povidona yodada en el quirófano. También se descartaron los antisépticos utilizados en la limpieza del mobiliario y utensilios de quirófano.

DESCRIPCIÓN: A continuación se realizó una acción formativa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, con recomendaciones específicas sobre pintado de campo quirúrgico con povidona yodada. También se sensibilizó al personal de enfermería de planta de hospitalización para detectar los casos en el postoperatorio. Se aprovechó la formación para actualizar los conocimientos sobre seguridad eléctrica en quirófano.

Así pues:

- No se debe utilizar una cantidad excesiva de povidona yodada.
- Se debe dejar secar el producto el tiempo adecuado.
- Se deben evitar los depósitos líquidos de povidona yodada en zonas declive, especialmente zonas laterales del tronco, lumbares, escapulares y área sacra/glútea. Mucho más si ocurren sobre o bajo pañeado plástico.
- Valorar el cambio del empapador bajo el paciente si ha acumulado un exceso del producto antes de iniciar la cirugía.
- Favorecer la formación al personal médico y de enfermería que debe utilizar la povidona yodada y/o reconocer las lesiones en el postoperatorio.

Nota: Se deben extremar las precauciones en pacientes con dermatitis atópica o que padezcan sensibilidad química múltiple.

Fecha de Implantación: Marzo de 2017

EVALUACIÓN:

Fecha de evaluación:

Diciembre 2017

Metodología:

Detección de casos como Notificaciones a Seguridad del Paciente, comunicación de casos en la Sesión Clínica del Servicio (diaria), comunicación de casos al Responsable de Seguridad del Paciente del Servicio, detección de casos en el Pase de Visita (diario) de planta de Hospitalización o en Urgencias de Obstetricia y Ginecología.

Indicadores:

Nº de casos de quemaduras relacionadas con un uso inadecuado de la povidona yodada

Resultados:

Nº de casos de quemaduras 2º semestre 2016: 4

Nº de casos de quemaduras 2º semestre 2017: 0

Nota: No se detectan casos adicionales hasta el momento actual (marzo de 2018).

Bibliografía e Iconografía:

1. [Borrego, L. , Hernández, N. , Hernández, Z. and Peñate, Y. \(2016\), Povidone-iodine induced post-surgical irritant contact dermatitis localized outside of the surgical incision area. Report of 27 cases and a literature review. Int J Dermatol, 55: 540-545.](#)
2. De la Cuadra-Oyanguren J, Zaragozá-Ninet V, Sierra-Talamantes C, Alegre de Miquel V. Dermatitis de contacto por povidona yodada tras cirugía: un dilema diagnóstico. Actas Dermosifiliogr. 2014 105:300-304
3. [Programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud: protocolo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Asociación Española de Cirujanos; 2016.](#)

IV. Recomendaciones de Seguridad Generalizables en 2017

Recomendaciones relacionadas con ACCIDENTES DEL PACIENTE			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Prevención de caídas	Disminuir la incidencia de caídas de pacientes ingresados en el hospital	Unidades de hospitalización	H. U. SURESTE
Prevención de caídas	Disminuir la incidencia de caídas de pacientes ingresados en el hospital	Unidades de hospitalización	H. U. SURESTE
Disminución de las barreras arquitectónicas	Instalación de platos de ducha en hospitalización sin desnivel	Plantas hospitalización	H. C. D. GOMEZ ULLA
Ronda de seguridad en Radiología intervencionista	Se han establecido cada año para revisar incidentes y para comentar otros factores asociados a incidentes	Unidad de radiología intervencionista	H.U. LA PRINCESA
Recomendaciones relacionadas con ACTIVIDADES PREVENTIVAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Protocolo de inmovilización pacientes agitados	No se tiene conocimiento unánime entre el personal de urgencias del modo de contención de pacientes agitados	Global	H. U. TAJO
Proyecto "stop desgarras"	Evitar la incontinencia fecal en la mujer	Ginecología y Obstetricia	H.U. SEVERO OCHOA
Actualización del protocolo de profilaxis tromboembólica	Necesidad de actualizar la versión del 2012	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN
Grupo focal sobre violencia en UADO	Incremento de notificaciones de incidentes de seguridad relacionadas	Unidad de Psiquiatría Adolescentes	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Formación de padres en RCP básica	No formación de padres en RCP	UCI Pediátrica	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con CONTINUIDAD ASISTENCIAL			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Elaboración de protocolo criterios traslado ECMO	Cada vez está más asentada la indicación de ECMO en la insuficiencia respiratoria aguda. No existen criterios consensuados por lo que en ocasiones se retrasa el traslado con posibles consecuencias negativas para el paciente	UCI	H. U. TORREJÓN
Actualización protocolo de pre-eclampsia	Se han generado situaciones de conflicto sobre la adecuada ubicación de pacientes con pre-eclampsia	Obstetricia / Anestesia / UCI	H. U. TORREJÓN
Protocolización de la atención al paciente con riesgo de fuga en Urgencias	Varios incidentes notificados en relación a este riesgo	Urgencias	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Incorporación de dispositivos protectores de las zonas de presión para pacientes de riesgo de UPP	Dispositivos no adecuados	Personal enfermería unidades especiales	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN

Talleres de canalización de vías ecoguiadas	No formación específica	UCI Pediátrica	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Protocolo de humidificación de ventilación invasiva y no invasiva	Incidentes relacionados	UCI Neonatología	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con DISPOSITIVOS MÉDICOS/ EQUIPAMIENTO			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Utilización en Urgencias de mesas de mayo en vez de mesillas para individualizar su uso	Evitar confusiones de medicación	Sala de agudos de Urgencias	H. U. HENARES
Cambio del sistema de fijación e inmovilización de abrebocas para evitar movimientos de hiperextensión cervical o movimientos accidentales bruscos durante la realización de adenoidectomías y amigdalectomías tanto en pacientes pediátricos como adultos	Previamente se apoyaba el abrebocas durante el procedimiento en una mesa de mayo en pacientes pediátricos y anillas cruzadas en pacientes adultos. Se detecta que con dichos mecanismos existía inestabilidad en el campo durante el procedimiento	Bloque quirúrgico	H. U. INFANTA ELENA
Auditorías de carros de parada de UCI	Existe un procedimiento para la revisión de carros de parada en el que mediante un check-list se debe comprobar la existencia del material necesario así como, la caducidad del material. A pesar, de ello el carro en ocasiones no está correctamente preparado	UCI	H. U. SURESTE
Instrucción Técnica de utilización de acetona en áreas de Hospitalización	Se han producido diferentes incidentes con el manejo de acetona. Evitar la producción de incidentes de seguridad	Toda la hospitalización	H.U. MÓSTOLES
Sistema de identificación de parámetros de infusión epidural/intravenosa.	Aunque ya no se detectan errores por equivocación de las vías epidural e intravenosa, en una ocasión se ha detectado que el fármaco se administraba por una vía con los parámetros de la otra	Todas las Unidades de hospitalización	H.U. DE GETAFE
Kit y Check list en canalización de vía central	Falta de seguridad y de material al canalizar vías centrales	UCI	H. C. D. GOMEZ ULLA
Seguridad en nutrición parenteral	Errores en administración de nutrición parenteral	Hospitalización y UCI	H. C. D. GOMEZ ULLA
Recomendaciones relacionadas con DISPOSITIVOS MÉDICOS/ EQUIPAMIENTO			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Limpieza adecuada de video laringoscopia	La limpieza inadecuada ha llevado a deterioro del equipo	UCI / urgencias /Quirófano	H. U. TORREJÓN
Sillas de ruedas	Algunas sillas de ruedas están en mal estado lo que ha ocasionado algún incidente con riesgo de caídas	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN
Motores y baterías para cirugía de trauma	Falta de equipos	Bloque quirúrgico	H. U. TORREJÓN
Compra de morcerador para miectomías	Reduce los tiempos quirúrgicos en miectomías	Obstetricia /Quirófano	H. U. TORREJÓN
Equipos de no invasiva	Mejorar el registro de la ubicación de los equipos	Neumología	H. U. TORREJÓN
Recomendaciones relacionadas con DISPOSITIVOS MÉDICOS/ EQUIPAMIENTO			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Renovación de carros de comida	Incidentes notificados en relación a este riesgo	Todo el Hospital	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Simulacros RCP y Audit de carros	Basado en incidencias reales y en la formación permanente	Unidades enfermería con atención a pacientes	H.U. LA PRINCESA
Determinación de INR y sd. antifosfolípido	Se han notificado varios incidentes de seguridad	Todos los profesionales	Dirección Asistencial NORTE

Recomendaciones relacionadas con DOCUMENTACIÓN CLÍNICA/ INFORMACIÓN/ CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Alerta con Grupo y RH en Selene	No se ve en Selene el grupo y Rh de los pacientes	Global	H. U. TAJO
“Seguridad en el uso del módulo de prescripción TAO de AP Madrid”	Se reciben varias notificaciones relacionadas con el uso del módulo TAO de AP Madrid, que podrían producir errores de dosificación de sintrom, con potencialidad de causar daño	Responsables de seguridad del paciente de 262 centros de salud	Dirección Asistencial SURESTE

Recomendaciones relacionadas con GESTIÓN ORGANIZATIVA/ CITACIONES

NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Mejora del sistema de interconsultas a Oftalmología	Hay establecido un sistema de partes interconsulta desde Unidades de hospitalización (especialmente, Pediatría) a Oftalmología en papel pero se detecta que, en determinadas ocasiones (fines de semana en época vacacional) estos PIC podían no ser leídos	Todas las Unidades de hospitalización	H.U. DE GETAFE
Circuito preoperatorio de alta resolución	Los pacientes que realizaban preoperatorio y tenían que ser vistos por algún especialista tenían que pedir cita y se demoraba mucho	Pacientes quirúrgicos	H. C. D. GOMEZ ULLA

Recomendaciones relacionadas con GESTIÓN ORGANIZATIVA/ CITACIONES

NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Ajuste de plantilla en Paritorio	Elevada carga asistencial lo que obliga a re-evaluar y ajustar plantillas	Paritorio	H. U. TORREJÓN
Priorización de cirugías urgentes	Protocolo de consenso. Solo existe un equipo de quirófano	Bloque quirúrgico	H. U. TORREJÓN
Boletín de Seguridad	Tras la identificación y análisis, se realizan recomendaciones para difundir entre implicados	Unidades enfermería, celadores, facultativos	H.U. LA PRINCESA
RSG Interrupciones en consulta	Las interrupciones en consulta son una causa	Todos los profesionales	Dirección Asistencial NORTE

Recomendaciones relacionadas con IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Identificación del paciente en muestras de A. Patológica	Se han detectado casos en los que aparece como nombre del paciente el del médico prescriptor en los informes de A. Patológica	Servicios que remitan muestras a Anatomía Patológica	H.U. DE GETAFE
Identificación en neonatos	No existe un procedimiento adecuado de identificación de neonato a través de pulsera	Neonatología	H. U. TORREJÓN
Formación	Tras diferentes incidentes relacionados con la identificación inequívoca se considera imprescindible reforzar la formación en celadores	Formación específica para celadores	H. U. TORREJÓN

Recomendaciones relacionadas con IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Mejora la identificación del paciente	NC	Hospital	H.U. 12 DE OCTUBRE
Visualización de fecha de nacimiento del paciente en todos los documentos de uso interno	En la mayoría de los documentos aparecen otros identificadores del paciente: nombre y apellidos y nº de historia clínica.	Todo el Hospital	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Aseguramiento lugar de la intervención	No se hacía el marcaje sistemático de la zona	Quirófano de Ginecología	H.U. SANTA CRISTINA

Recomendaciones relacionadas con INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA

NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
-----------------	-----------	----------------	--------

Evitar ingreso de pacientes con alerta de aislamiento en habitaciones dobles	Los pacientes en los que se detecta un microorganismo multirresistente que requiere precauciones de aislamiento durante el ingreso tienen una alerta codificada en SELENE. Sin embargo, este indicador de aislamiento no figuraba en el listado	Unidades de hospitalización	H. U. SURESTE
Toallitas para limpieza llaves 3 pasos	Reduce las tasas de infección	Medicina Preventiva	H. U. TORREJÓN
Recomendaciones relacionadas con INFRAESTRUCTURAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Metodología Kanban de almacenaje en Bloque quirúrgico	El almacenaje de cajas de cartón y de palés de madera favorece la acumulación de polvo con la consiguiente proliferación de bacterias y hongos, comprometiendo la Bioseguridad Ambiental de un área crítica como es el Bloque quirúrgico	Bloque quirúrgico	H. U. HENARES
Recomendaciones relacionadas con INFRAESTRUCTURAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Trasformar las ventanas de hospitalización sólo en oscilobatientes	Se pueden abrir las ventanas y existe el riesgo de precipitaciones	Global	H. U. TAJO
Botón de pánico	En CSM no existe comunicación global entre los despachos	Centro de salud mental	H. U. TAJO
Averías en ascensores	Se detecta que el ascensor que une la Urgencia con los quirófanos se avería con frecuencia. En varios casos la avería ocurre con pacientes graves o con el equipo facultativo que va a realizar la intervención	Anestesia Servicios quirúrgicos Urgencias	H.U. DE GETAFE
Adaptación de los paritorios	Había barreras arquitectónicas que impedían la vigilancia de la púérpera	Obstetricia y ginecología	H. C. D. GOMEZ ULLA
Cierre automático de puertas de UCI y quirófano	No existe puertas automáticas en UCI ni a la salida de URPA lo que facilita que queden en muchas ocasiones abiertas	UCI / Bloque quirúrgico	H. U. TORREJÓN
Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN Y VACUNAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Simplificar las presentaciones de Salbutamol	Actualmente hay varias presentaciones que complican su administración , pudiéndose producir errores de prescripción y administración	Hospitalización: Medicina Interna, Urgencias , Pediatría y UCI	H.U. MÓSTOLES
Sistemas de seguridad adicionales en etiquetado de medicación	Actividad preventiva frente a la posibilidad de identificar erróneamente preparaciones de medicación muy similares	Todas las Unidades de hospitalización	H.U. DE GETAFE
Revisión sistema de etiquetado de fármacos en el Sº de Farmacia	Se detecta que una bolsa con un fármaco preparado en el Sº de Farmacia lleva, por una lado, un nombre de fármaco (cefotaxima) y por el otro, uno diferente (cefazolina)	Sº Farmacia	H.U. DE GETAFE
Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN Y VACUNAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Registro de alergias	No se utiliza la alerta de alergia vital por ser complicado y no poder elegir grupos terapéuticos completos	Todos los profesionales	H. U. TORREJÓN
Medición temperatura de neveras de farmacia	La temperatura de las neveras de farmacia no se mide de forma autónica y eso hace que en ocasiones no están adecuadamente ajustadas	Farmacia	H. U. TORREJÓN
Cambio de la presentación farmacológica	Similitud digoxina y dexclorfeniramina	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN
Cambio de la presentación farmacológica	Similitud voltaren y flumil	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN

Cambio de la presentación farmacológica	Similitud - Amoxi/clav 1g y Amoxi/clav 2g	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN
Cambio de presentación farmacológica	Similitud de ondasetron y fentanest	Farmacia	H. U. TORREJÓN
Alerta prescripción etambutol	Errores al prescribir la dosis	Prescripción hospitalaria	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN Y VACUNAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Alerta prescripción cefuroxima suspensión oral	Errores al prescribir el fármaco	Prescripción hospitalaria	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
Observaciones prescripción carboplatino	Error al prescribir la dosis	Programas de oncología	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
Nota informativa validación temozolamida	Errores al validar y dispensar la dosis	Dispensación medicamentos hospitalarios	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
Isoaparancia fenilefrina intracamerular 1,5% y 0,1 mg/ml	Posibles errores en la dispensación y administración	Presentaciones del laboratorio	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
Similitud del acondicionamiento primario de amlodipino 10 mg comp- aripripazol 10 mg comp y atenolol 100 mg comp	Posibles errores en la dispensación y administración	Presentaciones del laboratorio	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
Implantar el doble chequeo de la dosis pautada a los pacientes atendidos en el box-vital	No recogido en el protocolo anterior, dando lugar a incidentes relacionados	Urgencias Pediátricas	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Mejora etiquetado jeringas precargadas Anestesia	Variabilidad en el etiquetado de jeringas precargadas en Anestesia	Anestesiología y reanimación	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Protocolo pruebas de exposición controlada con anestésicos generales	La falta de estandarización del estudio alergológico con anestésicos generales y la inexistencia de datos que establezcan el verdadero valor predictivo de las pruebas cutáneas, plantea un problema diagnóstico en las reacciones de hipersensibilidad	Alergia	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN Y VACUNAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Creación de una unidad de farmacia satélite en el hospital de día de oncología	Las farmacéuticas responsables del área de Oncología se encontraban físicamente en la Unidad Central del Servicio de Farmacia, por lo que tenían que desplazarse para resolver dudas de pacientes y profesionales y dispensar la medicación		H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Boletines de Prescripción de Fármacos	Diferentes informaciones relevantes, que están dispersas sobre medicación, errores y prácticas seguras en general	Todos los profesionales con entrada en intranet	H.U. LA PRINCESA
Sesiones de seguridad en servicios/unidades	Se han empezado a reunir este año de manera más formal	Unidades de enfermería / servicios médicos/conjunta	H.U. LA PRINCESA
Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN Y VACUNAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Procedimiento o normas para el correcto control de la medicación aportada por la familia y/o el paciente por diversas causas	Tras el análisis de un error de administración de un fármaco aportado por la familia y que esta dejó en la mesilla del paciente, la UF realiza un documento para normalizar el procedimiento de actuación sobre medicación aportada por pacientes/familiares	Unidades de Hospitalización y Farmacia	H. LA FUENFRÍA
Instrucciones de Seguridad	Tras el análisis de un error en la administración de un fármaco aportado por la familia y que esta dejó en la mesilla del paciente, la UFGR ve la necesidad de realizar unas instrucciones de	Unidades de Hospitalización y Farmacia	H. LA FUENFRÍA

	seguridad		
Medicación Box Vital Urgencias	Se identificó como un elemento de riesgo el uso adecuado de medicamentos en este Box Vital, debido a la existencia de fármacos que se utilizan con menor frecuencia (por ser de segunda elección o por tratar afecciones menos habituales en nuestra población) y su uso plantea la necesidad de consultar guías de actuación y de farmacoterapia. Se define como objetivo disponer de una herramienta de rápida consulta para la administración de medicación por los profesionales que trabajan en las Urgencias de nuestro Hospital, mediante la elaboración de un panel de medicación para el Box Vital, revisado y consensuado con el servicio de Farmacia y adaptado a los protocolos y a la práctica clínica del Servicio de Urgencias		H. U. INFANTA LEONOR
“Errores en la administración de vacuna Infanrix hexa GSK”	Se notifican numerosos errores en la administración de la vacuna Infanrix por la administración sin reconstituir con el vial de liofilizado que contiene la vacuna Hib.	Todos los centro de salud de la CM	Dirección Asistencial ESTE
Conservación y transporte de vacunas por los usuarios	Se notifican errores de medicación relacionados con la incorrecta conservación y transporte de vacunas no incluidas en el calendario por parte de los usuarios.	Todos los centros de salud de la CM	Dirección Asistencial ESTE
Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN Y VACUNAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
“Descompensación de la diabetes por el uso de glucocorticoides”	Se reciben en la UFGR de la DASE tres notificaciones de hiperglucemia en pacientes diabéticos, con buen control previo, tras la administración de glucocorticoides	Responsables de seguridad del paciente de 262 centros de salud	Dirección Asistencial SURESTE
RSG sobre administración sublingual	La administración por vía sublingual es una forma especial de vía oral por la que el fármaco llega a la circulación sistémica a través de la red de vasos de la mucosa rápidamente. Existen diferentes presentaciones que requieren o no masticación previa.	Todos los centros de salud	Dirección Asistencial SUR
RSG sobre soluciones de zinc: oral y tópica	Se ha notificado un error de medicación relacionado con la prescripción de solución de zinc. Existen dos preparados a la misma concentración (1/1000), pero con diferente vía de administración (oral y tópica), indicaciones, efectos adversos y posología	Todos los centros de salud	Dirección Asistencial SUR
Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN Y VACUNAS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Evitar errores en la dosificación de azitromicina solución	Se ha notificado un error potencial por dosificación incorrecta	Pediatras y Enfermeras que realicen atención a niños	Dirección Asistencial NOROESTE
Recomendaciones para la elaboración de pastilleros por parte del paciente	Están especialmente aconsejados para pacientes	Médicos de familia y Enfermeras	Dirección Asistencial NOROESTE
Recomendaciones relacionadas con OTROS aspectos			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Evitar saturación entre programas informáticos	Al tener muchos datos el grupo y Rh no pasan automáticamente de "PROGES A AUTOVIU"	Global	H. U. TAJO
Incorporación de un sistema de soporte a la prescripción fármaco-terapéutica	El mayor porcentaje de errores de medicación se producen en la prescripción médica	Todo el hospital	H.U. MÓSTOLES
Sesiones formativas de manejo historia clínica electrónica	Desconocimiento del SELENE por personal de nueva incorporación o por nuevos desarrollos dentro de la herramienta	Todos los profesionales sanitarios	H.U. MÓSTOLES

Recomendaciones relacionadas con PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS			
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Utilización de compresas color verde en anestesia	Evitar cuerpos extraños tras cirugía	Bloque quirúrgico	H. U. HENARES
Disminución de Radiografía de tórax en preoperatorio quirúrgico	En relación con los objetivos de prácticas innecesarias implantados (no hacer radiografía de tórax en el estudio preoperatorio de pacientes asa I y II), se detecta la necesidad de definir y medir indicadores de cumplimiento de estas prácticas	Servicios Quirúrgicos	H. U. SURESTE
Incorporación de programador de Cirugías	El programador no permite incorporar dos intervenciones diferentes en un mismo paciente y acto quirúrgico lo que ha llevado a ocasionar algún incidente	Bloque quirúrgico	H. U. TORREJÓN
Recomendaciones relacionadas con PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS			
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Verificación material fuera del hospital	Ocasionalmente se requiere material de fuera del hospital para procedimientos quirúrgicos y ocasionalmente no llegan con tiempo suficiente para esterilizar	Bloque quirúrgico	H. U. TORREJÓN
Listado de verificación quirúrgico en cirugía pediátrica	No se realiza en todas las ocasiones en cirugía pediátrica	Bloque quirúrgico	H. U. TORREJÓN
Doble etiqueta para comprobar esterilidad del material	Sólo el material esterilizable en contenedores lleva doble etiqueta para comprobación de esterilidad	Cirugía Pediátrica	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS			
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Colocar en un lugar visible del paritorio el procedimiento de actuación para la atención de una paciente con eclampsia.	Aunque existe el protocolo en el hospital y está disponible para todo el personal del bloque obstétrico. Se evidenció que el acceso al mismo en una situación de urgencia era mejorable	Bloque Obstétrico	H. U. INFANTA ELENA
Recomendaciones relacionadas con PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS			
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Endoscopia digestiva urgente y riesgo anestésico	No está protocolizada la sedación en endoscopias digestivas urgentes	Digestivo, urgencias, Anestesia, UCI	H. U. TORREJÓN
Formación en fibrobroncoscopia	No formación específica en fibrobroncoscopia	UCI Pediátrica	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Formación ECMO pediátrica	No formación específica en ECMO	UCI Pediátrica	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Procedimiento para atender a las segundas y terceras víctimas de un evento adverso grave	Los eventos adversos graves tienen su peor consecuencia en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares (primera víctima), pero no son los únicos afectados. También son víctimas los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente	Todos los profesionales del hospital	H.U. LA PAZ
Protocolo de activación de reanimación cardiopulmonar en el hospital y su entorno	La parada cardiorrespiratoria es una emergencia médica, potencialmente tratable pero que requiere de una perfecta actuación de cada uno de los eslabones que constituyen la Cadena de Supervivencia. Para esto es imprescindible la formación del personal	Todos los profesionales del hospital	H.U. LA PAZ
Recomendaciones relacionadas con PRUEBAS DIAGNÓSTICAS			
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Revisión del sistema de identificación de	Se detecta un caso en el que la muestra obtenida en una intervención no llega a Anatomía	Bloque Quirúrgico	H.U. DE GETAFE

muestras para quirófano en el bloque quirúrgico	Patológica		
Pérdida de muestra AP desde quirófano	A pesar de existir un circuito actualizado ocasionalmente se pierden muestras de AP.	Quirófano	H. U. TORREJÓN
Creación de nuevos perfiles de petición analítica en HCIS para distintos Servicios	Complejidad de petición por parte del médico en HCIS, con el consiguiente riesgo de error	Personal médico	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con SANGRE Y HEMODERIVADOS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Actualización de protocolos administración de hemoderivados	Intento de extender políticas de transfusión más restrictivas	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN
Recomendaciones relacionadas con SANGRE Y HEMODERIVADOS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Cambio del sistema para solicitar hemoderivados en Florence	Sistema que aseguro una mayor adecuación y seguridad de las transfusiones	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN
Hemorragia crítica	Situaciones que permitirían realizar de forma más rápida todos los pasos para la solicitud de transfusión en pacientes sangrantes	UCI /Anestesia /Ginecología y Obstetricia / Hematología	H. U. TORREJÓN
Mejorar comunicación entre servicios	En caso de sangre fraccionada que se comunique a banco de sangre	Pediatría / Banco de sangre	H. U. TORREJÓN
Recomendaciones relacionadas con SANGRE Y HEMODERIVADOS			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Pacientes con requerimientos especiales en los hemoderivados	Errores de administración de hemoterapia no irradiada a pacientes con indicación	Personal médico	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Mejora del circuito de solicitud de hemoterapia irradiada en hematología	Errores de administración de hemoterapia no irradiada a pacientes con indicación	Banco de Sangre	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Uso de catéter multifenestrado en aféresis de progenitores hemopoyéticos	Uso de catéter central	Hematología	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Pacientes con requerimientos especiales en los hemoderivados	Errores de administración de hemoterapia no irradiada a pacientes con indicación	Todo el Hospital	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Tarjeta de seguridad trasfusional niños con trasplante cardiaco ABO incompatible	Riesgo de error trasfusional en estos niños		H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con VALORACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO			
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Henares Early Warning Score	Identificación precoz de situaciones de deterioro del paciente	Todos los pacientes hospitalizados	H. U. HENARES
Reducir error diagnóstico en AP	No siempre está incorporado el resultado de la citometría	AP	H. U. TORREJÓN
Segunda opinión AP	No se contempla de forma habitual segunda opinión para revisar muestras de AP	AP	H. U. TORREJÓN
Determinación de pruebas serologías víricas en parto (HIV-VHB-VHC)	Necesidad de disponer de las pruebas antes del parto	Laboratorio/ Obstetricia	H. U. TORREJÓN
Criterios de endoscopia digestiva	No consensuado protocolo	Digestivo	H. U. TORREJÓN
Radiología en pediatría	Establecer procedimiento diagnóstico en apendicitis en niños	Radiología / Cirugía General /	H. U. TORREJÓN

		Pediatría	
Implantación protocolo de comunicación de hallazgos relevantes en endoscopia digestiva	Los hallazgos de los estudios endoscópicos se reflejaban directamente en el informe de la prueba	Endoscopia Digestiva	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Estandarización de los coeficientes de variación en los estudios de densitometría	Mayores efectos en la DMO debido al diferente posicionamiento del paciente y de la variación que puede existir entre diferentes técnicos	Servicio de Radiodiagnóstico	H.U. SANTA CRISTINA

