



MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AÑO 2018

Observatorio Regional de
Seguridad del Paciente

DIRECCIÓN GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y
ATENCIÓN AL PACIENTE
CONSEJERÍA DE SANIDAD





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

MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AÑO 2018

Observatorio Regional de Seguridad del Paciente

ÍNDICE

ÍNDICE.....	4
INTRODUCCIÓN:.....	5
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 2018 EN CIFRAS	7
I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN.....	8
I.1. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020: actuaciones 2018	8
I.2. Objetivos institucionales de seguridad del paciente.....	12
I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios	18
I.4. Otras actuaciones:	24
II. PRÁCTICAS SEGURAS Y ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	25
II.1. Prácticas seguras a nivel institucional.....	25
II.1.1. Proyectos Zero en las UCIs.....	25
II.1.2. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.....	26
II.1.3. Higiene de Manos.....	30
II.1.4. Seguridad del Paciente Quirúrgico	31
II.1.5. Uso Seguro del Medicamento	32
II.1.6. Entornos de Especial Riesgo en Atención Primaria	36
II.2. Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente	37
III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO	40
III.1. Actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente:	41
III.2. Sistemas de Notificación y aprendizaje.....	42
III.2.1. Notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid.....	43
III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento	44
III.3. Comunicación y difusión del conocimiento.....	45
ANEXOS	47
I. Descripción Objetivos institucionales en Seguridad del Paciente 2018.....	48
II. Factores relacionados con incidentes analizados por Unidad Funcional	55
III. Prácticas Seguras Generalizables en atención hospitalaria en 2018.....	58
IV. Recomendaciones de Seguridad Generalizables en 2018	64
V. Implantación de CISEMadrid por Unidad Funcional en Hospitales.....	67

INTRODUCCIÓN:

El **Observatorio Regional de Seguridad del Paciente**¹ 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 y Atención al Paciente** 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.

Mientras que el Observatorio es una estructura central, a nivel periférico son las 42 **Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios** y los responsables de seguridad de los servicios 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 presente memoria se elabora anualmente para recoger de forma resumida, las actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la seguridad del paciente. Así, la **Memoria de Actuaciones 2018** de Seguridad del Paciente recoge los indicadores y actividades de seguridad del paciente 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.

Las principales fuentes de información para la elaboración de esta memoria han sido la evaluación de 2018 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 (ESP15-20)², la Memoria anual de actividades de las Unidades Funcionales y la evaluación de los objetivos institucionales de seguridad del paciente.

Se estructura en 3 apartados: “Despliegue de la Seguridad en la organización”, “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente” y “Aprendizaje y conocimiento”.

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.

En “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”).

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

² Disponible en:

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

En el apartado de “Aprendizaje y Conocimiento” se detalla la línea de formación centralizada en seguridad del paciente, la información sobre las comunicaciones de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid y también actuaciones sobre comunicación y difusión del conocimiento científico.

El resumen de los principales datos de la memoria se presenta en la siguiente tabla

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 2018 EN CIFRAS

Estrategia de seguridad del paciente:	
Nº actuaciones en Seguridad del Paciente (ESP15-20) en desarrollo o finalizadas	115
Organización de las Unidades Funcionales:	
Miembros de las Unidades Funcionales: Nº total (y promedio UF)	744 (18)
Objetivos establecidos (nº)	475
Promedio reuniones/año	9
Responsables de seguridad Nº Total (y promedio UF)	2.101 (50)
Actividad en seguridad del paciente:	
Incidentes identificados (nº)	23.500
Incidentes analizados (nº)	19.599
% de incidentes analizados/ identificados	83%
Nº total de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente	11.720
Recomendaciones de seguridad generalizables	66
Prácticas seguras	109
Alumnos que han recibido formación centralizada en seguridad del paciente (coordinada desde SG Calidad)	929
Objetivos institucionales:	
% de servicios o unidades hospitalarias con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente	92,6%
% de centros de salud que han desarrollado al menos 3 actuaciones en seguridad	98,1%
% de unidades del SUMMA con reuniones de seguridad	81,5%
Nº de rondas de seguridad	345 (214 hospitales + 79 primaria + 52 SUMMA)
Implantación de CISEMadrid en hospitales (nº de centros implantado)	29
<i>Proyectos Zero en UCI</i>	
Neumonía asociada a ventilación mecánica (casos/1000 días)	3,86
Bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (casos/1000 días)	1,71
Tasa de bacterias multirresistentes (% de pacientes)	2,20
Participación en el proyecto ITU Zero (nº centros)	25
% de gerencias/centros con actuaciones para mejorar la higiene de manos	100%
% de implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ)	96,7%
% de adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) por servicios/unidades	90,5%

I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

I.1. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020: actuaciones 2018

La **Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020** del Servicio Madrileño de Salud establece un conjunto de líneas estratégicas, objetivos y actuaciones a desarrollar en el periodo 2015-2020 y tiene como misión “Proporcionar unos servicios sanitarios exentos de daños innecesarios o prevenibles para nuestros pacientes, a través de la implantación y desarrollo de la gestión de riesgos sanitarios”.

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

Para desarrollar de forma operativa esta Estrategia, se establecieron **12 Líneas Estratégicas**, que se agrupan en cuatro perspectivas globales, tal y como se detalla en la siguiente imagen:

Las líneas estratégicas se desagregan a su vez en 92 objetivos estratégicos y 307 actuaciones que incluyen a su vez 883 actividades que corresponden a las tareas concretas a desarrollar a nivel operativo para completar las actuaciones.

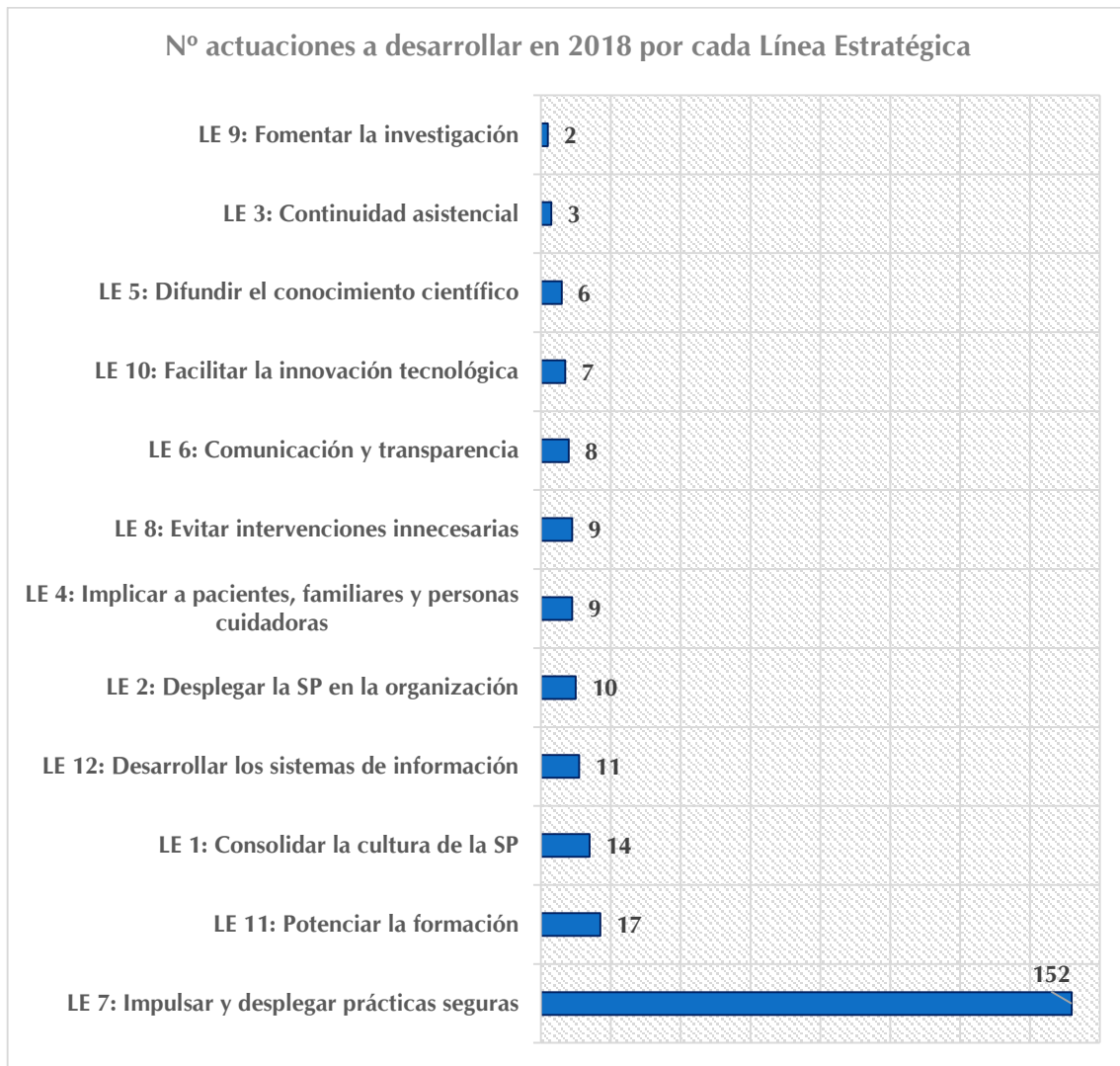
Para facilitar, realizar y apoyar la implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, existe un **Comité Operativo de Seguridad del Paciente** (ya en funcionamiento desde la anterior Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012) que está compuesto por

representantes de 13 Unidades Directivas responsables del desarrollo de las actuaciones.

En este sentido, con todas las actuaciones se define el **Plan de Acción**, de forma que para cada actuación, cada Unidad Directiva determina: el responsable del seguimiento, las actividades que la componen, el cronograma y el indicador para su evaluación. Así, **anualmente** se solicita la evaluación de las actuaciones a cada Unidad Directiva y tras la evaluación anual, se actualiza la planificación prevista para el año siguiente.

En la planificación inicial de 2015 estaban previstas inicialmente para desarrollar en 2018, 216 actuaciones. No obstante, tras cuatro años de despliegue se ha modificado la planificación y hubo 248 actuaciones **previstas en 2018** en lugar de 216 actuaciones.

En cuanto a la **distribución de actuaciones a desarrollar en 2018 por línea estratégica** se muestra en la siguiente imagen, ordenadas las líneas de menor a mayor según nº de actuaciones.



Así, hay 2 líneas como son las relativas a investigación y continuidad asistencial con un número inferior a 5 actuaciones a desarrollar durante 2018; y el resto de líneas con un mayor número de actuaciones, destacando por encima del resto la línea relativa al impulso y despliegue de prácticas seguras con 152 actuaciones. Es ésta una línea amplia que abarca en sí mismo 12 apartados diferentes.

En cuanto a las líneas estratégicas en las que se enmarcan todas estas actuaciones, la mayoría de ellas, exceptuando la línea 7, tienen una única Unidad directiva responsable de su despliegue y en otras como es el caso de la línea 7 de prácticas seguras en cuyo despliegue intervienen hasta 9 unidades directivas, ya que es una línea amplia que incluye 11 áreas de trabajo diferenciadas.

Para realizar la evaluación y el seguimiento del cumplimiento de las actuaciones establecidas por las Unidades Directivas, se utilizan las Fichas de Planificación y de Seguimiento. Los criterios de evaluación utilizados son los siguientes:

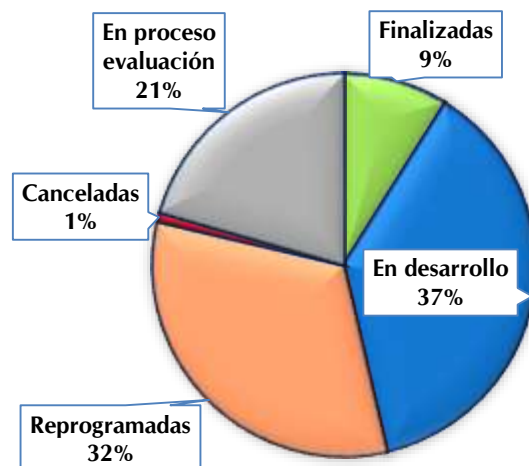
Tabla Criterios de evaluación de las Actuaciones en la ESP15-20

Evaluación	Actuación
Finalizada	Todas sus actividades están finalizadas. Su desarrollo ha finalizado y no se tiene que evaluar más.
En Desarrollo	Se han realizado las actividades que estaban planificadas en ese periodo pero su programación todavía continúa en el tiempo (<i>aunque alguna de sus actividades esté reprogramada, finalizada o cancelada</i>).
Reprogramada	La práctica totalidad de sus actividades están reprogramadas (<i>o alguna está cancelada</i>). No se han iniciado en el periodo programado y se realiza una nueva planificación de esa actividad
Cancelada	Se ha decidido no desarrollar esta actuación. Se programaron inicialmente pero se decide suprimir de forma motivada

Además de los criterios anteriormente descritos, algunas actuaciones aparecen reflejadas actualmente aún en esta memoria como “en proceso de evaluación” por la Unidad Directiva responsable.

En este sentido, 115 actuaciones (**46%**) se han **desarrollado en plazo o han finalizado** su planificación, se han **reprogramado** 80 actuaciones (**32%**), 51 actuaciones (**21%**) están aún en proceso de **evaluación** y 2 (**1%**) se han **cancelado**.

Evaluación de las actuaciones planificadas en 2018



Con el **79 % de actuaciones evaluadas**, la **distribución o grado de ejecución de actuaciones 2018 por línea estratégica** es la que muestra la siguiente tabla que incluye tanto el número como el porcentaje de actuaciones finalizadas o en desarrollo, reprogramadas, canceladas o aún en proceso de evaluación.

Resultado de las actuaciones evaluadas por Línea Estratégica en 2018

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	Finalizadas	En Desarrollo	Reprogramadas	Canceladas	En Evaluación	% ACTUACIONES FINALIZADAS O EN DESARROLLO	% ACTUACIONES REPROGRAMADAS	% ACTUACIONES CANCELADAS	% ACTUACIONES EN EVALUACIÓN
LE 1: Consolidar la cultura de la SP	1	13	0	0	0	100%	0%	0%	0%
LE 2: Desplegar la SP en la organización	0	10	0	0	0	100%	0%	0%	0%
LE 3: Continuidad asistencial	0	3	0	0	0	100%	0%	0%	0%
LE 4: Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras	2	4	1	0	2	66%	11%	0%	22%
LE 5: Difundir el conocimiento científico	0	6	0	0	0	100%	0%	0%	0%
LE 6: Comunicación y transparencia	0	6	2	0	0	75%	25%	0%	0%
LE 7: Impulsar y desplegar prácticas seguras	13	38	65	1	35	34%	43%	1%	23%
LE 8: Evitar intervenciones innecesarias	0	4	0	0	5	44%	0%	0%	56%
LE 9: Fomentar la investigación	0	0	1	1	0	0%	50%	50%	0%
LE 10: Facilitar la innovación tecnológica	0	0	0	0	7	0%	0%	0%	100%
LE 11: Potenciar la formación	3	6	7	0	1	53%	41%	0%	6%
LE 12: Desarrollar los sistemas de información	3	3	4	0	1	54%	36%	0%	9%
	22	93	80	2	51				

Así, entre las líneas con un mayor grado de ejecución de las actuaciones previstas para 2018 se encuentran: la línea 1 de cultura, la línea 2 con actuaciones para desplegar la seguridad en la organización, la línea 3 de continuidad asistencial y la 5 relativa a la difusión del conocimiento científico, todas ellas con un 100%.

También ha habido un buen grado de desarrollo en la línea 6 de comunicación y transparencia y la línea 4 sobre implicación a pacientes, familiares y personas cuidadoras, con un 75% y 66% respectivamente de actuaciones finalizadas o en desarrollo. Y con un grado de desarrollo superior al 50% se encuentran también las líneas de formación (53%) y de desarrollo de los sistemas de información (54%).

En la línea de prácticas seguras, que es la más numerosa, el porcentaje de actuaciones finalizadas o en desarrollo ha sido de un 34%, si bien se han reprogramado un 43% de las actuaciones previstas para 2018.

1.2. Objetivos institucionales de seguridad del paciente

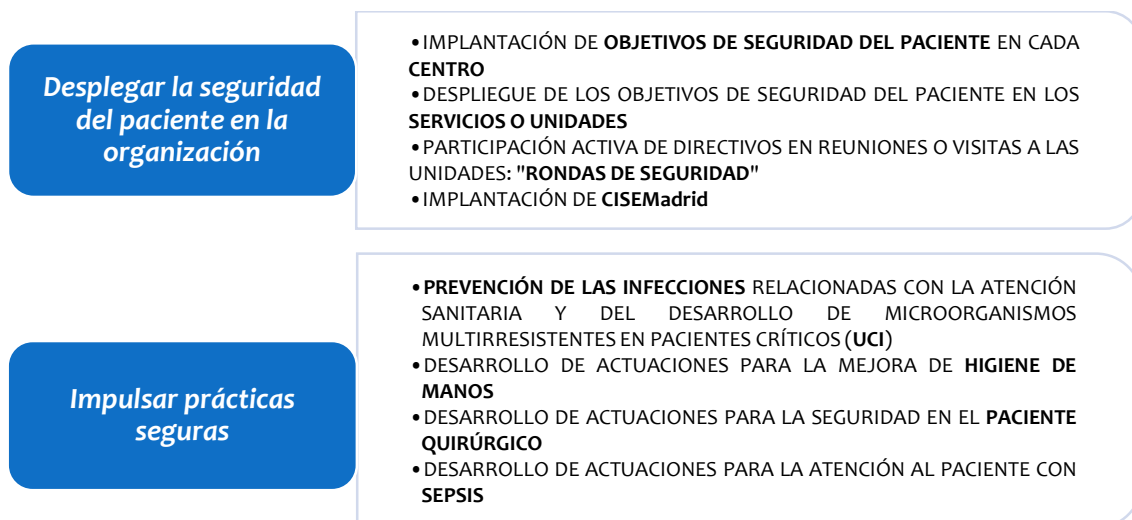
Junto a otros objetivos del área de calidad, la Subdirección General de Calidad Asistencial establece anualmente objetivos institucionales de seguridad del paciente para los centros sanitarios. Durante el período de vigencia los centros sanitarios despliegan las actuaciones necesarias para su consecución 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.

Todos estos objetivos tienen su traducción en indicadores de medición, que quedan definidos con la fórmula de cálculo, meta, información adicional a tener en cuenta y criterios de cumplimiento; tal y como se detalla en la metodología de evaluación del Anexo I.

A continuación se detallan los resultados de la evaluación de los objetivos institucionales de 2018 de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA12.

Objetivos de seguridad en Atención Hospitalaria:

En el año 2018, los objetivos y las actuaciones establecidas en seguridad del paciente fueron las que se muestran en el siguiente esquema:



A continuación se presenta una descripción de los principales resultados obtenidos en cada uno de ellos. Adicionalmente, y aunque los objetivos relativos al dolor no se incluyen entre los objetivos institucionales de 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.

Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro. Desde que se crearon las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios en nuestra Comunidad, se ha potenciado e impulsado que cada gerencia definiera sus propios objetivos, como un despliegue en cascada de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud.

Así, en el año 2018, el indicador de implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro se mantiene, y vuelven a ser 5 los marcados como meta. 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 desarrollar actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes.

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 **402 objetivos** definidos y una media de 12 por hospital. El objetivo de seguridad relativo a las **prácticas innecesarias** se ha abordado en el 100% de los hospitales y el de promover el **uso seguro de radiaciones ionizantes** en el 97% de los mismos.

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 incluye un objetivo para promover la seguridad en los servicios y unidades.

Al igual que en 2017, se determinó que los servicios o unidades de cada hospital han de establecer 2 objetivos propios, siendo uno de ellos realizar una sesión cuatrimestral de análisis de incidentes o de revisión de casos, o bien diseñar e implantar recomendaciones o prácticas seguras. Además, en este objetivo para cumplirse ha de confirmarse el nombramiento de un responsable de seguridad en cada servicio o unidad correspondiente. En 2017, la meta se estableció en un 90% de los servicios/unidades, ampliándose al 95% para 2018.

Así, globalmente, en el **92,6% de los servicios** o unidades contabilizadas se han establecido al menos dos objetivos de seguridad. Por centros, el 76% de los hospitales superaron la meta establecida (2 objetivos y nombramiento de un responsable en al menos el 95% de sus servicios/unidades).

Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades, “rondas de seguridad”. En los objetivos institucionales de 2018, este objetivo (que se incluye desde el año 2010) se concretó con la realización de al menos 7 reuniones o rondas de seguridad en los hospitales de alta complejidad (grupo 3), 6 en los grupos 1 y 2 y 4 rondas en los de apoyo (2 en bloque quirúrgico), media estancia y de psiquiatría. Una por semestre tanto en UCI como en bloque quirúrgico. Las rondas realizadas habían de estar documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas.

En este sentido, el 97% de los hospitales han realizado al menos el número de rondas indicadas según grupo, sumando un total de **214 rondas** y una media de 6 por hospital. Si tenemos en cuenta aquellos que han cumplido con el número de rondas, la evaluación de las mismas y los servicios definidos como prioritarios, la cifra resulta en un 85%. Algunos hospitales de agudos, además de las rondas en las unidades especificadas como prioritarias, han realizado más rondas en otros servicios o unidades, fundamentalmente en urgencias y el área de radiodiagnóstico.

Implantación de CISEMadrid (sistema común de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación). Está implantado desde 2011 en Atención Primaria (CISEMAP) y en 2016 comenzó su implantación en Atención Hospitalaria, incluyéndose desde 2017 entre los objetivos de calidad institucionales.

Para ello se establece que el centro habrá realizado la implantación de CISEMadrid e impulsado su utilización, en función de un número mínimo y determinado de incidentes identificados de seguridad y errores de medicación y emisión de informes validados tras su análisis, que varía según la complejidad o grupo de hospitales, tal y como se muestra en la tabla.

*Meta:	Identificados	Informe validado (60%)
Apoyo, ME, PSQ	60	36
Grupo 1	150	90
Grupo 2	200	120
Grupo 3	250	150

Así, a 31 de diciembre de 2018 CISEMadrid tiene una implantación alta en 19 Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos de hospitales (es decir, se identifican y analizan el nº mín. establecido de incidentes y errores de medicación), lo que supone un 56% de los centros. Además, tienen un cumplimiento medio 10 hospitales, en 4 hospitales está parcialmente implantado, principalmente por identificar y analizar un número reducido incidentes y/o errores, y un centro no ha implantado el sistema por problemas técnicos y de seguridad.

Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos (UCI): Desde 2009 hasta 2018 se han desplegado cuatro proyectos Zero, Bacteriemia, Neumonía, Resistencia e ITU Zero, 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.

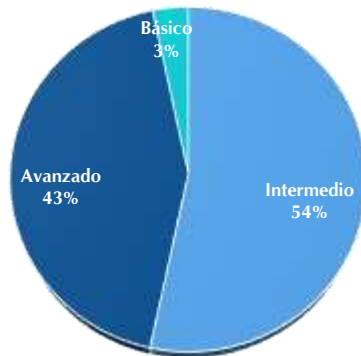
En 2018, los cuatro proyectos se han incluido como objetivos institucionales, obteniendo buenos resultados con tendencias positivas (*el detalle de la evaluación relativo a estos proyectos se detalla en el apartado de prácticas seguras II.1.1. Proyectos Zero en las UCIs*).

Desarrollo de actuaciones para mejorar la higiene de manos: El objetivo que se ha trasladado a los centros en el año 2018 ha sido el realizar la autoevaluación a través de la herramienta validada por la OMS y desarrollar, al menos, dos actuaciones para la mejora de la higiene de manos, entre ellas la observación del cumplimiento de la higiene de manos.

Todos los hospitales han realizado la **autoevaluación** y desarrollado al menos 2 actuaciones, sumando un total de 128, con un promedio de 4 por hospital. Igualmente, todos menos uno han abordado tal como se indicaba la evaluación del cumplimiento. En total, el cumplimiento de este objetivo se ha realizado en el 97% de los hospitales.

Con respecto a la autoevaluación, se representa en el siguiente gráfico el nivel de desarrollo de los hospitales de acuerdo al resultado obtenido:

Nivel de desarrollo alcanzado de acuerdo a la autoevaluación OMS: % de hospitales



Inadecuado (0-125)	Básico (126-250)	Intermedio (251-375)	Avanzado (376-500)
Las prácticas de higiene de las manos y su promoción son deficientes . Son necesarias mejoras importantes	Se aplican algunas medidas , pero no alcanzan un nivel satisfactorio. Es necesario seguir mejorando	Existe una estrategia adecuada de promoción de HM y las prácticas han mejorado. Necesario planes a largo plazo que garanticen continuidad y progresión	Se han mantenido o mejorado las practicas de higiene de las manos y su promoción

Desarrollo de actuaciones para la seguridad en el paciente quirúrgico. 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 2018 se incluyeron diversas actuaciones cuyos principales resultados se describen el apartado [“Seguridad en el paciente quirúrgico”](#).

Desarrollo de actuaciones para la atención al paciente con sepsis. La sepsis es la primera causa de muerte en los hospitales. En nuestro país, como en otros, su incidencia y mortalidad siguen aumentando. En los últimos años, distintas iniciativas nacionales e internacionales han demostrado que la detección y el tratamiento precoces y organizados de la sepsis disminuyen su mortalidad. Se trata por tanto de una entidad clínica tiempo-dependiente, que es y debe tratarse como una emergencia. En la Comunidad de Madrid distintos hospitales han empezado a desarrollar “código sepsis”, y aunque la realidad en cada hospital es muy diferente, existen unas recomendaciones mínimas que se pueden compartir para unificar los aspectos clave del tratamiento de la sepsis.

Por este motivo se elaboró un documento de recomendaciones para la atención de la sepsis en hospitales basado a su vez en el elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales médicos y de enfermería que se constituyen en impulsores del proyecto “Código Sepsis Madrid”.

Como objetivo institucional para hospitales en 2018 se estableció que se desarrollaran al menos dos actuaciones para mejorar la atención al paciente con sepsis, siendo una de ellas la constitución de un grupo de trabajo o comité multidisciplinar y la segunda la revisión y aplicación de las recomendaciones institucionales de atención al paciente con sepsis. El grupo multidisciplinar habrá de ser el encargado de evaluar, promover e impulsar la aplicación de las actuaciones en el hospital y deberá contar, al menos, con un representante del equipo directivo.

En este sentido, el **94%** de los hospitales han constituido un **grupo multidisciplinar**, han revisado el documento de recomendaciones y desarrollado actuaciones para implantar las recomendaciones en el hospital.

Medición del dolor en servicios específicos. Si bien la evaluación del dolor viene siendo una línea de trabajo de todos los hospitales a través de los Comités de Atención al dolor, desde 2015 se estableció también como objetivo propio del centro, que al menos un 95% de los servicios o unidades tuvieran implantadas escalas de valoración del dolor.

En 2018, continuando el avance con este objetivo se estableció que al menos el 80% de los pacientes de determinados servicios considerados prioritarios tuvieran recogida en la historia clínica (HC) la medición del dolor a través de escalas de valoración. Estos servicios son: UCI, Pediatría, Cirugía General y Traumatología.

Así, globalmente el **93,1% de pacientes estudiados** en estos servicios (a través de un estudio transversal con una muestra representativa de historias clínicas) tienen recogida en la HC la medición con una escala de valoración del dolor. Globalmente el objetivo de que al menos el 80% de los pacientes estudiados tengan presente la valoración de dolor se ha alcanzado en el 79% de los hospitales.

Objetivos de seguridad en Atención Primaria:

Continuando con los objetivos de seguridad del paciente en Atención Primaria marcados desde la Subdirección General de Calidad Asistencial, en 2018 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, entre otros.

Despliegue de la seguridad del paciente en las Direcciones Asistenciales. En 2018 para desplegar en los centros la seguridad del paciente se estableció como objetivo que al menos se llevaran a cabo 3 actuaciones por centro relacionadas con la seguridad del paciente, ya fueran sesiones formativas, sesiones de análisis de incidentes o implantación de acciones de mejora de seguridad del paciente. En este sentido, un total de **257 centros** (98,1%) han superado el número mínimo de actuaciones establecido. En el ámbito de las Direcciones Asistenciales la meta se establecía en al menos el 80% de centros, cifra superada en todos los casos.

Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada Dirección Asistencial. Se estableció como meta la implantación de al menos 5 objetivos de seguridad del paciente en cada una de las Direcciones Asistenciales, incluyendo entre ellos las actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes y la higiene de manos, que se establecieron como prioritarios. En total han sido **40 objetivos** con un promedio por Dirección Asistencial de 6. En todas ellas se han abordado los objetivos de seguridad prioritarios y han desarrollado actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes así como actuaciones para mejorar la higiene de manos.

Participación activa de directivos en reuniones o visitas a los centros: “rondas de seguridad”. El objetivo de la realización de rondas de seguridad en atención primaria se incluyó por primera vez en el año 2016, y en el año 2018 se estableció que se realizaran al menos 10 rondas de seguridad por cada Dirección Asistencial.

Así, se han realizado un total de **79 rondas** de seguridad, cifra superior a la del año 2017 en que se realizaron un total de 62 rondas, siendo un 57,1% de las Direcciones Asistenciales las que han realizado más de 10 rondas de seguridad, cifra que se estableció como diana en 2018.

Despliegue de las recomendaciones “No Hacer”. En 2018, se estableció dentro del área de seguridad del paciente este objetivo en el ámbito de las Direcciones Asistenciales. Se había de seleccionar al menos una recomendación de “No Hacer” de entre las identificadas por diferentes organismos/entidades: las seleccionadas por la Secretaría de GuíaSalud para el conjunto de las Comunidades Autónomas, las recomendaciones seleccionadas por un grupo de trabajo de la Comunidad de Madrid y las recomendaciones “No Hacer” en Urgencias de semFYC). Sobre las recomendaciones seleccionadas se había de desplegar un plan de acción que incluyera acciones informativas/formativas a todos los centros y la intervención de mejora correspondiente. Posteriormente se habían de medir los resultados (antes/después) del plan de acción sobre las recomendaciones de “No Hacer” seleccionadas.

En 2018 todas las Direcciones han seleccionado al menos una recomendación, han desplegado un plan entre sus centros de salud y han realizado evaluación en mayor o menor medida. Entre las recomendaciones seleccionadas más citadas se encuentra el reducir consumo crónico de benzodiacepinas en ancianos y uso inapropiado de antimicrobianos.

Desarrollo de actuaciones para mejorar la atención al dolor en Direcciones Asistenciales. En continuidad con las líneas marcadas en años previos, el objetivo para 2018 se centró en el desarrollo de al menos 3 actuaciones para mejorar el dolor en cada Dirección Asistencial, priorizando las siguientes:

- Reuniones trimestrales de las Comisiones de Calidad en las que se aborden aspectos relacionados con la atención al dolor.
- Nombramiento de referente del dolor organizativo por DAS que junto con el responsable clínico participe en los comités de atención al dolor (incluye al menos una reunión anual con los responsables de los EAP)
- Realización de un informe sobre la utilización de los cuestionarios específicos del dolor integrados en la Historia Clínica Electrónica (con el análisis de la información que facilite la Gerencia)

En este sentido se ha dado cumplimiento a cada una de las tres actuaciones propuestas en todas las Direcciones Asistenciales.

Objetivos de seguridad en SUMMA 112:

En 2018 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.

Implantación de objetivos de seguridad del paciente. Se estableció como objetivo la implantación de al menos 5 objetivos de Seguridad del Paciente en la Gerencia SUMMA 112. Uno de ellos había de ser el desarrollo de actuaciones para evitar **prácticas innecesarias**. De tal forma que había que seleccionar al menos 1 recomendación de “no hacer” y desplegar un plan de acción, que incluyera acciones informativas/formativas y/o la intervención de mejora correspondiente.

En este sentido, en el SUMMA se establecieron para el año 2018 **12 objetivos** y en cuanto al objetivo establecido como prioritario, se seleccionó como recomendación el “no utilizar de forma indiscriminada los antibióticos”.

Despliegue de los objetivos de Seguridad del Paciente en las Unidades Funcionales. Con el fin de hacer llegar el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente a los procesos asistenciales, se mantiene como objetivo la celebración de reuniones o sesiones de seguridad en las unidades funcionales, con la participación de los responsables nombrados.

Se estableció como indicador el porcentaje de unidades donde se celebraban estas reuniones del total de las unidades. Así, 22 de las 27 unidades del SUMMA 112 cumplieron el objetivo (81,5%). En 2017 la cifra fue similar (85%), pero ambos resultados consolidan la mejora respecto a 2016 (40%).

Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad". En 2018 se estableció el objetivo de realizar al menos una ronda de seguridad documentada por parte de los directivos del SUMMA 112 en el 80% de las unidades.

En este sentido, se han llevado a cabo visitas de seguridad en el 85,2% de las 27 unidades, realizándose **52 rondas** de Seguridad, en 23 UF diferentes y en unidades asistenciales específicas, y se han abordado temas como incidentes de riesgo, revisión de caducidades, medicamentos o competencia profesional.

Desarrollo de actuaciones para mejorar higiene de manos. Así, se ha realizado la autoevaluación refiriendo de acuerdo a la puntuación obtenida un nivel de desarrollo avanzado. En total han llevado a cabo 4 planes de acción, siendo uno de ellos la observación del cumplimiento de higiene de manos en unidades/dispositivos.

Dentro de la **mejora de la atención al dolor**, se han desarrollado 4 líneas de actuación, siendo prioritarias la identificación de procesos o actuaciones clínicas susceptibles de estandarizarse, y la evaluación del registro específico del dolor integrado en el Informe Clínico Electrónico (ICE).

1.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF), con plena implantación en los centros sanitarios desde 2007 representan la piedra angular para el despliegue de actuaciones de seguridad del paciente a nivel de los centros. Están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios: 34 de Atención Hospitalaria, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA112 en 2018.

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.

Así, estas Unidades informan semestralmente de sus actividades a la Subdirección General de Calidad Asistencial; actividades que se enmarcan dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud actualmente vigente 2015-2020. Con todo ello, se elabora un informe cuyos resultados más destacados del año 2018 se describen a continuación.

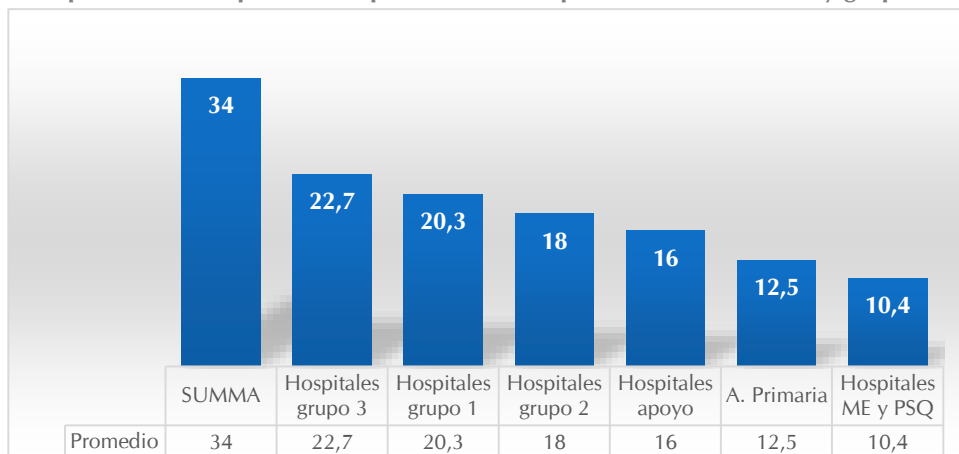
Estructura/Organización:

Entre las características de las Unidades hay que resaltar la idea de que al ser unidades “funcionales”, son estructuras organizativas flexibles que se pueden adaptar a la realidad de cada centro sanitario, en cuanto al número y perfil de los profesionales y a su forma de interactuar.

Globalmente en el Servicio Madrileño de Salud forman parte de estas Unidades un total de **744 profesionales** de todos los ámbitos de la organización sanitaria. De todos ellos, un 84% (622) pertenecen a las 34 Unidades Funcionales de hospitales, seguidos de profesionales de atención primaria (12%) de las 7 Unidades Funcionales y del SUMMA 112 (5%).

En el siguiente gráfico se representan los valores promedio de profesionales que forman parte de las distintas UF, observándose cierta correlación entre el tamaño de los centros, con mayor número de profesionales y el nivel de participación de los mismos en sus Comités de Seguridad/Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos.

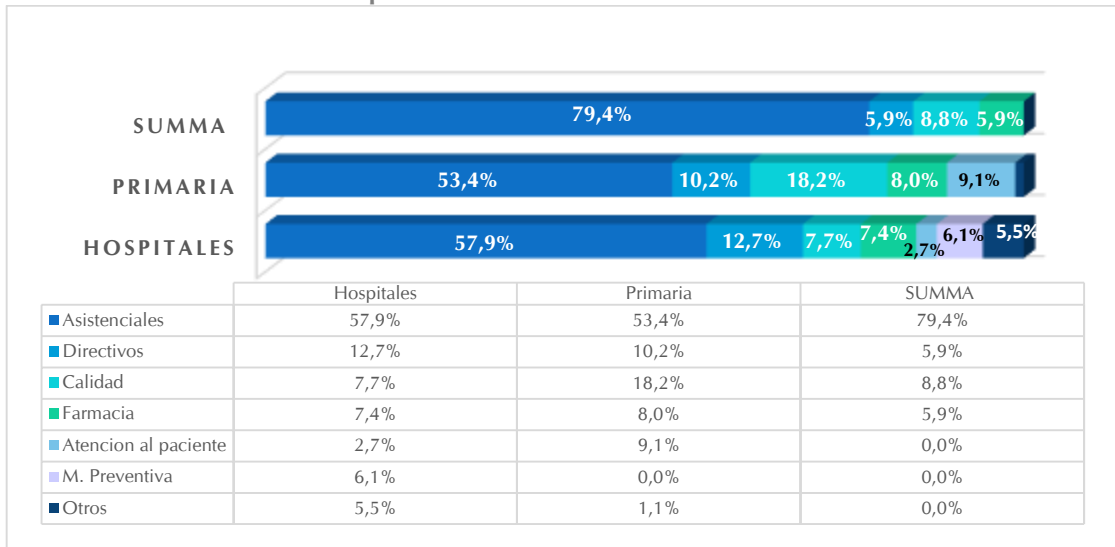
Promedio de profesionales que forman parte de las UF: por ámbito asistencial y grupo de hospital



*ME y PSQ: Media estancia y Psiquiátricos

En cuanto al perfil de los profesionales, de acuerdo a las recomendaciones que se dieron para la constitución de las Unidades Funcionales, participan en estos grupos multiprofesionales al menos 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 el centro y, de facto, tienen cada vez más presencia los profesionales sanitarios asistenciales, tal y como se refleja en el siguiente gráfico.

Perfil profesional de las Unidades Funcionales



Un aspecto interesante es el relativo al nivel de formación de sus integrantes. Con respecto a la información facilitada por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos en el año 2018, el porcentaje de **profesionales formados** en seguridad del paciente es del **96%**, ligeramente superior al año anterior (95%). De ellos y de forma global, **el 70%** considera que tiene un **nivel de formación avanzado o medio**.

Además, a nivel organizativo, está la figura de los responsables de seguridad; profesionales dedicados a la asistencia y formados en seguridad del paciente, que son el eslabón con las Unidades Funcionales de los centros y actúan a nivel local desplegando la cultura de seguridad, gestionando los riesgos y promoviendo prácticas seguras por áreas, servicios o unidades y centros de salud. Así, de acuerdo a los datos comunicados en el año 2018, hay un total de **2.101 responsables de seguridad de unidades/servicios** en el Servicio Madrileño de Salud, con un promedio global de 50 responsables por Gerencia/Dirección Asistencial.

Actividad:

De forma global, el número total de **objetivos establecidos por las Unidades Funcionales** de Gestión de Riesgos Sanitarios del SERMAS en año 2018 ha sido de **475**, un número ligeramente inferior al registrado en el año 2017 (530), con un promedio de 11 objetivos por Unidad Funcional. En este sentido, a final del año, cerca de un **94%** de los indicadores de seguimiento planteados para evaluar estos objetivos estaban **alcanzados o** en algún caso **parcialmente alcanzados**.

En cuanto a las **actividades relacionadas con la promoción de la cultura de seguridad**, en el año 2018 se han elaborado un total de 301 materiales, un 9% más respecto al mismo periodo de 2017 (275): Hospitales 248, Atención Primaria 52 y SUMMA 112 han sido 1. Así, la mayoría de materiales (87%) se dirige a profesionales, el 4% a pacientes y un 2% a todos los colectivos. Los documentos que han adjuntado las UF se encuentran disponibles para todas las UF en el apartado de seguridad del paciente de la intranet de la Consejería.

En relación con la **identificación de incidentes**, globalmente en el año 2018, han sido **23.500**, cifra superior a la del año 2017 en que se identificaron 21.005 incidentes.

Del total de incidentes identificados, el porcentaje más elevado corresponde al ámbito de atención hospitalaria seguido de atención primaria y el SUMMA 112 tal y como se representa a continuación; y en todos estos ámbitos ha habido un ascenso con respecto al mismo periodo del año previo.

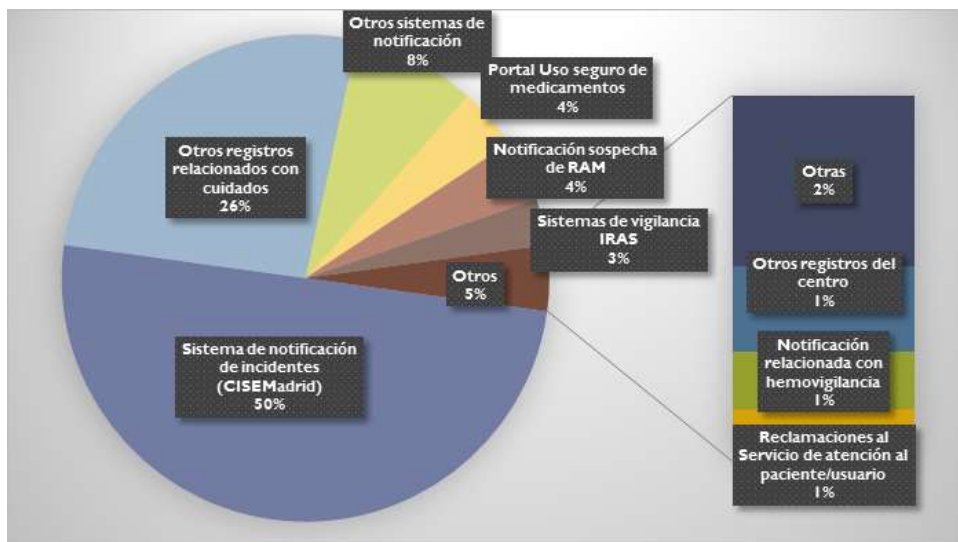
Nº de incidentes identificados (total y promedio Gerencia/DA): Evolución 2017-2018

	Anual 2018				Anual 2017				Variación 2018-2017			
	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA
Nº	23.500	19.970	3.352	178	21.005	17.919	3.003	83	2.495	2.051	349	95
Promedio	560	587	479	178	488	527	429	83				

En cuanto a las **fuentes de información**, las dos más utilizadas globalmente para identificar incidentes han sido los sistemas de notificación de incidentes (y entre ellos principalmente **CISEMadrid**) y los registros relacionados con cuidados.

Considerando una única fuente para cada incidente identificado, la distribución global considerando todos los ámbitos asistenciales se muestra en la siguiente figura.

Fuentes utilizadas para la identificación de incidentes



No obstante, teniendo en cuenta el ámbito asistencial, en Atención Primaria de forma casi exclusiva los incidentes se identifican a través de CISEMadrid, en el caso SUMMA 112 de forma mayoritaria a través de un sistema propio de notificación de incidentes mientras que entre las 34 Unidades Funcionales de hospitales hay mayor diversidad entre las fuentes de información, empleando además de CISEMadrid otros registros relacionados con cuidados.

Tras realizar la identificación de los incidentes, las Unidades Funcionales abordan el **análisis** de los mismos determinando cuáles son más relevantes, qué riesgos son reducibles y qué herramientas utilizar para profundizar en su conocimiento. El objetivo es conocer la naturaleza de estos incidentes como paso previo a la puesta en marcha de actuaciones que mejoren la

seguridad del paciente. Así, la prioridad de intervención será mayor cuanto más importante sea el riesgo y la factibilidad de la intervención.

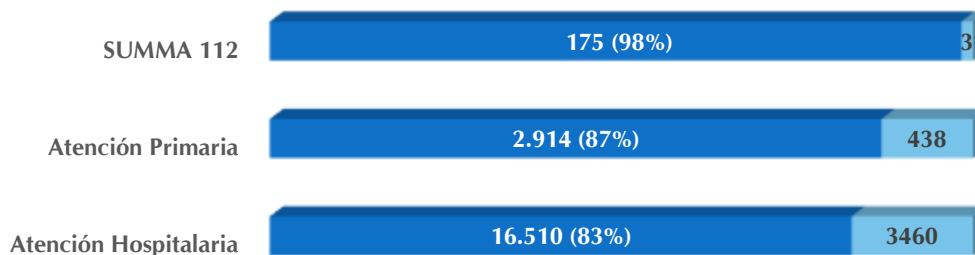
En este sentido, en el año 2018 con respecto a los 23.500 incidentes identificados, **se han analizado un total de 19.599 incidentes**, lo que supone un **83%** de lo identificado (porcentaje ligeramente superior al del año 2017 de un 79%).

Nº de incidentes analizados (total y promedio Gerencia/DA): Evolución 2017-2018

	Anual 2018				Anual 2017				Variación 2018-2017			
	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA
Nº	19.599	16.510	2.914	175	16.554	13.876	2.595	83	3.045	2.634	319	92
Promedio	467	486	416	175	385	396	371	83				

En la siguiente figura se muestra el porcentaje de incidentes analizados por entornos asistenciales:

Análisis de incidentes según ámbito asistencial



	Atención Hospitalaria	Atención Primaria	SUMMA 112
■ Analizados	16.510	2.914	175
■ No analizados	3.460	438	3

■ Analizados ■ No analizados

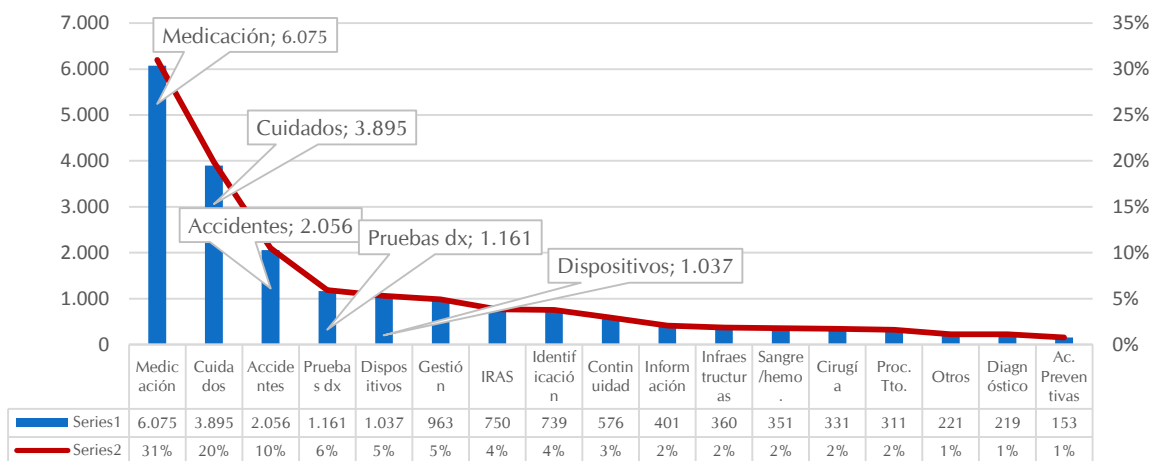
Con el **análisis de incidentes**, éstos se agrupan según el aspecto o **factor más relevante con el que están relacionados**. De acuerdo con la clasificación que se facilita en el Sistema de Actividad de las Unidades Funcionales, su distribución en número y porcentaje en el año 2018 se relaciona en la siguiente tabla:

Incidentes analizados (nº y %) según factores relacionados: global y por ámbito asistencial

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	TOTAL	%	AH	%	AP	%	SUMMA	%
Medicación / vacunas	6.075	31%	4.244	26%	1.771	61%	60	34%
Cuidados y seguimiento del paciente	3.895	20%	3.877	23%	16	1%	2	1%
Accidentes del paciente	2.056	10%	2.039	12%	15	1%	2	1%
Pruebas diagnósticas	1.161	6%	920	6%	241	8%	0	0%
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	1.037	5%	788	5%	219	8%	30	17%
Gestión organizativa /Citaciones	963	5%	844	5%	92	3%	27	15%
Infección relacionada con la atención sanitaria	750	4%	748	5%	0	0%	2	1%
Identificación del paciente	739	4%	602	4%	137	5%	0	0%
Continuidad asistencial	576	3%	417	3%	148	5%	11	6%
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	401	2%	330	2%	69	2%	2	1%
Infraestructuras	360	2%	225	1%	133	5%	2	1%
Sangre y hemoderivados	351	2%	351	2%	0	0%	0	0%
Procedimientos quirúrgicos	331	2%	331	2%	0	0%	0	0%
Procedimientos terapéuticos	311	2%	267	2%	41	1%	3	2%
Otros	221	1%	186	1%	26	1%	9	5%
Valoración clínica/diagnóstico	219	1%	192	1%	2	0%	25	14%
Actividades preventivas	153	1%	149	1%	4	0%	0	0%
TOTAL	19.599	100%	16.510		2.914		175	

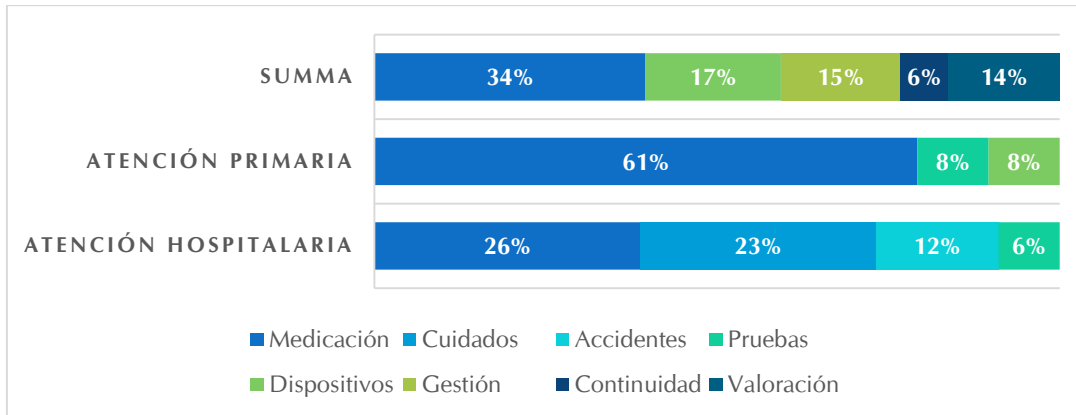
Así, a nivel global se puede observar más claramente en el siguiente diagrama de Pareto cómo algo más del 70% de los incidentes analizados se concentra en cinco categorías o factores que son: **medicación y vacunas, cuidados y seguimiento del paciente, accidentes del paciente, pruebas diagnósticas y dispositivos médicos/equipamiento/mobiliario clínico.**

Distribución global de los incidentes analizados según factores relacionados



Por otra parte, se observa cómo los factores relacionados con los incidentes analizados muestran una distribución diferente dependiendo del ámbito asistencial.

Distribución de los incidentes analizados por nivel asistencial según factores relacionados*



*Se destacan los factores relacionados con incidentes analizados con un porcentaje superior al 5%

En el anexo II, 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 2018 en atención hospitalaria, primaria y SUMMA, desglosados por grupo de hospital y dirección asistencial.

I.4. Otras actuaciones:

Se presentaron en la reunión de 12 de diciembre del Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente el documento elaborado de “Política de seguridad del paciente. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid” y el documento de “Recomendaciones para a comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves”. Ambos están difundidos a los centros y disponibles en la intranet de la Consejería y en internet, en la Comunidad de Madrid.

La política institucional se define en el ejercicio de su responsabilidad y compromiso explícito con la mejora de la seguridad de sus pacientes, basada en la implantación y desarrollo de una cultura de aprendizaje y mejora. Este documento incluye diez principios. Disponible en:

<http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20275>

El documento sobre *comunicación abierta*, tiene como objetivo general establecer recomendaciones a los centros y a los profesionales sanitarios dependientes del Servicio Madrileño de Salud de cómo debe realizarse el proceso de información a los pacientes y a los familiares o allegados afectados por un evento adverso con daño grave. Disponible en:

<http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20276>

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, Consumo y Bienestar Social 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 2018, 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 2017.

En el apartado “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” se resume la información sobre las actuaciones promovidas por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios 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

Desde hace años se trabaja con los proyectos “Zero” con indicadores en objetivos institucionales, que se han ido incorporando a medida que los proyectos se promovían desde el Ministerio.

Así, este año se ha continuado con el proyecto **Bacteriemia Zero** (que se inició en 2009) que vuelve a mantenerse 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 1,71 episodios/1000 días de catéter venoso central, por debajo por tanto del límite establecido e inferior al resultado obtenido en el año previo (1,84, cifra global ENVIN Madrid). Así, alcanzaron la meta el 92% de los hospitales que participaban en el proyecto.

En cuanto al proyecto **Neumonía Zero** (iniciado en 2011), tiene el objetivo de reducir la densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) en las UCI participantes. El objetivo trasladado en 2018 a los centros se redujo con respecto a años anteriores al indicar que había de estar por debajo de 7 episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica.

La media global de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 3,86 episodios/1000 días de ventilación mecánica, por debajo por tanto del límite establecido y similar al resultado obtenido en el año anterior (3,66; cifra global ENVIN Madrid)

Todos los hospitales en los que procede la aplicación este objetivo, salvo dos, han alcanzado la meta establecida en 2018 ($\leq 7\text{NAV}/1000$ días), siendo por lo tanto el cumplimiento global del 92%.

Además de los proyectos anteriores, a partir del año 2014 se desarrolló el 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. Entre las medidas de evaluación se encuentra la tasa de pacientes (infectados o colonizados) con una o más BMR adquiridas en UCI, definida como el nº de pacientes ingresados en UCI con una o más BMR identificadas a partir de las 48 horas de ingreso (o en las siguientes 48 horas al alta de UCI) con respecto al total de pacientes.

El objetivo trasladado en 2018 a los centros fue el de tener una tasa media de pacientes que adquieren una BMR menor del 5%. Así, en el año 2018 la tasa global en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 2,20%, siendo el cumplimiento global de un 96% (24/25) de hospitales.

Por último, en 2018 se incorporó a los objetivos institucionales el proyecto **ITU Zero**, estableciendo que las Unidades de cuidados intensivos se adhirieran a las medidas del proyecto, lo que se ha conseguido en el 100% de centros con UCI. El objetivo que persigue este proyecto es reducir las infecciones del tracto urinario asociadas a sonda uretral.

II.1.2. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria

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 en 2018 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.

Procedimientos quirúrgicos básicos en adultos

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

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

Procedimientos quirúrgicos básicos en los hospitales infantiles

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

En la siguiente tabla se describen el número total de ingresos, personas intervenidas, cirugías realizadas y número total de ILQ identificadas en los años 2016, 2017 y 2018.

Número de ingresos, pacientes, intervenciones e ILQ 2016-2018*

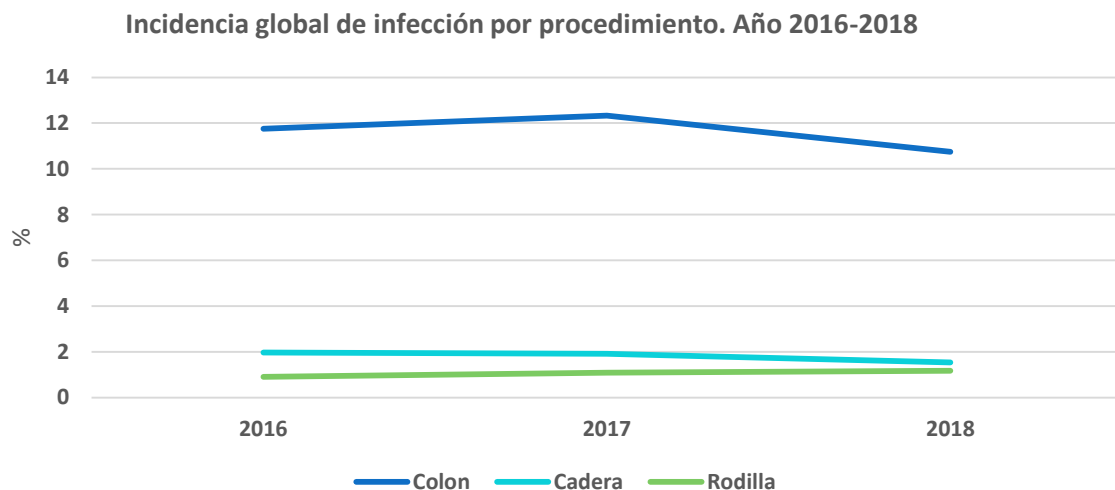
	2016	2017	2018
Nº de ingresos	24.591	26.253	25.806
Nº de personas	24.1967	25.834	25.386
Nº de intervenciones	24.999	26.588	26.224
Nº ILQ	813	920	888

*Datos de 2016 y 2017 actualizados en 2018

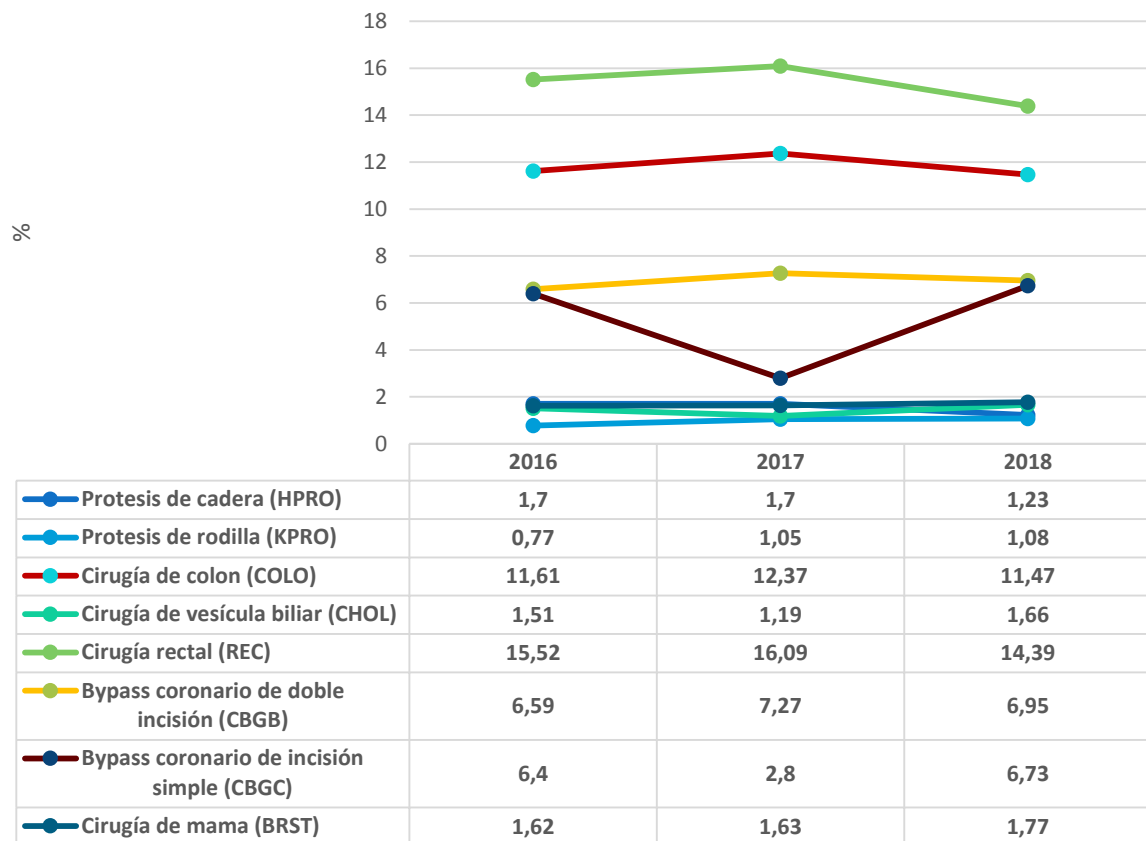
Los resultados obtenidos para 2018 de forma global en todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de las cirugías que aparecen en el observatorio de resultados del servicio Madrileño de Salud son los siguientes:

INDICADOR	SERVICIO MADRILEÑO SALUD
Infección de localización quirúrgica de cirugía de colon	10,75%
Infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de cadera	1,54%
Infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de rodilla	1,17%

Este año la obtención de estos indicadores se modifica respecto a años anteriores, actualizando los datos de los dos años precedentes, incluyendo las infecciones de localización quirúrgica superficiales, profundas y órgano-espacio de cirugía de cada procedimiento tanto programada como urgente.



Incidencia de ILQ por procedimiento vigilado. Año 2016-2018*



*Datos de 2016 y 2017 actualizados en 2019

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 se desarrollan cada año actuaciones específicas de acuerdo con las directrices de la OMS. Así, 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, cuyos principales resultados se reflejan en la siguiente tabla.

INDICADOR	SERVICIO MADRILEÑO SALUD
% de camas con preparados de base alcohólica (PBA) en la habitación	97,6%
% de camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención	78,2%
% camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención	98,0%
Consumo de preparados de base alcohólica (PBA) en hospitalización (l/1000 estancias)	34,99
Observación del cumplimiento de higiene de manos	61,4%
Observación del uso de PBA	54,9%

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 *III edición del concurso de dibujo infantil de higiene de manos*. Hubo una amplia participación, y tras una primera selección por un comité de cada Gerencia de hospital/Dirección Asistencial, se recibieron en la Consejería de Sanidad para su evaluación por un comité central, un total de 94 dibujos: 43 en la modalidad de 4 a 7 años y 51 en la modalidad de 8 a 13. En cuanto a los centros de procedencia, participaron las 7 direcciones asistenciales de Atención Primaria y 19 hospitales.

Con todos los dibujos se organizó una exposición itinerante que desde junio de 2018 y desde la sede de la Consejería ha recorrido todos los hospitales y numerosos centros de salud en atención primaria.



II.1.4. Seguridad del Paciente Quirúrgico

En el año 2018 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. Los principales resultados se describen a continuación:

Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ): Su utilización se ha incluido como objetivo de calidad desde el año 2009. En 2018 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 **96,7%** (rango 59-99%), superior al porcentaje alcanzado el año anterior (94,6%).

La meta establecida en el año 2018 marcaba que el porcentaje de utilización en cada hospital fuera superior al 95 %. En este caso han sido 22 de los 29 hospitales con actividad quirúrgica los que han alcanzado este objetivo, el 76%.

Adherencia a la Resolución 609/2016³ en el ámbito de cirugía: el **100%** de los hospitales con actividad quirúrgica se han adherido a las medidas contempladas en esta resolución.

Grado de 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 2018, se estableció como objetivo institucional la adherencia al proyecto de IQZ, determinando que al menos las 3 medidas obligatorias del proyecto habían de estar implantadas en >80% de unidades/servicios quirúrgicos. En este sentido, y de acuerdo al protocolo IQZ, al menos se incluirán las siguientes 5 intervenciones: cirugía de colon, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, By-pass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto y By-pass aorto-coronario con solo incisión torácica, señalando así mismo que cada hospital podrá seleccionar otras intervenciones donde aplicar el protocolo.

En cuanto a los resultados, el resultado global de adherencia ha sido de un **90,5% de servicios** o unidades, habiendo alcanzado la meta establecida el 93% de los hospitales. (27 de los 29 centros con actividad quirúrgica).

Además, a finales de año se ha trabajado en conjunto con el Servicio de Evaluación para planificar auditorías del grado de implantación de estos proyectos en hospitales; **auditorías** que se realizarán a lo largo del año 2019.

³ Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Resolución 609/2016 del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la implantación de sistemas de identificación que mejoren la seguridad en la administración de medicamentos.

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 2018, la Consejería de Sanidad ha desarrollado diferentes actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, orientadas tanto a profesionales como a pacientes.

A continuación, se detallan las actividades realizadas, relacionadas con:

- | | |
|---|--|
| a) la notificación de errores de medicación | d) la identificación de las vías de administración de medicamentos |
| b) la estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas | e) la implantación de un circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA y los hospitales del SERMAS |
| c) las resistencias a los antimicrobianos en la Comunidad de Madrid | f) otras actuaciones. |

a).- Actuaciones derivadas de los errores de medicación notificados en el portal de uso seguro de medicamentos: En este Portal, 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 2018 se han recibido 5.682 notificaciones sobre errores de medicación: 3.187 procedentes de los Hospitales (AH), 1.922 desde Atención Primaria (AP), 23 del SUMMA112, 365 de la Red de Farmacias Centinela (RFC) y 185 de las Residencias de Ancianos y Centros Socio Sanitarios. En este sentido, durante el año 2018 se han revisado, en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 1.185 notificaciones de errores de medicación (20% del total) y se ha realizado algún tipo de actuación en 736 de los casos (13% del total). Las actuaciones han sido las siguientes:

- Se han remitido a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 78 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, 192 incidentes relacionados con el suministro de los medicamentos por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica.
- Se han evaluado 244 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 224 notificaciones al ser consideradas RAM; 20 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 82 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 76 notificaciones relacionadas con los errores de medicación cuyas causas han sido los problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, etc. realizando algún tipo de actuación adicional. Se han editado dos Boletines de Recomendaciones a Profesionales con esta temática.
- Se han revisado 56 notificaciones relacionadas con los errores de medicación con causa la presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión por nombres similares o similitud de envases y se ha realizado un Boletín de Recomendaciones a Profesionales y Notas a la Agencia Española del Medicamento.
- Desde el Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid hemos recibido 8 notificaciones adicionales sobre errores de medicación comunicados en la aplicación de notificación directa de reacciones adversas: www.notificaRam.es, que ha sido motivo para la elaboración de una edición del Boletín de Recomendaciones a Profesionales.
- Se han remitido 24 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 28 Boletines de Recomendaciones a los Profesionales para fomentar el uso seguro de los medicamentos relacionados con errores de medicación con ciertos medicamentos, con grupos de medicamentos, con ciertos procesos o con diferentes causas del error, que han originado daño o pudieran llegar a producir daño al paciente. Disponibles en: <https://saludamas.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Documentosparaprofesionales.aspx>
- Se ha realizado un NUEVO BOLETÍN destinado a todos los ámbitos asistenciales y con información descriptiva mensual sobre el nº de notificaciones comunicadas en el mes por ámbito asistencial y su participación respecto al total, análisis de las mismas según el origen del error, evolución de las notificaciones con origen la prescripción, la clasificación según la persona que los descubre, según el tipo de error, según la causa y las consecuencias para el paciente. Se incluye específicamente información sobre el nº de los EM con medicamentos de alto riesgo en atención hospitalaria, así como los EM notificados en niños y en ancianos y las actividades realizadas. Se han elaborado 10 Boletines resumen de notificaciones destinado a todos los ámbitos asistenciales. Se pueden consultar en: <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/home.asp>
- Se han realizado 12 informes de seguimiento para los ámbitos de Primaria y Hospital.
- Boletín RFC destinado a la Red de Farmacias Centinela. Se han publicado editado 6 ediciones. Se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/home.aspx>
- Durante el año 2018 se han publicado un total de 110 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 2018 publicada en la intranet y la página de Uso Seguro de Medicamentos: https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/pdf/memoria_anual_2018.pdf

b).- Estrategia de reducción de uso crónico de benzodiacepinas, cuyo pilotaje se realizó en 2016 y en el año 2017 se desplegó a todos los centros de salud de AP y centros sociosanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid. El objetivo es evitar problemas en tratamientos prolongados con BZD, de tolerancia (dependencia y abuso), así como efectos adversos (por ej. pérdida de memoria y de reflejos, confusión, riesgo de caídas y fracturas). Los principales recursos se han mantenido durante el año 2018:

- Documentación dirigida al paciente disponible en la web <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/dejar-pastillas-dormir>
- 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 hasta el año 2018 son los siguientes: 13.799 pacientes tenían algún apunte en el protocolo de la historia clínica. 8.430 pacientes aceptaron su inclusión en el programa. La mitad de los pacientes llevaban más de 5 años con benzodiacepina y casi el 80% no había tenido intentos previos de deshabituación. De los 2.535 pacientes que tienen algún registro en el campo de consecución del objetivo, casi el 80% tienen un resultado favorable. De los 1.636 que han cumplimentado como había sido esa consecución, el 58% ha conseguido la deshabituación completa y el 42% ha conseguido reducir la dosis. Hay que tener en cuenta que muchos de los pacientes siguen en su proceso de deshabituación. Aproximadamente el 36% sufrió algún efecto adverso durante la deshabituación.

c).- Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos. La resistencia a los antibióticos es uno de los riesgos mundiales más graves y urgentes para la salud que tenemos en la actualidad. Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con datos del CMBC, en el año 2015 murieron en España 2.837 personas como consecuencia de infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes, un número mucho mayor que los fallecimientos por accidentes de tráfico. Por este motivo, es necesario poner medidas para intentar minimizar las resistencias.

En 2018 se ha mantenido la participación de la Comunidad de Madrid en el Plan Nacional sobre Resistencia a los Antimicrobianos y en la Acción conjunta europea sobre resistencia antimicrobiana e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Una de las herramientas que se han mostrado eficaces es la implementación de Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria. Durante 2018 **se pilotó el PROA** del paciente en tratamiento antibiótico ambulatorio en la DA Este de Atención Primaria y sus tres hospitales de referencia (H. Ramón y Cajal, H. Príncipe de Asturias y H. de Torrejón).

d).- Identificación de las vías de administración de medicamentos: Tras la firma de la Resolución 609/2016 por la que se dictaban 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 y su actualización posterior para facilitar su correcta implantación, durante el 2018 se ha continuado mejorando su implantación. Así, durante el 2018 se han realizado las siguientes actuaciones:

- Actualización y mejora del espacio de información al profesional en la intranet, <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Identificaciondevias.aspx>, para facilitar la implantación de esta práctica segura.
- Se ha continuado con el **plan de formación** para seguir dando a conocer las instrucciones para la utilización 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 nuevos profesionales médicos, enfermeras y farmacéuticos de hospital y de atención primaria y SUMMA 112.

e).- Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA112 y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud: En marzo de 2017, se publica la Resolución 105/2017 del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria por la que se establece un Procedimiento Centralizado de Gestión de Antídotos cuyo objetivo es 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. Dicha resolución incluye el listado de antídotos. Además se define un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para la optimización de la adquisición, almacenamiento y distribución de antídotos.

En la Intranet corporativa y a disposición de todos los profesionales se establece un apartado: <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Antidotos-Inicio.aspx> donde se recogen todos los documentos a los que hace referencia la Resolución así como el formulario de solicitud, listado de contactos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y el algoritmo del procedimiento de solicitud urgente. Dichos documentos se han actualizado periódicamente, realizándose las últimas actualizaciones en abril 2018 (actualización del listado de antídotos por la inclusión de tres nuevos antídotos en el procedimiento de gestión centralizada y cambio en la indicación de un antídoto ya incluido) y en octubre de 2018 (actualización con la nueva presentación de uno de los antídoto). Además cuenta con un apartado específico con el listado de antídotos dónde se especifica para cada uno de ellos las siguientes características: principio activo, nombre comercial, tipo de medicamento, indicación, disponibilidad, stock mínimo, dosificación, observaciones, precauciones de conservación y ficha técnica.

Desde su implantación en marzo de 2017 se han realizado un total 58 solicitudes de antídotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112. En resumen, las actividades realizadas durante el año 2018 han sido:

- Valoración de **3 nuevos antídotos** a incluir en el procedimiento de gestión centralizada.
- Actualización del listado de antídotos, tanto en el PNT como en la intranet corporativa.
- Contabilidad de las **solicitudes de antídotos realizadas al Servicio de Farmacia del SUMMA 112**, en total **34** solicitudes.
- 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.

f).- 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 2018 los farmacéuticos de atención primaria revisaron el tratamiento de 2.075 pacientes de una edad media de 80 años y 13,5 medicamentos prescritos de promedio y notificaron una media de 7,7 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 2018 se han impartido 22 talleres. En 9 de ellos han participado también los farmacéuticos de atención primaria.

I.1.6. Entornos de Especial Riesgo en Atención Primaria

En 2018, además de los objetivos institucionales de Atención Primaria descritos anteriormente en este documento, también la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud despliega una línea específica en Atención Primaria, cuyas actuaciones en este período han sido:

En relación a la **seguridad de los pacientes atendidos en las consultas de los Centros de salud:**

- Se ha procedido a la **implantación del documento de recomendaciones para el almacenaje seguro de medicamentos en los centros de salud**, realizado las siguientes actividades: colocación de la cartelería y de las pegatinas normalizadas en los cajetines de medicación y de los medicamentos que requieran preparación en los centros. El 91 % de los centros ha implantado el documento (rango 100%-53%).

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

- Se ha realizado una **sesión de revisión en los centros**, enviando acta con asistentes a la DA correspondiente, en relación a la lista de verificación dirigida a los profesionales para mejorar la seguridad de los botiquines caseros, así como a las recomendaciones dirigidas a los pacientes y cuidadores para una adecuada conservación de los medicamentos en el domicilio. Se han impartido sesiones en el 92% de los centros (rango 100%-86%).

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 realizado **una sesión de revisión en los centros**, enviando acta con asistentes a la DA correspondiente, en relación al documento elaborado con medidas de seguridad en el control y seguimiento en AP de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes de acción directa. Se han impartido sesiones en el 95% de los centros (rango 100%-90%).

- Se continúa trabajando en un **proyecto para mejorar la seguridad de los pacientes que inician insulinización en AP.**

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

- 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 Atención Primaria y hospital/es de referencia sobre **comunicación de resultados urgentes con el servicio de radiología de cada hospital de referencia.**

Otras actuaciones de Atención Primaria:

- Se ha realizado una **actualización del proyecto de seguridad “Inmunización segura en Atención Primaria”.**
- Se continúa trabajando en el proyecto de **Implantación del Autocontrol del Paciente Anticoagulado en los Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud**
- Se ha empezado a trabajar en un proyecto de investigación para validar un conjunto de trigger y conocer la prevalencia de Eventos Adversos (EA) en Atención Primaria así como la caracterización de los EA: **Trigger-Primaria.**
- Se ha realizado la primera evaluación del **Plan de autoformación en seguridad del paciente en Atención Primaria**, que consta de dos tipos de formación, con cinco sesiones cada uno: formación básica y avanzada. Se les ha proporcionado a los centros que han querido desarrollar la autoformación todo el material: presentaciones en **power point** de las sesiones (con notas a pie de página) y el cuaderno de ayuda al docente: con explicación de las diapositivas más relevantes; también se ha realizado una solicitud de acreditación centralizada para favorecer la implantación de la actividad. Todas las actividades de autoformación están reguladas por el departamento de Formación Continuada de la Gerencia AP. En 2018 han realizado la formación básica 67 centros de salud (26% del total) y han finalizado la formación 1.056 profesionales sanitarios, con una valoración global de 8,6.

II.2. Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente

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 seguridad del paciente 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 Unidades Funcionales 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”).

En este periodo 2018 el **número total de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente** informadas por las Unidades Funcionales ha sido de **11.720**, de ellas el **99% son locales** (medidas correctoras y prácticas seguras) y un **1% son generalizables** (recomendaciones y prácticas seguras).

Además, en la siguiente tabla se complementa esta información teniendo en cuenta los valores promedio de análisis en los diferentes ámbitos, así como la variación **con respecto al año 2017**, destacando cómo ha habido un importante aumento sobre todo en las recomendaciones de seguridad locales (también denominadas medidas correctoras) y a expensas del incremento en el ámbito de hospitales, aunque también se registra un descenso tanto de las recomendaciones de seguridad generalizables, como de las prácticas seguras locales.

Nº y tipo de actuaciones para mejorar la seguridad por nivel asistencial: Evolución 2018-2017

	Anual 2018				Anual 2017				Variación 2018-2017			
	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA
Medidas correctoras	11.545	8.355	3.023	167	9.599	6.946	2.638	15	1.946	1.409	385	152
Recomendaciones generalizables	66	53	12	1	118	108	10	0	-52	-55	2	1
Prácticas seguras*	109	108	1	0	164	162	0	2	-55	-54	1	-2
Total	11.720	8.516	3.036	168	9.881	7.216	2.648	17	1.839	1.300	388	151

*Incluye Prácticas Seguras Locales y Generalizables

En la siguiente tabla de presentan todas las áreas o factores con las que están relacionadas las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente por ámbito asistencial.

Áreas con las que se relacionan las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente: global y por ámbito asistencial

ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	TOTAL	%	AH	AP	SUMMA
Medicación / vacunas	4.240	36%	2.448	1734	58
Cuidados y seguimiento del paciente	1.072	9%	1.056	16	
Pruebas diagnósticas	859	7%	552	307	
Accidentes del paciente	817	7%	799	15	3
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	749	6%	460	267	22
Identificación del paciente	673	6%	489	184	
Infección relacionada con la atención sanitaria	590	5%	588	2	
Gestión organizativa /Citaciones	558	5%	431	94	33
Continuidad asistencial	395	3%	250	137	8
Actividades preventivas	369	3%	365	4	
Infraestructuras	272	2%	133	139	
Sangre y hemoderivados	219	2%	219		
Procedimientos terapéuticos	213	2%	169	42	2
Otros	202	2%	173	22	7
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	192	2%	120	72	
Procedimientos quirúrgicos	187	2%	187		
Valoración clínica/diagnóstico	113	1%	77	1	35
TOTAL	11.720		8.516	3.036	168

En este sentido, en hospitales a nivel global las actuaciones de mejora se distribuyen más frecuentemente en relación con medicación, cuidados y accidentes del paciente, y en caso de atención primaria y SUMMA 112 se observan algunas especificidades.

Así, en Atención Primaria además del 57% de las actuaciones de mejora que abordan aspectos relacionados con medicación y vacunas, hay otros dos aspectos relevantes relacionados con las pruebas diagnósticas y dispositivos médicos. Y en el SUMMA 112 las actuaciones de mejora abordan aspectos relacionados con medicación, gestión organizativa y dispositivos médicos.

Para su difusión y conocimiento por parte de la organización tienen especial interés las prácticas seguras generalizables que se presentan en el [Anexo III](#) y las recomendaciones de seguridad generalizables que se presentan en el [Anexo IV](#).

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.

En este apartado se resumen las actividades de formación sobre seguridad del paciente realizadas en 2018 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.

- Todos los profesionales, deben tener unos conocimientos básicos sobre los conceptos y la magnitud del problema, sobre los sistemas de notificación y aprendizaje 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.

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

En 2018 las actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente impulsadas por la Subdirección General de Calidad Asistencial dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las Unidades Funcionales y los Responsables de Seguridad de los servicios y centros de salud, han incluido el diseño y ejecución de **6 actividades diferentes**, de entre 5 y 55 horas de formación, con un total de 14 ediciones en conjunto, proporcionando formación a **un total de 929 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.

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

Título	FECHAS/ediciones	Horas	Nº asistentes	Dirigido a:
CURSOS METODOLOGÍA ON-LINE				
Seguridad del Paciente: Gestión de Riesgos Sanitarios (on-line)	16 abril - 16 mayo	55h	324	Miembros de las UF y Responsables de Seguridad del Paciente de hospitales atención primaria y SUMMA112.
Higiene de Manos (on-line)	26 febr. - 12 marzo	50h	336	Todos los profesionales sanitarios de centros pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud.
Seguridad del Paciente para directivos (on-line)	11 - 18 junio	8h	109	Personal directivo de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad.
CURSOS PRESENCIALES				
Manejo del Sistema de Comunicación de incidentes de seguridad y errores de medicación CISEMadrid. Ed 1, Ed 2 y Ed3.	09/10/2018 16/10/2018 30/10/2018	5h	65	Profesionales sanitarios y no sanitarios de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de los hospitales

CURSOS DE SIMULACIÓN				
Taller de simulación de manejo de crisis en el área pediátrica. Ed.1 y Ed. 2	24/04/2018 08/05/2018	7h	21	Equipos mixtos de médicos y enfermeras que trabajen en el área pediátrica.
Taller de simulación de manejo de crisis en el área de urgencias. Ed.1 y Ed. 2	21/05/2018 28/05/2018	7h	24	Equipos mixtos de médicos y enfermeras que trabajen en el área de urgencias.
Taller de Comunicación de Eventos Adversos. Herramientas de simulación. Ed.1, Ed.02, Ed.3 y Ed.4.	24/05/2018 14/06/2018 15/11/2018 28/11/2018	7h	50	Médicos y enfermeras con actividad asistencial en hospitales o atención primaria que posteriormente desarrollen esta actividad formativa en sus centros en calidad de formadores

Adicionalmente, otras Unidades Directivas 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

Una de las primeras fases del proceso de gestión de riesgos es la identificación de los mismos y como tal se recoge en el Sistema de Actividad de las Unidades Funcionales un apartado en el que cada Gerencia refleja esta los incidentes que se han identificado en el año y las fuentes de información utilizadas para ello.

Así, en el 2018 el **100%** de las Unidades Funcionales disponen de algún **sistema de notificación**; y varias unidades refieren tener diferentes sistemas en un rango que oscila de 1 a 14.

En este sentido, y de forma mayoritaria se encuentra **CISEMadrid, Sistema común de notificación de incidentes y errores de medicación**, que a finales de 2018 estaba implantado en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y en 29 Hospitales. En 4 hospitales está parcialmente implantado (principalmente por identificar y realizar un número reducido de informes validados tras analizar los incidentes y/o errores de medicación) y un hospital no ha implantado este sistema. La situación actual en relación con el cumplimiento del Objetivo institucional 2018 de implantación de CISEMadrid por hospitales y la metodología de evaluación se resume en el [Anexo 5](#).

Por otra parte, dentro de la identificación de incidentes se solicita a las Unidades Funcionales información acerca de la existencia de un procedimiento escrito de gestión de las notificaciones; y en este sentido un 86% de las Unidades Funcionales refieren disponer de este procedimiento. Por ámbito asistencial estas cifras se corresponden con un 82% de las Unidades Funcionales de hospitales, el 100% de las Unidades de Atención Primaria y el SUMMA 112.

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 2018 se han producido **15.119 comunicaciones de Incidentes de Seguridad (IS) y Errores de Medicación (EM)**: el 73% en Atención Hospitalaria (AH) y el 27% en Atención Primaria (AP).

Han sido 2.963 comunicaciones más que en 2017, principalmente por mayor notificación en AH (+2.907), con un ligero ascenso en AP (+56), si bien los niveles de notificación por Unidad Funcional es alto y lleva años consolidado: 588/UF en AP vs 202/UF en AH en 2018.

De forma global, la actividad es mayor sobre Incidentes de seguridad (67% de las notificaciones) que sobre Errores de Medicación (33%), sobre todo en Atención Hospitalaria donde se notifican más del doble de IS que de EM; sin embargo, en AP la relación es de 1 a 1. En la siguiente tabla, se señalan los cambios.

Uso de CISEMadrid 2018	Comunicaciones 2018			
	EM	IS	EM + IS	(2018-2017)
AH	2.858	8.102	10.960	(+ 2.907)
AP	2.126	2.033	4.159	(+ 56)
Total SERMAS	4.984	10.135	15.119	(+ 2.963)

ER: Errores de Medicación; IS: Incidentes de seguridad

Respecto a la gestión de las notificaciones, de las 15.119 comunicaciones en 2018, el 75% (11.390) se han identificado como Incidentes de Seguridad o Errores de Medicación (es decir clasificado por tipo de incidente o tipo de error y valorado).

El análisis se ha realizado en el 72% (8.259) de total de los Incidentes de Seguridad (69%) o Errores de Medicación (78%) identificados, nuevamente el porcentaje es superior en los errores de medicación.

Por último, se han validado informes en el 61% de los Incidentes de Seguridad (56%) o Errores de Medicación (72%) identificados, manteniéndose el % de EM con informe validado por encima del de IS.

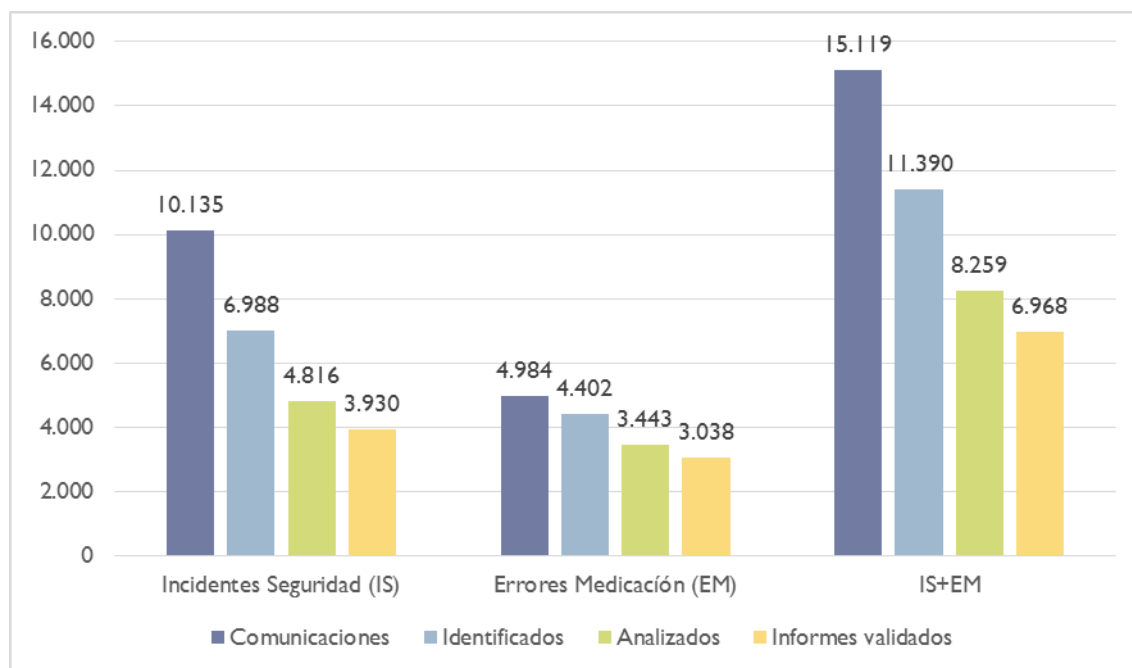
Indicadores gestión de notificaciones 2018

	COMUNICACIONES	Nº IS – EM IDENTIFICADOS	Nº IS – EM ANALIZADOS	Nº IS – EM CON INFORME VALIDADO
Total SERMAS	15.119	11.390	8.259	6.968
Mediana UFGRS	378	285	206	174

En resumen, en comparación con 2017 el porcentaje de comunicaciones, de identificación y de análisis se ha incrementado aproximadamente en un 24%, y ha tenido un aumento de 30% en el caso de informes validados.

En el siguiente gráfico se muestran el nº de Comunicaciones, Identificados, Analizados y Con informe validado, global del Servicio Madrileño de Salud en 2018 para los EM, IS o ambos.

Actividad CISEMadrid 2018



III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento

En el portal de uso seguro de medicamentos⁴ los profesionales sanitarios notifican errores de medicación procedentes de los diferentes ámbitos asistenciales hospitalares, atención primaria, summa112, la red de farmacias centinela, residencias de ancianos y centros socio sanitarios 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 2018 se han recibido en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 5.682 notificaciones sobre errores de medicación: 3.187 procedentes de la Atención Hospitalaria, 1.922 desde Atención Primaria, 23 del SUMMA112 y el resto de otros ámbitos asistenciales como la Red de Farmacias Centinela (365), las Residencias de Ancianos y Centros Socio Sanitarios (185). Las acciones desarrolladas a partir de estas notificaciones se detallan en el apartado II.1.5 sobre el Uso seguro del medicamento.

⁴ <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>

III.3. Comunicación y difusión del conocimiento

La comunicación periódica a la organización del 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 redunda 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 Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Jornadas de trabajo** de las Unidades Funcionales que se desarrollan semestralmente, a las que acuden los miembros de las Unidades y en las que se presentan los datos de actividad obtenidos a través del Sistema de Información establecido (SIAUF), información sobre la marcha de proyectos institucionales y actividades de interés en SP y experiencias y prácticas seguras planteadas por las Unidades Funcionales.
- Celebración de la **“I Jornada Institucional de Reconocimiento a las Mejores Prácticas en Seguridad del Paciente en el Servicio Madrileño de Salud”**
- A nivel interno, se han “migrado” los contenidos del portal de seguridad de la intranet al **área de Seguridad del paciente de la intranet de la Consejería de Sanidad** de “Calidad y Seguridad del Paciente”. En ese proceso se han actualizado los contenidos, que permite la difusión de información dentro de la organización, así como el trabajo colaborativo de distintos grupos de profesionales (Responsables de Unidades Funcionales, Comité Operativo de Seguridad del Paciente, Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, Proyectos Zero, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, Cirugía Segura, etc.).

En el área de “Calidad y Seguridad del Paciente”, se publican regularmente noticias y novedades relativas a seguridad del paciente, informes y memorias, material de cultura de seguridad y prácticas seguras de las Unidades Funcionales y material de formación. En la siguiente tabla se recoge el detalle de las actuaciones enumeradas en este apartado.

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

DOCUMENTOS

Publicados en el área de Calidad y Seguridad del Paciente de la Intranet corporativa y en los espacios de colaboración

- Memoria de actuaciones 2018 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 y Plan de Acción 2019-20 para el Comité Operativo de la Estrategia de Seguridad del Paciente
- 2 Informes de actividad de las Unidades Funcionales (semestral y anual) presentados en las Jornadas de trabajo

• Informe de CISEMadrid 2017

Publicados en el Portal Salud de internet (Observatorio Regional de Seguridad del Paciente)

- Memoria de Actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente 2017
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20202>
- Política institucional de seguridad del paciente
<http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20275>
- Recomendaciones para a comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves
<http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20276>

JORNADAS

- 2 Jornadas (semestral y anual) de trabajo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios
- 1 Jornada de Reconocimiento a las mejores prácticas en seguridad del paciente en el Servicio Madrileño de Salud

PORTAL DE SEGURIDAD en la INTRANET CORPORATIVA

- Documentos: “Política institucional de seguridad del paciente” y “Recomendaciones para a comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves”
- Informes y memorias
- Material de promoción de cultura de seguridad y prácticas seguras de las Unidades Funcionales
- Noticias y novedades
- Material de formación de las Unidades Funcionales

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.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>



ANEXOS

I. Descripción Objetivos institucionales en Seguridad del Paciente 2018

HOSPITALES

Objetivo 1: Desplegar la seguridad del paciente en la organización:				
INDICADOR	FÓRMULA	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
1.1. IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO	Nº de objetivos establecidos	Al menos 5	Objetivos diferentes a los establecidos a nivel institucional, siendo prioritarios: .-Desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias .- Desarrollar actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes	Alcanzado 100% si 5 objetivos y prioritarios. 20% de cumplimiento por cada objetivo, hasta llegar al 100% si ≥ 5 objetivos y entre ellos se encuentran actuaciones para reducir prácticas innecesarias (20%), y radiaciones ionizantes (20%). Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.
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	95%	Al menos 2 objetivos, siendo uno de ellos: .- desarrollar una sesión cuatrimestral de análisis de incidentes / sesiones de revisión de casos .- o diseñar e implantar recomendaciones o prácticas seguras. De acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente, cada servicio o unidad tiene que tener un responsable nombrado	Alcanzado al 100% si $> 95\%$ de servicios al menos 2 objetivos de seguridad del paciente (siendo uno de ellos sesión cuatrimestral de análisis de incidentes / sesiones de revisión de casos o diseñar e implantar recomendaciones o prácticas seguras); 80% si entre 75-94% servicios; 50% si entre 50-74% servicios; 0% si menor 50% servicios. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.
1.3. PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: "RONDAS DE SEGURIDAD"	Nº de rondas de seguridad	.- Grupo 3: 7 y grupos 1,2: 6 ; siendo 1/semestre en UCI y bloque quirúrgico y el resto a elección .- 4 rondas en hospitales de apoyo*, ME y Psq (*2 en bloque Qx)	Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas	Alcanzado 100% si rondas documentadas en actas o similar y evaluadas, con la siguiente escala de puntuación: 17% de cumplimiento por cada ronda en áreas priorizadas en hospitales grupos 1,2; 15% de cumplimiento por cada ronda en grupo 3; 25% de cumplimiento por cada ronda en resto de hospitales. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

Cont. Objetivo 1: Desplegar la seguridad del paciente en la organización:

INDICADOR	FÓRMULA	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
1.4. IMPLANTACIÓN DE CISEMADRID	Implantación de CISEMadrid	Sí (incidentes identificados en n° especificado según grupo y con informe validado)	El centro habrá realizado la implantación de CISEMadrid e impulsado su utilización para la identificación y emisión de informes validados de incidentes de seguridad y errores de medicación tras su análisis	<ul style="list-style-type: none"> • 100% si: .- Al menos identificados ≥ 60 incidentes de seguridad y errores de medicación (IS y EM) en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 150 en Grupo 1; ≥ 200 en Grupo 2 y ≥ 250 en Grupo 3 y con informe validado en el 60% de los identificados (del n° min anteriormente establecido) • 80% si: .- Identificados al menos: ≥ 40 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 100 en Grupo 1; ≥ 150 en Grupo 2 y ≥ 200 en Grupo 3 y con informe validado el 60%* de los identificados (del n° min anteriormente establecido) • 60% si: .- Identificados al menos: ≥ 30 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 75 en Grupo 1; ≥ 100 en Grupo 2 y ≥ 150 en Grupo 3 y con informe validado el 60%* de los identificados (del n° min anteriormente establecido) • 30% si: .- Identificados al menos: ≥ 25 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 50 en Grupo 1; ≥ 75 en Grupo 2 y ≥ 100 en Grupo 3 y con informe validado el 60%* de los identificados (del n° min anteriormente establecido) <p>*Se valorarán otros cumplimientos parciales si % con informe validado <60%. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora</p>

Objetivo 2: Impulsar prácticas seguras				
INDICADOR	FÓRMULA	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
2.1. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS (UCI)	Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica	≤ 7	De aplicación en las UCI de adultos. En periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)	<ul style="list-style-type: none"> Alcanzado 100% Si: 1) ≤ 7 NAV/ 1000 días; 2) < 3 bacteriemias CVC/1000días; 3) $< 5\%$ de pacientes que adquieren una BM; 4) Participación ITU Zero Cumplimientos parciales por cada uno de ellos (25%) Si no cumplimentación adecuada de ENVIN (registro completo de abril a junio) se considerará como no evaluado-alcanzado el objetivo Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
	Densidad de incidencia de Bacteriemias relacionadas con catéter venoso central	≤ 3	De aplicación en las UCI de adultos. En periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)	
	Tasa media de pacientes que adquieren una BMR	$< 5\%$	De aplicación en las UCI incluidas en Resistencia Zero (adultos). En periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)	
	Participación en el proyecto ITU Zero	Sí	Adherencia a las medidas incluidas en el proyecto ITU Zero. De aplicación en las UCI de adultos.	
2.2. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA HIGIENE DE MANOS	Nº de actuaciones	Al menos 2	Autoevaluación y 2 planes de acción siendo uno de ellos sobre evaluación de cumplimiento de higiene de manos	Autoevaluación a través de la herramienta de la OMS en Excel y al menos 2 planes de acción siendo uno de ellos la evaluación del cumplimiento de higiene de manos a través de la observación en unidades/servicios. Fuente: Autoevaluación xls. e Informe del centro

Cont. Objetivo 2: Impulsar prácticas seguras				
INDICADOR	FÓRMULA	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
2.3. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO	Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ)	> 95%	A través de un "corte" o estudio específico con una muestra representativa de historias clínicas en intervenciones quirúrgicas programadas. El listado incluirá un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica de acuerdo con el programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud (http://www.cirugiasegura.es/)	<ul style="list-style-type: none"> • Alcanzado 100% Si: 1) Implantación LVQ >95%; 2) Adherencia a las recomendaciones R 609/2016; 3) Adherencia a las 3 medidas obligatorias de IQZ en >80%; • 80% Si se cumple con dos de los tres requisitos • 60% Si se cumple con más del 80 % de implantación del LVQ y más del 70% de las 3 medidas obligatorias • 40% Si se cumple con más del 75 % de implantación del LVQ y más del 60% de las 3 medidas obligatorias de IQZ • 30% Si se cumple solo las recomendaciones de la Resolución 609/2016 o con más del 50% de las 3 medidas obligatorias de IQZ
	Adherencia a la Resolución 609/2016 en el ámbito de cirugía	Adherencia a las recomendaciones	Cumplimiento en quirófano de las recomendaciones de la Resolución 609/2016 sobre Sistemas de identificación que mejoren la seguridad en la administración de medicamentos	
	Grado de Adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ)	Al menos las 3 medidas obligatorias en >80% de unidades/servicios quirúrgicos	Implantación de las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) por servicios/unidades. Al menos las 3 medidas obligatorias: Medidas obligatorias: 1.- Adecuación de la profilaxis antibiótica; 2.- Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%; 3.- Eliminación correcta del vello. (http://infeccionquirurgicazero.es)	
2.4. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SEPSIS	Nº de actuaciones	Al menos 2: .- Constitución de grupo de trabajo/Comité/equipo multidisciplinar .- Revisión/ Aplicación recomendaciones	El grupo/comité/ equipo multidisciplinar será el encargado de evaluar, promover e impulsar la aplicación de las actuaciones en el hospital y deberá contar al menos, con un representante del equipo directivo. La Consejería de Sanidad /Servicio Madrileño de Salud, elaborarán el documento de recomendaciones para ser aplicados por el hospital, de acuerdo con sus características y posibilidades de actuación.	<p>100% Si: 1) creación grupo/comité/equipo ; 2) Desarrollo actuaciones para implantar las recomendaciones en el hospital (en caso de no adoptarlas hacer informe explicando las razones y las posibles propuestas alternativas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% Si se cumple con creación grupo/comité/equipo; 50% Si se cumple con el desarrollo de actuaciones para implantar las recomendaciones en el hospital

ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO 1: DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

INDICADOR				
DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS DIRECCIONES ASISTENCIALES	DIRECCIÓN ASISTENCIAL	Nº de centros de salud de la DAS que han alcanzado el objetivo de desplegar la seguridad del paciente X 100 / Nº total de centros de salud DAS.	80%	Se considera que cada centro de salud ha alcanzado el objetivo de desplegar la seguridad del paciente si ha desarrollado a lo largo del año al menos 3 actuaciones de seguridad del paciente de entre las propuestas: sesiones formativas de seguridad del paciente, sesiones de análisis de incidentes o acciones de mejora o recomendaciones de seguridad del paciente implantadas.
IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA DIRECCIÓN ASISTENCIAL	DIRECCIÓN ASISTENCIAL	Nº de objetivos establecidos por cada DAS	Al menos 5, incluyendo entre ellos los prioritarios	Objetivos diferentes a los establecidos a nivel institucional, siendo prioritarios: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes (línea estratégica 7.8. de la ESP 2015-2020) • Desarrollar actuaciones para promover la higiene de manos (objetivo estratégico 7.12.2 de la ESP 2015-2020)
PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LOS CENTROS: "RONDAS DE SEGURIDAD"	DIRECCIÓN ASISTENCIAL	Nº de rondas realizadas en centros de salud de la DAS	10 rondas	Reuniones o visitas a los centros con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Habrán de realizarse en centros de salud en los que no se hayan realizado rondas en años anteriores

DESPLIEGUE DE LAS RECOMENDACIONES "NO HACER"	DIRECCIÓN ASISTENCIAL	Evidencia documental de las siguientes actuaciones: 1) selección de recomendaciones de "NO HACER"; 2) Plan de acción; 3) medición de resultados, valoradas de acuerdo con los criterios de cumplimiento.	100%	Dentro del objetivo de despliegue de las Recomendaciones "No Hacer", se incluyen las siguientes actuaciones: <ul style="list-style-type: none">• Seleccionar al menos 1 recomendación de "No Hacer".• Desplegar un plan de acción sobre la recomendación de "No Hacer" seleccionada, que incluya acciones informativas/formativas a todos los centros y la intervención de mejora correspondiente.• Medición de los resultados si es posible (antes/después) del plan de acción sobre la recomendación de "No Hacer" seleccionada.
---	-----------------------	--	------	--

SUMMA112

OBJETIVO 1. DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN				
INDICADOR	FÓRMULA	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
Implantación de objetivos de seguridad del paciente (SP) en la Gerencia	Nº de objetivos establecidos	Al menos 5 (incluyendo el prioritario)	Cada objetivo debe tener responsable, cronograma y metodología de evaluación. Objetivos diferentes a los establecidos a nivel institucional siendo prioritario: Desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias: Seleccionar (si es factible) al menos 1 recomendación de "NO HACER" y desplegar un plan de acción, que incluya acciones informativas/formativas y/o la intervención de mejora correspondiente.	Alcanzado 100% si se han desarrollado al menos 5 objetivos siendo uno de ellos sobre desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias. 20% de cumplimiento por cada objetivo, hasta llegar al 100% si ≥ 5 objetivos y entre ellos se encuentra el prioritario. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.
Despliegue de los objetivos de Seguridad del Paciente las Unidades Funcionales (UF)	Nº de UF en las que se celebran reuniones o sesiones SP con participación de responsable/Nº total UF	$\geq 80\%$	Reuniones o sesiones sobre seguridad del paciente con participación del responsable de seguridad del paciente de cada unidad y en las que se traten análisis de incidentes, revisiones de casos y/o diseño o implantación de prácticas seguras.	Alcanzado 100% si $\geq 80\%$. 75% si entre 70-79% unidades; 50% si entre 50-69% unidades; 25% si 30-49% unidades. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.
Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad"	Nº de Unidades funcionales en las que se han realizado rondas de seguridad/Nº total de Unidades Funcionales	Al menos 1 ronda documentada en el 80% de las Unidades	Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Habrán de realizarse de acuerdo con la metodología acordada con la Subdirección de Calidad	Alcanzado si se ha realizado al menos 1 "ronda" de seguridad en el 80% o más de las Unidades Funcionales. 75% si entre 70-79% unidades; 50% si entre 50-69% unidades; 25% si 30-49% unidades. Fuente: Informe de la Gerencia. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora
Desarrollo de actuaciones para mejorar higiene de manos	Nº de actuaciones	Autoevaluación y al menos 2 planes de acción siendo uno de ellos sobre evaluación de cumplimiento de HM	Autoevaluación a través de la herramienta de la OMS en Excel y al menos 2 planes siendo uno de ellos la evaluación a través de la observación del cumplimiento de higiene de manos en unidades/dispositivos. Fuente: Informe del centro	<ul style="list-style-type: none"> Alcanzado 100% Si realizada autoevaluación y desarrolladas dos actuaciones (incluyendo observación) Cumplimientos parciales: Autoevaluación 40%, si actuación sobre observación del cumplimiento 30%, otro plan de acción 30%. Fuente: informe de la Gerencia. Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

II. Factores relacionados con incidentes analizados por Unidad Funcional

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	24	56	70	13	34	10
Infraestructuras	0	1	7	5	1	9
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	12	2	55	16	33	23
Identificación del paciente	4	6	18	15	7	7
Actividades preventivas	5	1	1	1	1	15
Valoración clínica/diagnóstico	2	3	0	7	3	2
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	13	0	3	4	3	0
Pruebas diagnósticas	18	18	61	29	14	3
Infección relacionada con la atención sanitaria	2	73	0	13	0	0
Medicación / vacunas	58	58	111	71	37	64
Sangre y hemoderivados	0	23	25	5	1	1
Procedimientos quirúrgicos	0	2	11	2	0	1
Procedimientos terapéuticos	7	2	14	7	9	3
Accidentes del paciente	0	1	3	4	0	2
Continuidad asistencial	4	0	1	14	0	25
Cuidados y seguimiento del paciente	5	293	42	273	0	12
Otros	2	0	3	7	9	0
Total general	156	539	425	486	152	177

Hospitales grupo 1:

Hospitales grupo 2:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. U. INFANTA LEONOR	H. U. SOFÍA	H. U. FUNDACIÓN ALCORCÓN	H. U. FUENLABRADA	H. U. GETAFE	H. U. MÓSTOLES
Gestión organizativa /Citaciones	7	3	10	1	25	9
Infraestructuras	2	4	2	0	1	4
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	12	29	5	6	41	44
Identificación del paciente	2	33	0	1	8	2
Actividades preventivas	1	1	0	0	4	0
Valoración clínica/diagnóstico	0	2	1	1	1	1
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	4	2	0	1	4	0
Pruebas diagnósticas	2	24	6	1	6	2
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	7	0	0	8	269
Medicación / vacunas	59	81	62	141	80	118
Sangre y hemoderivados	16	8	0	0	0	17
Procedimientos quirúrgicos	18	2	55	1	2	0
Procedimientos terapéuticos	8	2	10	0	3	2
Accidentes del paciente	4	1	0	0	0	63
Continuidad asistencial	3	4	2	0	32	60
Cuidados y seguimiento del paciente	273	1	2	100	5	22
Otros	0	0	2	0	1	0
Total general	411	204	157	253	221	613

Hospitales grupo 2:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	H. U. SEVERO OCHOA	H. GÓMEZ ULLA	H. U. TORREJÓN	H. U. REY JUAN CARLOS	H. G. VILLALBA	H. I. U. NIÑO JESÚS
Gestión organizativa /Citaciones	18	6	20	9	11	48	13
Infraestructuras	10	7	12	0	1	1	1
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	55	3	6	7	12	13	37
Identificación del paciente	26	7	15	3	23	4	5
Actividades preventivas	14	0	8	0	6	4	0
Valoración clínica/diagnóstico	10	13	2	1	2	4	1
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	4	4	7	0	6	1	36
Pruebas diagnósticas	23	5	18	0	38	10	52
Infección relacionada con la atención sanitaria	32	22	15	0	17	8	0
Medicación / vacunas	194	56	2	14	82	27	86
Sangre y hemoderivados	17	3	4	0	1	1	6
Procedimientos quirúrgicos	8	1	10	1	15	5	1
Procedimientos terapéuticos	10	3	9	0	12	11	4
Accidentes del paciente	133	186	35	0	198	128	0
Continuidad asistencial	12	0	4	2	0	11	0
Cuidados y seguimiento del paciente	120	229	29	24	214	127	31
Otros	6	13	0	0	5	6	11
Total general	692	558	196	61	643	409	284

Hospitales grupo 3:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	H. U. 12 OCTUBRE	H. U. CLÍNICO SAN CARLOS	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	10	43	34	197	64	13	0	15
Infraestructuras	6	4	25	32	28	11	4	4
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	10	32	71	149	42	15	6	26
Identificación del paciente	14	37	144	92	28	3	10	73
Actividades preventivas	5	8	15	42	8	0	0	1
Valoración clínica/diagnóstico	4	25	13	33	51	1	0	5
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	0	14	41	111	33	9	2	7
Pruebas diagnósticas	30	24	135	84	39	5	192	72
Infección relacionada con la atención sanitaria	2	1	1	23	246	6	1	0
Medicación / vacunas	280	142	296	213	1196	275	158	48
Sangre y hemoderivados	7	3	89	7	99	17	0	1
Procedimientos quirúrgicos	11	33	17	43	80	6	3	3
Procedimientos terapéuticos	12	20	23	40	45	7	0	3
Accidentes del paciente	3	632	37	293	3	267	2	5
Continuidad asistencial	0	27	20	82	77	14	1	7
Cuidados y seguimiento del paciente	405	51	64	304	141	208	8	8
Otros	6	1	15	50	38	0	0	3
Total general	805	1.097	1.040	1.795	2.218	857	387	281

Hospitales 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 POVEDA	I.P. JOSÉ GERMAIN	H. DR. RODRÍGUEZ LAFORA
Gestión organizativa /Citaciones	3	31	3	0	34	10	0
Infraestructuras	0	4	1	0	10	26	2
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	17	7	0	0	1	1	0
Identificación del paciente	2	1	8	1	3	0	0
Actividades preventivas	3	2	1	1	1	0	0
Valoración clínica/diagnóstico	1	2	1	0	0	0	0
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	0	17	2	0	1	1	0
Pruebas diagnósticas	5	0	3	0	1	0	0
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	0	0	0	2	0
Medicación / vacunas	41	7	73	24	53	20	17
Sangre y hemoderivados	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos quirúrgicos	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos terapéuticos	1	0	0	0	0	0	0
Accidentes del paciente	1	0	0	35	0	3	0
Continuidad asistencial	2	3	7	0	2	1	0
Cuidados y seguimiento del paciente	3	0	11	0	1	25	846
Otros	0	0	0	0	0	8	0
Total general	79	74	110	61	107	97	865

Atención Primaria y SUMMA:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	D. A. CENTRO	D. A. NORTE	D. A. ESTE	D. A. SURESTE	D. A. SUR	D. A. NOROESTE	D. A. OESTE	SUMMA
Gestión organizativa /Citaciones	13	5	35	11	7	17	4	27
Infraestructuras	27	15	19	9	21	35	7	2
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	33	27	29	22	33	59	16	30
Identificación del paciente	25	6	25	19	30	11	21	0
Actividades preventivas	0	0	0	2	2	0	0	0
Valoración clínica/diagnóstico	2	0	0	0	0	0	0	25
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	8	8	15	22	4	9	3	2
Pruebas diagnósticas	19	26	102	22	18	27	27	0
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	2
Medicación / vacunas	378	234	286	197	193	193	290	60
Sangre y hemoderivados	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos quirúrgicos	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos terapéuticos	0	12	10	1	0	0	18	3
Accidentes del paciente	2	3	0	4	2	2	2	2
Continuidad asistencial	63	5	21	1	31	15	12	11
Cuidados y seguimiento del paciente	4	1	3	1	1	3	3	2
Otros	0	5	7	4	0	2	8	9
Total general	574	347	552	315	342	373	411	175

III. Prácticas Seguras Generalizables en atención hospitalaria en 2018

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE 1

HOSPITAL/ ÁREA: H.U. LA PAZ

Nombre (Título): DESCONTAMINACIÓN AMBIENTAL CON LUZ ULTRAVIOLETA COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE I.R.A.S (INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA)

ÁREA a la que se refiere: Infec. Relac. con la at. sanitaria

SITUACIÓN INICIAL:

Las IRAS son infecciones que el paciente adquiere durante su hospitalización y, por tanto, no estaban presentes ni incubándose en el momento del ingreso hospitalario. Según datos del EPINE (Estudio de Prevalencia de la Infecciones Nosocomiales en España) del 2017, la prevalencia de las IRAS es del 7,74%. Las IRAS suponen un incremento en la morbilidad así como de la estancia hospitalaria y de los costes sanitarios

El principal mecanismo de transmisión de los patógenos implicados en las IRAS son las manos del personal sanitario pero también las superficies contaminadas tienen una gran relevancia en la transmisión de microorganismos. Los principales patógenos nosocomiales pueden sobrevivir en superficies durante largos períodos de tiempo que oscilan entre unas horas a varios meses. Esto tiene especial relevancia en hospitales de tercer nivel, ya que la elevada complejidad de los pacientes y la a veces inevitable necesidad de tratamiento antibiótico hacen que este tipo de patógenos presenten elevada resistencia antibiótica.

La transmisión de los patógenos desde las superficies ambientales al paciente se puede realizar mediante contacto directo o indirecto a través de las manos del personal sanitario o visitantes. El riesgo de infección o colonización para los pacientes de habitaciones ocupadas previamente por pacientes colonizados o infectados por microorganismos de relevancia epidemiológica se duplica.

Por todo ello, la limpieza y desinfección de las habitaciones al alta del paciente es un aspecto clave en la prevención y control de la IRAS.

En la limpieza y desinfección manual de las superficies influye, en gran medida, el factor humano y no se siempre se puede garantizar la desinfección adecuada.

Dadas las limitaciones de la limpieza manual se han desarrollado sistemas de desinfección con luz ultravioleta que, al tener un efecto descontaminador, contribuye a la reducción o eliminación de microorganismos en las superficies del entorno del paciente.

DESCRIPCIÓN:

Utilización de la descontaminación ambiental con luz ultravioleta en habitaciones o zonas comunes de unidades de hospitalización con altas tasas de colonización/infección por Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas, para reducir la incidencia en los pacientes ingresados de colonizaciones e infecciones por los citados microorganismos.

Se ha realizado la descontaminación con luz ultravioleta en habitaciones y zonas comunes disponibles de 6 plantas con una alta incidencia EPCs. La Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) del Servicio de Medicina Preventiva desplaza la máquina de luz ultravioleta al área correspondiente y procede a la descontaminación de la misma.

Se han descontaminado las habitaciones al alta de pacientes portadores de MMR en todo el hospital, tras la limpieza, y antes de ser ocupada por otro paciente

Fecha de Implantación: octubre de 2017- agosto de 2018

EVALUACIÓN: Sí

Metodología:

1. Se ha realizado una contaminación intencionada en un colchón limpio. Para ello el colchón se ha dividido en tres zonas delimitadas con cinta adhesiva. Se ha tomado una muestra de cada una de

las zonas en situación basal, posteriormente se contaminó cada zona con un microorganismo diferente (*Klebsiella pneumoniae* OXA 48, *Pseudomonas aeruginosa* VIM y *Acinetobacter baumannii* multirresistente) y, tras 30 minutos, se volvió a recoger una muestra de cada zona. Finalmente se descontaminó cada una de las zonas con luz ultravioleta. Este proceso se ha repetido con tres ciclos diferentes de luz ultravioleta (ciclo A: 4 minutos a 1,5 metros; ciclo B: 9 minutos a 2,7 metros y ciclo C: 4 minutos a 2,5 metros). Se volvieron a recoger muestras de cada zona tras cada uno de los ciclos de descontaminación con luz ultravioleta.

- En cuanto a la descontaminación de las habitaciones de pacientes en las diferentes Unidades, el Servicio de Medicina Preventiva registra en una base de datos el número de nuevos casos de pacientes infectados o colonizados por MMR en el hospital a diario por lo que se puede observar la diferencia en el número de casos antes y después de la descontaminación. Se ha establecido una comparación entre el número de casos de pacientes infectados o colonizados por MMR en los 6 meses anteriores a la descontaminación con luz ultravioleta (mes cero) y los 6 meses posteriores. Se han agregado los datos de las 6 plantas considerando el mes cero como el mes en el que se realiza la descontaminación. Se ha analizado además la incidencia de pacientes portadores de MMR en función del porcentaje de habitaciones descontaminadas.

Resultados:

- El colchón, en situación basal, presentaba una contaminación por diversos microorganismos relevantes. A los 30 minutos de contaminar las zonas del colchón con los diferentes microorganismos, todas las muestras fueron positivas con incontables colonias de cada uno de ellos y en los tres ciclos. Tras la descontaminación con luz ultravioleta, todas las determinaciones fueron negativas en todos los ciclos, lo que sugiere que el ciclo corto de 4 minutos es suficiente para erradicar este tipo de bacterias en las superficies.
- En el gráfico 1 se puede observar cómo, a partir del mes 0, el número de casos infectados y colonizados por MMR disminuye respecto a los 6 meses anteriores a la descontaminación con luz ultravioleta. En el mes 2 hay un ligero aumento de casos debido a la presencia de un brote en una de las plantas y a partir del 6º mes se observa como la tendencia vuelve a ser ascendente probablemente por nueva contaminación de las superficies. En el gráfico 2 se muestra que la incidencia de portadores de MMR en el hospital presenta una relación lineal con el porcentaje de habitaciones descontaminadas el mes anterior.

Gráfico 1: Casos incidentes de portadores de MMR en las plantas sometidas a descontaminación.

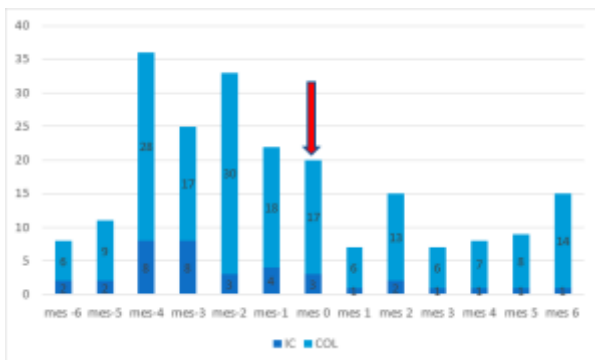
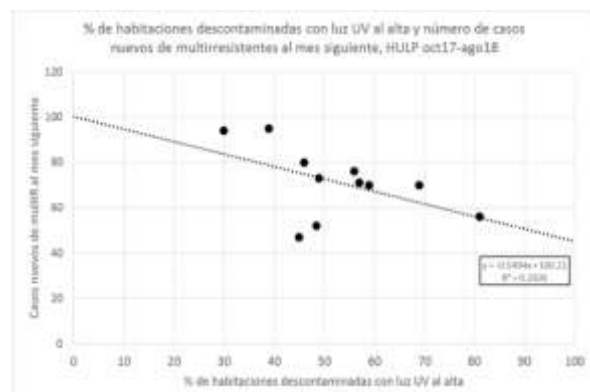


Gráfico2: Relación entre habitaciones al alta descontaminadas y casos nuevos de pacientes portadores.



FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE 2

HOSPITAL/ ÁREA: H.U. LA PAZ

Nombre (Título): “Acciones de mejora en el protocolo de detección, manejo y comunicación de resultados críticos desde el Laboratorio Clínico”

ÁREA a la que se refiere: Pruebas diagnósticas

SITUACIÓN INICIAL:

Introducción y justificación: En los últimos años, el Laboratorio Clínico (LC) ha evolucionado rápidamente aumentando su complejidad, tanto en el número de parámetros como en los métodos de determinación. Asimismo, se demanda una colaboración activa entre el LC y los clínicos con la intención de mejorar el enfoque diagnóstico y la gestión de los recursos (*brain to brain loop*), adquiriendo el laboratorio un papel más decisivo en el proceso asistencial del paciente. Esa colaboración activa por parte del LC abarca desde la fase preanalítica (PreA) a la fase postanalítica (PostA). En la PreA, la adecuada solicitud de pruebas, la inequívoca identificación de muestras, la correcta extracción de sangre y/o recogida de espécimen, entre otros, constituyen hechos principales en el diagnóstico correcto del paciente. La calibración y los controles de calidad aseguran unos resultados idóneos en la fase analítica. Finalmente, en la PostA, la emisión de informes rápidos, accesibles y comprensibles, así como la comunicación fluida con los clínicos permite mejorar el diagnóstico del paciente asegurando la calidad asistencial. En el LC, y más concretamente en la PostA, un aspecto fundamental de la Seguridad de Paciente (SP) es la comunicación de resultados críticos (RC), uno de los retos prioritarios del LC es establecer un protocolo de comunicación del 100% de los resultados críticos, siendo además, efectivo y eficaz.

El motivo que impulsó el trabajo en el protocolo de RC en este laboratorio fue que, tras la evaluación inicial de los resultados después de un año de implantación del mismo, se observó que existían algunos RC que no eran detectados por parte del personal del laboratorio.

DESCRIPCIÓN:

Por esta razón este protocolo fue promovido por el grupo de seguridad de paciente del Servicio, siendo la realización de sesiones formativas sobre SP al personal del LC la primera acción de mejora que se tomó. Simultáneamente, se estableció un consenso con los clínicos sobre la consideración de los niveles de RC y los criterios de su comunicación (no se informa a hematología sobre RC de hemograma ni a nefrología sobre RC de bioquímica, con historia clínica previa similar).

El objetivo principal era la revisión de procesos e implantación y desarrollo de reglas expertas en el Sistema Informático del Laboratorio que aseguren la detección de los resultados críticos, así como la ampliación del protocolo a todas las áreas de nuestro laboratorio

Este trabajo se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel que ofrece asistencia a pacientes ingresados y de consultas (especializada y primaria). El área Core, donde comenzó esta experiencia, recibe una media de 1.900 pacientes/día con unas 7.000 muestras/día.

Se idearon reglas expertas en el Sistema Informático del Laboratorio (SIL) sobre todas las pruebas susceptibles de RC, y en las que se incluyeron los límites establecidos para cada parámetro, la edad, la procedencia del paciente y factores PreA como indicadores de hemólisis. Con estas reglas se generan, según proceda, pruebas de marca automáticas (hemograma, coagulación y bioquímica) que facilitan la detección de RC. A su vez, siguiendo las recomendaciones del CLSI (*Clinical and Laboratory Standards Institute*) estas pruebas permiten el registro tanto del personal que informa el RC como del que lo recibe, así como posibles incidentes y/o comentarios. Además, queda registrado la hora del aviso, pudiendo así calcular el tiempo intralaboratorio de detección y comunicación de dicho resultado.

Aplicabilidad y exportabilidad: La utilización de herramientas informáticas que permiten crear automáticamente pruebas de marca en el SIL es fundamental para simplificar y monitorizar procesos e instaurar propuestas de mejora (creación de indicadores útiles y objetivos). Todas ellas estrategias de gran utilidad para completar el ciclo de Deming (planificar-ejecutar-comprobar y actuar), y por tanto, en el área que nos ocupa mejorar la atención del paciente, y en consecuencia su seguridad. Esta experiencia es fácilmente exportable a otros laboratorios.

Fecha de Implantación: 10/12/2018

EVALUACIÓN:

Se realizó un análisis de los resultados 2014-2018, comparando periodos de tiempo similares, estableciendo como punto de corte las acciones de mejora, y fundamentalmente tras la creación de reglas expertas. En 2016, se introdujo en el LC el concepto de resultado de riesgo significativo (RS) creando la prueba de marca automática para el litio y ácidos biliares. A continuación, se ampliaron la gasometría de PreA, y finalmente al Laboratorio de Urgencias, estableciendo así una prueba de marca automática para todas las pruebas susceptibles de RC del Servicio (ver cronograma en Figura 1).

Los resultados obtenidos tras la implantación de las nuevas medidas son los siguientes: se detectó el 100% de los RC, se disminuyó el número total de RC, se aumentó el porcentaje de RC informados por el laboratorio, se estableció un nuevo indicador, tiempo de respuesta intralaboratorio con su objetivo de calidad correspondiente, y además, se obtuvieron beneficios adicionales, como que mediante los comentarios registrados se obtuvieron las procedencias en las que la comunicación era difícil. Esto originó contactar con dichos servicios para establecer un circuito más adecuado. Y también, en algunos casos, se registró el *feed-back* de satisfacción de la persona que recibe el aviso, destacando de manera muy positiva los centros de atención primaria. En conclusión, la creación de reglas expertas en el laboratorio ha permitido: 1-detectar el 100% de RC debido a la creación de una prueba de marca automática evitando interpretaciones o errores personales, 2-simplificar el trabajo debido a la disminución del número total de RC al excluir errores preanalíticos, hemólisis, o resultados concordantes con la historia del paciente, evitando llamadas innecesarias, 3-aumentar la trazabilidad al registrar tanto la persona que informa como quien recibe el RC, 4-unificar el protocolo RC y RS en el Servicio, 5-facilitar la explotación posterior de datos, pudiendo realizar tanto una monitorización de indicadores como el seguimiento de los objetivos, 6-tomar decisiones a corto plazo para corregir posibles desviaciones debido a que, aunque se cuantifican los indicadores a largo plazo, se establecen metas a corto plazo y 7-generar nuevas propuestas de mejora, como la creación de un nuevo indicador de tiempo de respuesta intralaboratorio o establecer contacto con los peticionarios para que la comunicación sea más efectiva, rápida y fluida, por la información aportada en la prueba de marca.

Figura 1. Cronograma



FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE 3

HOSPITAL/ ÁREA: H.U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Nombre (Título): Sistemas de alertas microbiológicas relevantes

ÁREA a la que se refiere: Pruebas diagnósticas

SITUACIÓN INICIAL:

Se detectan deficiencias en el seguimiento de los resultados de las pruebas diagnósticas cursadas al laboratorio de microbiología de los pacientes dados de alta desde el servicio de urgencias. En ocasiones había resultados positivos de infección que no se comunicaban al paciente o se realizaba de forma tardía

DESCRIPCIÓN:

Crear una estructura de trabajo en Urgencias organizada, sistematizada y con registro de actividad en colaboración con el Servicio de Microbiología para la revisión de aquellos estudios microbiológicos solicitados al paciente atendido en urgencias al que se le da de alta y en ese momento no está disponible el informe del estudio microbiológico (hemocultivos y urocultivos). Se creó un correo institucional exclusivo entre Urgencias y el servicio de microbiología para el seguimiento de los resultados de las pruebas. Se forma un grupo de trabajo en urgencias implicado en dar respuesta a los informes de resultados y se comunica por vía telefónica directa con el paciente el resultado si es precisa una actuación clínica.

Fecha de Implantación: 2018

EVALUACIÓN:

Se ha demostrado que es factible y eficiente generar un sistema para el seguimiento de las muestras microbiológicas extraídas en un Servicio de Urgencias Hospitalarias.

La comunicación entre los servicios de Microbiología y de Urgencias es el ámbito de trabajo ideal para dicho seguimiento(tiempo de respuesta combinado 4,4 días).

Un 43,5 % (219 pacientes) de los avisos generó una actitud de cambio (1 paciente cada 7 días)

Las muestras que más avisos generaron fueron los hemocultivos (55%) y los urocultivos (52%).

Los procesos infecciosos que mas frecuentemente se observaron fueron la infección del tracto urinario (53%) seguida de las infecciones respiratorias (13%).

De los pacientes a los que no se avisó deliberadamente (32 pacientes) solo 1 requirió ingreso.

Aquellos fallos en el seguimiento (13 pacientes) tuvieron un elevado impacto (3 ingresos y 1 exitus). Traduce el riesgo de no dar seguimiento a estas muestras.

Es probable que este sistema genere un descenso en la morbimortalidad y aumenta la seguridad del paciente.

FICHA DE PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE 4

HOSPITAL/ ÁREA: H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN

Nombre (Título): Normalizar la actuación ante paciente con Hemorragia postparto

ÁREA a la que se refiere: Sangre y hemoderivados

SITUACIÓN INICIAL:

Ausencia de protocolo consensuado. No estructurada la actuación ante pacientes con hemorragia postparto, situación de alto riesgo y en la que la coordinación y el tiempo de actuación es vital. Evaluados los consumos de transfusiones sanguíneas respecto a los partos atendidos anualmente, se consideran por encima de los estándares: 484/5457

DESCRIPCIÓN:

Se aprobó el protocolo desarrollado por obstetras, matronas, enfermeras Se implantó, difundiéndose mediante talleres formativos multidisciplinares basados en simulación. En la formación participó el 90% del personal de todos los estamentos implicados en la atención a estas pacientes (obstetras, enfermeras, auxiliares, celadores, anestesiólogos).

Fecha de Implantación:

Enero 2017 se implantó el protocolo consensuado y se desarrollaron los talleres formativos durante el año 2018

EVALUACIÓN:

Se evidencia la disminución de transfusiones de un 30 % tras la implantación del protocolo

IV. Recomendaciones de Seguridad Generalizables en 2018

Recomendaciones relacionadas con ACTIVIDADES PREVENTIVAS	CENTRO
Prevención de Síndrome Compartimental Agudo en Miembro Sano Durante el Acto Quirúrgico	H. EL ESCORIAL
Protocolo de Traslado de Pacientes Hospitalizados para la Realización de Pruebas Diagnósticas/Exploraciones	H. EL ESCORIAL
Hemocultivos , stop a la contaminación	H. U. INFANTA LEONOR
Recomendaciones relacionadas con CONTINUIDAD ASISTENCIAL	
Listado de verificación de traslado desde urgencias pediátricas a la unidad de hospitalización	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Check list para traslados a H. Santa Cristina de los pacientes de la Unidad de Paliativos	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE	
Protocolo de sujeciones mecánicas	H. INFANTA ELENA
Recomendaciones relacionadas con CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE	
Consulta de enfermería prequirúrgica en traumatología	H. GOMEZ ULLA
1º cura de herida quirúrgica en heridas limpias	H.G. DE VILLALBA
Identificación de pacientes con disfagia orofaríngea	H.G. DE VILLALBA
Atención al paciente agitado en el Servicio de Urgencias	H.I.U. NIÑO JESUS
Atención a los pacientes portadores de traqueostomía en pacientes ingresados en Cuidados Intensivos	H.I.U. NIÑO JESUS
Proyecto de cuidados en pacientes ostomizados	H.U. 12 DE OCTUBRE
Protocolo para la mejora del descanso nocturno de pacientes hospitalizados	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Formación en simulación en RCP pediátrica	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Formación en RCP	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Programa de actualización en urgencias pediátricas para enfermería	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Programa de simulación multidisciplinar de trabajo en equipo en la atención al paciente crítico en urgencias pediátricas	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con DISPOSITIVOS MÉDICOS/ EQUIPAMIENTO	
Uso seguro de las cerillas de fluoresceína	Dirección Asistencial OESTE
Revisión del material y procedimientos para la fijación de vías periféricas	H. U. DE TORREJÓN
Recomendaciones relacionadas con DOCUMENTACIÓN CLÍNICA/ INFORMACIÓN/ CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Identificación de documentos de historia clínica	H.I.U. NIÑO JESUS

Recomendaciones relacionadas con GESTIÓN ORGANIZATIVA/ CITACIONES	
Actualización del protocolo de endoscopia digestiva en urgencias	H. DE TORREJÓN
Difusión del protocolo de esterilización y revisión del circuito para el material estéril utilizado en las consultas	H. DE TORREJÓN
Protocolo de fototerapia en planta sin precisar ingreso en neonatología	H. DE TORREJÓN
Revisión del protocolo de manejo de la hipoglucemia neonatal	H. DE TORREJÓN
Ante la presencia de 2 urgencias obstétricas se acuerda cómo se debe llevar a cabo la priorización, comunicación efectiva y optimización de recursos	H. DE TORREJÓN
Revisión, difusión y formación en Inmovilización terapéutica	H.U. LA PRINCESA
Recomendaciones relacionadas con IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Sistema de identificación de muestras de los pacientes ingresados	H. INFANTA ELENA
Aseguramiento lugar de la intervención	H.U. SANTA CRISTINA
Recomendaciones relacionadas con INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA	
Desinfección material sanitario con ácido per acético	Dirección Asistencial CENTRO
Esterilización segura del material sanitario	Dirección Asistencial NORTE
Recomendaciones relacionadas con INFRAESTRUCTURAS	
Adecuación de cabeceros de camas de psiquiatría	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN Y VACUNAS	
Identificación medicamentos de uso hospitalario	H.U. FUNDACIÓN ALCORCÓN
Uso seguro del potasio intravenoso	H.U. FUENLABRADA
Vacunación puérperas sin anticuerpos anti rubeola	H. GOMEZ ULLA
Fármacos dispuestos en los carros de parada	H.I.U. NIÑO JESUS
Educación a los cuidadores principales en el manejo de la medicación en domicilio	H.I.U. NIÑO JESUS
Prescripción electrónica	H.I.U. NIÑO JESUS
Organización integrada de la Gestión de los MP en el hospital: Plan de Gestión de Medicamentos peligrosos	H.U. LA PRINCESA
Administración vacuna inadecuada a embarazada	Dirección Asistencial SURESTE
Confusión de pegamento con colirio	Dirección Asistencial SURESTE
Mejora de la seguridad en el seguimiento y control de pacientes con ACOD	Dirección Asistencial SURESTE
Actualizaciones en el uso seguro de la "Pauta TAO"	Dirección Asistencial SURESTE
Riesgo de rechazo por intercambio de formas farmacéuticas de Tacrólimus	Dirección Asistencial SURESTE

Medicación en situaciones especiales	Dirección Asistencial SUR
Revisión de las condiciones de conservación de la medicación en domicilio	Dirección Asistencial OESTE
Posible confusión entre ampollas de Tramadol y Mepivacaína	Dirección Asistencial NOROESTE
Recomendaciones de seguridad: administración de medicamentos por vía intramuscular	SUMMA 112
Recomendaciones relacionadas con PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
Dispositivo seguro en drenajes ventriculares externos	H.I.U. NIÑO JESUS
Formación en áreas muy específicas de Fisioterapia con equipos en unidades especiales	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	
Información relativa a la implantación de hemoclips de endoscopia y riesgo en resonancia magnética	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
Check-List Preendoscópico	H. EL ESCORIAL
Minimizar el número de incidentes producidos en la fase Preanalítica de extracción de muestras del laboratorio	H. REY JUAN CARLOS
CODIGO PEACE	H.G. DE VILLALBA
Gestión de muestras biológicas de alto valor	H.I.U. NIÑO JESUS
Cross Check de desinfección de endoscopios	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Formación en PET-TAC en endocarditis	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Minimizar el intercambio de muestras durante el procesado	H.U. PUERTA DE HIERRO
Minimizar que la descarga de peticiones sea incorrecta	H.U. PUERTA DE HIERRO
Difundir a Atención Primaria la Instrucción Técnica de Anatomía Patológica HUPH-APA-IT-P-008 "Envío de muestras desde los centros de salud a APA"	H.U. PUERTA DE HIERRO
Difundir a los servicios del hospital instrucciones sobre identificación de muestras y volantes de peticiones	H.U. PUERTA DE HIERRO
Implicar a pacientes en su propia seguridad	Dirección Asistencial CENTRO
Recomendaciones relacionadas con SANGRE Y HEMODERIVADOS	
Doble control de pacientes no filiados	H. GOMEZ ULLA
Circuito de seguridad transfusional	H.I.U. NIÑO JESUS
Protocolo de actuación ante pacientes con Rh débil	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con VALORACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO	
Reducción de la demora quirúrgica en tumores de crecimiento rápido	H.U. FUENLABRADA
Recomendaciones relacionadas con OTROS aspectos	
Seguridad alimentaria	H.I.U. NIÑO JESUS

V. Implantación de CISEMadrid por Unidad Funcional en Hospitales

Situación actual en relación con el cumplimiento del Objetivo institucional 2018.

HOSPITALES	Identificados	Meta: 100% cumplimiento si	Informe validado	Meta: 100% cumplimiento si
Grupo 1				
<i>H. El Escorial</i>	155	≥ 150	101	≥ 90
<i>H.U. del Henares</i>	45		0	
<i>H.U. Infanta Cristina</i>	475		351	
<i>H.U. Infanta Elena</i>	206		153	
<i>H.U. del Sureste</i>	178		126	
<i>H.U. del Tajo</i>	151		21	
Grupo 2				
<i>H.U. Infanta Leonor</i>	122	≥ 200	107	≥ 120
<i>H.U. Infanta Sofía</i>	204		174	
<i>H.U. Fundación Alcorcón</i>	140		32	
<i>H.U. de Fuenlabrada</i>	106		44	
<i>H.U. de Getafe</i>	263		73	
<i>H.U. de Móstoles</i>	218		159	
<i>H.U. Príncipe de Asturias</i>	541		289	
<i>H.U. Severo Ochoa</i>	69		0	
<i>H. C.D. Gómez Ulla</i>	-		-	
<i>H.U. de Torrejón</i>	78		50	
<i>H.U. Rey Juan Carlos</i>	267		147	
<i>H. General de Villalba</i>	161		81	
<i>H.I. U. Niño Jesús</i>	279		149	
Grupo 3				
<i>H.U. Fundación Jiménez Díaz</i>	409	≥ 250	323	≥ 150
<i>H.U. 12 de Octubre</i>	346		46	
<i>H.U. Clínico San Carlos</i>	764		306	
<i>H.G.U. Gregorio Marañón</i>	1.256		611	
<i>H.U. La Paz</i>	139		107	
<i>H.U. La Princesa</i>	144		41	
<i>H.U. Puerta de Hierro</i>	370		212	
<i>H.U. Ramón y Cajal</i>	305		193	
Hospitales Grupo 0 – Especiales				
<i>H.C. de la Cruz Roja</i>	79	≥ 60	28	≥ 36
<i>H.U. Santa Cristina</i>	74		39	
Hospitales Grupo 0 – Media/Larga Estancia – Psiquiátricos				
<i>H. de Guadarrama</i>	108	≥ 60	97	≥ 36
<i>H. La Fuenfría</i>	61		59	
<i>H. Virgen de la Poveda</i>	104		79	
<i>IPSSM José Germain</i>	84		84	
<i>H. Dr. Rodríguez Lafora</i>	17		1	

Indicador: Implantación de CISEMadrid (El centro habrá realizado la implantación de CISEMadrid e impulsado su utilización para la identificación y emisión de informes validados de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) tras su análisis)

Cumplimiento:

- **100%:** identificados ≥ 60 incidentes de seguridad y errores de medicación (IS y EM) en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 150 en Grupo 1; ≥ 200 en Grupo 2 y ≥ 250 en Grupo 3 y con informe validado en el 60%* de los identificados (del nº min anteriormente establecido)
- **80%:** Identificados al menos: ≥ 40 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 100 en Grupo 1; ≥ 150 en Grupo 2 y ≥ 200 en Grupo 3 y con el informe validado en el 60%* de los identificados (del nº min anteriormente establecido)
- **60%:** Identificados al menos: ≥ 30 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 75 en Grupo 1; ≥ 100 en Grupo 2 y ≥ 150 en Grupo 3 y con el informe validado en el 60%* de los identificados (del nº min anteriormente establecido)
- **30%:** Identificados ≥ 25 en H Apoyo, ME y Psq; ≥ 50 en Grupo 1; ≥ 75 en Grupo 2 y ≥ 100 en Grupo 3 y con el informe validado en el 60%* de los identificados (del nº min anteriormente establecido)

*Se valorarán otros cumplimientos parciales si % con informe validado $< 60\%$

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Humanización
y Atención al Paciente
CONSEJERÍA DE SANIDAD